

Poznań, 05.07.2018 r.

prof. dr hab. n. med. Leszek Romanowski  
Katedra Traumatologii, Ortopedii i Chirurgii Ręki  
Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego  
w Poznaniu  
ul. 28 Czerwca 1956 nr 135  
61-545 Poznań  
e-mail: romanowski@data.pl

## O C E N A

pracy doktorskiej lek. **Magdaleny Pieniężnej - Ćwirko** pt.: „Ocena wpływu podania autogennych czynników wzrostu na przebudowę przeszczepów kostnych w stawach rzekomych trzonów kości przedramienia”

Stawy rzekome kości stanowią niezwykle trudny, a tym samym istotny problem kliniczny. Leczenie ich zabiera nierzadko wiele lat i powoduje frustrację nie tylko chorego, ale również lekarza leczącego. Staw rzekomy często powoduje wyniszczenie organizmu, a chorego często zmusza do zmiany trybu życia, zawodu lub powoduje inwalidztwo. Tak naprawdę to nadal nie wiemy dlaczego powstają stawy rzekome. W przypadkach, kiedy zależy nam by kości się nie zrastały np. we wrodzonym kościozroście promieniowo-łokciowym, zrastają się mimo naszego działania, a w przypadkach, kiedy zależy nam na zroście mimo tego mogą powstawać stawy rzekome.

Uważam więc, że przedstawiona praca naukowa omawiająca to zagadnienie jest niezwykle istotna. Podjęcie tego tematu ma duże znaczenie tak naukowe jak i kliniczne.

Przedłożona do oceny rozprawa ma klasyczny układ składający się ze wstępu, który zawiera uzasadnienie podjęcia tematu, założeń i celu pracy, materiału i metodyki badań, wyników, analizy statystycznej, omówienia i wniosków oraz piśmiennictwa. Pozycje piśmiennictwa ułożone są w kolejności cytowań. Dalej

znajdujemy streszczenia w języku polskim i angielskim. Przedłożona do recenzji praca liczy 51 stron, zawiera 3 tabele, 20 rycin bo przecież wykres to rycina, oraz 104 pozycje piśmiennictwa. Proporcje objętościowe poszczególnych rozdziałów są do zaakceptowania. Układ pracy jest czytelny i prowadzony konsekwentnie.

**Tytuł pracy** analizując metodykę badań, a szczególnie analizę statystyczną wydaje się, że celem badania jest nie tylko analiza przebudowy przeszczepów, a również ocena zrostu kostnego.

**Wstęp** jest bardzo rozbudowany, stanowi ponad 40% objętości całej pracy. Wprowadza czytelnika w problemy związane z jej tematem. Może on wydać się zbyt szczegółowy, myślę jednak, że praca adresowana jest do szerokiego grona czytelników począwszy od, fizjoterapeutów, ortopedów skończywszy na osobach zajmujących się tym problemem czysto teoretycznie. Dlatego uważam, że proporcje poszczególnych rozdziałów są do zaakceptowania. Należy jednak podkreślić, że rozdział ten jest niezwykle istotny ponieważ przygotowuje czytelnika do dalszej części pracy wyjaśniając pojęcia, terminy i zależności jak również wątpliwości będące podstawą założeń pracy.

Rozdział świadczy o dobrej znajomości przez Autorkę problemów związanych z przedstawionym zagadnieniem oraz o dobrej znajomości literatury z tym zagadnieniem związanej.

**Założenia i cel pracy** są czytelne przedstawiają istotne problemy kliniczne i badawcze. Został przedstawiony jeden cel pracy: zbadanie wpływu osocza bogatopłytkowego na czas osiągnięcia przebudowy przeszczepów kostnych w stawach rzekomych trzonów kości przedramienia. Cel pracy jest jasny i istotny nie tylko z punktu widzenia naukowego ale również praktycznego.

Uważam, że przed publikacją tej pracy warto zastanowić się nad rozszerzeniem tych rozdziałów. Uzasadnienie badań znajduje się we wstępie. Uważny czytelnik to zauważy, jednak część czytelników może zapoznać się tylko z tymi rozdziałami i nie do końca zrozumieć istotę badania. Rozumiem również, że badania dotyczą „stawów” a nie „stawu”. (s.26)

