

Warszawa dn. 28 kwietnia 2026r.

Recenzja

rozprawy na stopień doktora nauk w dziedzinie nauk medycznych i nauk o

zdrowiu w dyscyplinie nauki o kulturze fizycznej;

mgr Magdaleny Stawińskiej pt:

„Dojrzałość strukturalna więzadła krzyżowego przedniego w kontekście funkcjonalnej odbudowy sprawności po zabiegu anatomicznej rekonstrukcji.”

Rozprawa z Akademii Wychowania Fizycznego im. Józefa Piłsudskiego w

Warszawie

Promotor: dr hab. Ida Wyszomirska

Promotor pomocniczy: dr n.med. Robert Śmigieński

Przedstawiona do recenzji praca ma układ typowy dla rozpraw na stopień doktora nauk. Obejmuje 72 strony podzielonych na 6 numerowanych rozdziałów poprzedzonych : „oświadczeniami”, spisem treści i wykazem skrótów, po czym następują nie numerowane: Rekomendacje, Bibliografia i Załączniki.

Rozprawa jest ilustrowana 15 rycinami i zawiera 12 tabel. Bibliografia zawiera 87 pozycji , właściwie dobranych i powoływanych w tekście rozprawy. Układ bibliografii jest alfabetyczny co ułatwia jej analizę.

Temat rozprawy dotyczy bardzo istotnego zagadnienia jakim jest proces wgajania się przeszczepu więzadła krzyżowego przedniego w organizmie biorcy. W toku tego procesu obserwowane są sytuacje zerwania przeszczepu, a także urazu przeciwległego więzadła krzyżowego przedniego. Jest to tym bardziej interesujące, że wytrzymałość przeszczepu ze ścięgien mięśni półścięgniastego i smukłego jest znacznie wyższa od wytrzymałości samego więzadła krzyżowego przedniego, przynajmniej w momencie jego wytworzenia. Jest warto podkreślenia, że doktorantka będąc fizjoterapeutką podjęła się opracowania metod oceny dojrzewania przeszczepu w obrazie MR w zestawieniu z efektami programu fizjoterapeutycznego. Własna ocena obrazowania jest bardzo ważnym podejściem w każdej działalności leczniczej, gdyż opis radiologiczny często nie zawiera informacji niezbędnych dla monitorowania procesów patofizjologicznych, a takim procesem jest m.in. wgajanie przeszczepu więzadła.

Dlatego też bardzo pozytywnie oceniam cele rozprawy, jak też sformułowanie hipotez badawczych.

Badania przeprowadzono na materiale chorych u których wykonano rekonstrukcję więzadła krzyżowego przedniego, a także porównawczo o osób z nieuszkodzonym więzadłem. Niestety opis grup badanych w rozdziale 3 zawiera szereg niejasności, które dotyczą szczegółowej liczebności grup i powinny zostać przedyskutowane w trakcie obrony. Przykładowo w rozprawie podano, że do analizy zakwalifikowano 84 osoby po czym następuje opis grup jakkolwiek bez podania takiego, a nie innego powodu ich utworzenia. Dalej występuje grupa 75

osób z rekonstrukcją więzadła krzyżowego przedniego co sumarycznie oznacza 159 osób.

Określenie „natywne” w stosunku do struktury anatomicznej nie jest powszechne w literaturze, a w kontekście rozprawy właściwszy byłby termin „nieuszkodzone”.

Badania rezonansu magnetycznego wykonano po 3, 6, 9, 12 i 18 albo 24 miesiącach od rekonstrukcji więzadła wykonanej autorską metodą opracowaną przez promotora pomocniczego. W tych samych punktach czasowych wykonywano ocenę kliniczną, a testy funkcjonalne wykonano po 12 miesiącach. U pacjentów zastosowano zunifikowany program rehabilitacji pooperacyjnej. Wzory ankiet oceny subiektywnej zawarte są w Załączniku.

Wyniki badań przedstawiono w bogato ilustrowanym rozdziale i poddano jest złożonej analizie statystycznej.

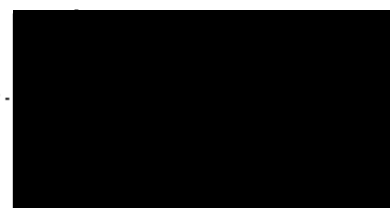
W dyskusji wskazano na niespójność między oceną obrazową, a funkcjonalną chorych po rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego. Omówiono także mocne i słabe cechy przeprowadzonego procesu badawczego

Do najistotniejszych osiągnięć rozprawy zaliczam scharakteryzowanie procesu przebudowy przeszczepu w obrazowaniu MR oraz wspomnianą wyżej niespójność między morfologią przeszczepu, a wynikami oceny funkcjonalnej. Wskazano przesłanki obniżenia wytrzymałości przeszczepu między 3 a 6 miesiącem i brak pełnej przebudowy w 12 miesiącu od operacji. Interesujące byłoby poszerzenie tych badań o ocenę ultrasonograficzną przeszczepu.

Sformułowane w kontekście wniosków rekomendacje, dotyczące odstąpienia od wczesnych (przed 12 miesiącem) programów powrotu do aktywności sportowej i pełnego obciążania operowanego kolana są szczególnie cenne klinicznie. Powinny być rozpropagowane nie tylko w środowisku lekarzy i fizjoterapeutów, ale też trenerów i działaczy sportowych, a przede wszystkim wśród samych sportowców.

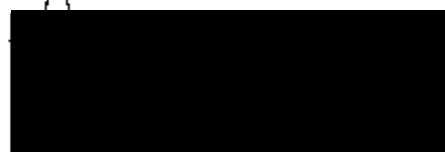
Z obowiązku recenzenta wspomnieć muszę o uchybieniach literowych, oraz nie uzasadnionym użyciu żargonowych określeń pochodzenia angielskiego. Przytoczone tu i wyżej zastrzeżenia, nie mają istotnego wpływu na całość wysokiej oceny przedstawionej pracy, która spełnia wszelkie warunki rozprawy na stopień doktora nauk w tym przewidziane aktualnie obowiązującym prawem (Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2022 r. poz. 574) art. 187 ust 1 i 2)).

Stawiam przeto Wysokiej Radzie wniosek o dopuszczenie mgr. Magdaleny Stawińskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



prof. dr hab. med. Bogdan Ciszek

Konflikt interesu: ze względu wieloletnią współpracę dydaktyczną, naukową i kliniczną z promotorem pomocniczym dr med. Robertem Śmigiełski oświadczam, że nie brałem udziału w planowaniu, wykonywaniu badań, ani redakcji rozprawy, a o samej rozprawie dowiedziałem się dzięki powołaniu mnie na jej recenzenta



prof. dr hab. med. Bogdan Ciszek