**Materiał i metodyka** do badań włączono wszystkich chorych leczonych operacyjnie w Klinice Chirurgii Urazowej Narządu Ruchu i Ortopedii CMKP z powodu aseptycznego stawu rzekomego trzonów kości przedramienia w latach 2001-2014. Materiał badany stanowiła grupa 76 chorych. W tym 49 mężczyzn i 27 kobiet. Dane zostały przedstawione na wykresie. Wydaje się, że wykres to z punktu widzenia publikacji jest ryciną, która ma podpis a nie tytuł. Mam tutaj jednak pewien niedosyt. Mimo iż są to wystarczające dane do opracowania, to jednak jestem ciekaw jaka była całkowita liczba chorych z których „zidentyfikowano 76” osób. A jeśli to była zdecydowanie wyższa liczba to jakie były powody wykluczenia z badań. Na to pytanie nie odpowiadają bardzo skrótowe kryteria włączenia i wyłączenia. Jak diagnozowano „podejrzenie zakażenia” i jaka to była liczba. (s.27). Jestem ciekaw dlaczego przyjęto czas 24 miesiące jako okres obserwacji, w jaki sposób badano PRP, jaka była liczba operacji u poszczególnych chorych – czy tylko jedna?. Odpowiedzi na większość pytań znajdują się we wstępie. Z tego powodu jest on bardzo rozbudowany. Może lepiej przenieść te fragmenty wstępu do innych rozdziałów.

Analiza statystyczna jest podstawą przedstawionego badania. Ponieważ badanie jest retrospektywne, mamy do analizy jedną grupę chorych i są prawidłowo wyznaczone punkty końcowe obserwacji. Uważam, że metodyka jest odpowiednio dobrana do potrzeb obliczeń i dla znajdowania odpowiednich zależności między danymi i pozwoli na właściwe wyciągnięcie wniosków.

**Wyniki** zawarte są w tabelach i na wykresach. Tabele są przejrzyste i dodatkowo zostały wystarczająco omówione w tekście. Do każdej tabeli i wykresu załączono komentarz w którym przedstawiono zależności poszczególnych cech oraz podano znamienności statystyczne. Ułatwia to czytelnikowi dokładne zrozumienie zależności i poznanie ich znaczenia. Czytając ten rozdział mam wrażenie, że dodatkowo w pracy oceniany jest wzrost kosztów czyli wyleczenie chorego. Wzrost kosztów nie zawsze musi towarzyszyć przebudowie przeszczepów kostnych.

**Omówienie** jest skondensowane, wyczerpujące i prowadzone prawidłowo. Doktorantka porównuje w nim swoje wyniki z wynikami innych autorów. Wyjaśnia zależności między danymi i przekłada to na praktykę kliniczną.

Opracowanie tego rozdziału świadczy o umiejętności posługiwania się literaturą oraz umiejętności prawidłowego i dojrzałego prowadzenia rozważań naukowych przez Doktorantkę oraz o Jej wiedzy w tym zakresie.

**Wnioski** wypływają z pracy i z przeprowadzonej analizy wyników. Są sformułowane jasno i prawidłowo. Zawierają odpowiedź na postawione w celu pracy pytanie. Są istotnie szersze niż odpowiedź na postawiony cel pracy. Mają one istotne znaczenie praktyczne.

Nie widzę powodu, by rozbić rozdział na „wnioski” i „wnioski dodatkowe” Sądzę, że powodem jest ostatni wniosek, który nie wynika z pracy a moim zdaniem jest wnioskiem zasadnym. Warto poprosić Konsultanta Krajowego w dziedzinie a nie „do spraw” o podjęcie tego tematu.

**Streszczenie** wyczerpująco przekazuje cele, metodykę, wyniki, dyskusję i wnioski. Jest przygotowane z języku polskim i angielskim.

**Piśmiennictwo** jest prawidłowo dobrane i odpowiednio zredagowane. Cytowane są prawie wszystkie istotne prace dotyczące omawianego zagadnienia. Zestawienie prac jest prawidłowe. Prace uporządkowane są w kolejności cytowań.

Praca jest napisana poprawnie, ładną polszczyzną, zgodnie z zasadami publikacji naukowych. Należy podkreślić jej znaczenie kliniczne.

Autorka prawidłowo postawiła cel pracy. Do jego realizacji użyła odpowiednich metod badawczych, które umożliwiły, po dyskusji, wyciągnięcie wniosków. Uważam, że przedstawiona praca w pełni spełnia warunki stawiane pracom na stopień doktora nauk medycznych. **Zwracam się więc z prośbą i wnioskiem do Pana Dyrektora CMKP w Warszawie o dopuszczenie Autorki do dalszych etapów przewodu doktorskiego w tym do publicznej dyskusji nad rozprawą.**

Leszek Romanowski



