

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

Łódź 25.01.2018r

Ocena rozprawy doktorskiej lekarz medycyny Arkadiusza Soski

Pł. „Ocena ultrasonograficzna parametrów dojrzewania stawu biodrowego u noworodków i niemowląt w pierwszych 12 tygodniach życia”.

**Z Kliniki Ortopedii i Ortopedii Dziecięcej Wydziału Lekarskiego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.**

Promotor pracy: Prof. dr hab. n. med. Marek Synder

Temat podjęty przez doktoranta ocena ultrasonograficzna parametrów dojrzewania stawu biodrowego u noworodków i niemowląt w pierwszych 12 tygodniach życia jest ciekawy z dwóch powodów, epidemiologicznego i oceny dojrzewającego stawu biodrowego. Praca jest prospektywna i dobrze zaplanowana. Rozwojowa dysplazja stawu biodrowego jest uważana za najczęstszą wadę u noworodków i niemowląt. Częstość występowania jest różna i tak w krajach skandynawskich od ok. 2% w Japonii 3% w Polsce od 4% (Dega) - 6% Szulc, w niektórych plemionach Indian i Lapończyków od 5-20%. W 1978 roku R. Graf wprowadził w życie badanie ultrasonograficzne stawów biodrowych oraz opracował precyzyjny podział nieprawidłowości niedojrzałego i wadliwego wykształcenia stawu

biodrowego. Podział ten został zaakceptowany przez większość praktyków i badaczy zajmujących się tą wadą. Wcześniej postawiona diagnoza i zastosowanie odpowiedniej terapii pozwalają obecnie prawie całkowicie wyeliminować zabiegi operacyjne. W doświadczonych rękach lekarza metoda ta jest prosta, tania i skuteczna. W Polsce zadomowiła się bardzo dobrze. Jej propagatorami i jednocześnie prekursorami w Polsce między innymi byli lekarze Kliniki Ortopedii AM w Łodzi: Prof. Marek Synder, Prof. Zwierzchowski, Dr Paweł Garncarek, Krystin Niedzielski. Wg zaleceń Sekcji Ortopedii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Ortopedyczno-Traumatologicznego pierwsze badanie powinno być wykonane pomiędzy 4 – 6 tygodniem życia a drugie obligatoryjnie po 3 miesiącu. Doktorant w swojej pracy zajął się oceną rozwoju i dojrzewania stawu biodrowego w pierwszych tygodniach życia noworodka i niemowlęcia z oceną do 3 miesiąca życia niemowlęcia. Analizując piśmiennictwo należy stwierdzić, że doniesień literaturowych z tego okresu praktycznie nie ma. Jest bardzo interesujące w jakim czasie niedojrzały fizjologicznie staw biodrowy zmienia się w czasie i normalizuje do prawidłowego. Doktorant w swojej pracy próbuje na to pytanie odpowiedzieć.

Rozprawa doktorska Arkadiusza Soski ma typowy układ posiada 8 głównych rozdziałów z licznymi podrozdziałami oraz wnioskami, streszczeniem, piśmiennictwem. Zawiera 75 stron. W pracy autor zamieścił 32 tabele oraz 39 rycin. Piśmiennictwo obejmuje 84 pozycji w tym tylko 13% to cytowania polskojęzyczne.

Na przeprowadzenie badań autor dysertacji uzyskał zgodę Komisji Bioetyki UM w Łodzi nr RNN/273/13/KE. Praca była finansowana przez Uniwersytet Medyczny z zadania badawczego nr 502-03/1-116-01/502-14-168.

W rozdziale pierwszym wstęp z 8 głównymi podrozdziałami autor wprowadza, omawia kolejno: fizjologię rozwoju stawu biodrowego, patomechanizmy i etiologię rozwojowej dysplazji

stawu biodrowego (DDH), częstość występowania, czynniki ryzyka, obraz kliniczny.

Następny podrozdział to diagnostyka obrazowa DDH z 5 podrozdziałami dotyczącymi ultrasonografii, klasycznej radiologii, tomografii komputerowej, magnetycznego rezonansu komputerowego i na końcu znaczenie artrografii stawu biodrowego.

Ponieważ w leczeniu DDH bardzo istotny jest czas w momencie rozpoznania i wprowadzenia leczenia a sukces zależy od tego, kiedy i z jaką niedojrzałości lub wadą rozpoczęliśmy leczenie. Autor wyodrębnił 3 okresy wiekowe w których stosuje się różne metody leczenia: do 6 miesiąca życia, pomiędzy 6 miesiącem i 2 rokiem, i po 2 roku. W tej części wymienia różne aparaty zgięciowo-odwodzące staw biodrowy i określa, że leczenie trwa 6-8 tygodni a dziecko powinno być kontrolowane co tydzień. Nie mogę się z tą tezą zgodzić, ponieważ czas leczenia determinowany jest od typu niedojrzałości stawu biodrowego i jego wady, a co z typami D, IIIa, IIIb i IV. Chciałbym nadmienić, że nie widziałem w swojej 30 letniej praktyce ultrasonograficznej wyleczenia dzieci w ciągu 8 tygodni z typami ultrasonograficznymi które wymieniłem. Interesującym jest stwierdzenie kontrolowanie dzieci co tydzień? Zastanawiam się z jakich przestanek autor dysertacji zaleca kontrolę stawów biodrowych co tydzień? W leczeniu dzieci pomiędzy 6 miesiącem a drugim rokiem życia (24miesiące) autor zaleca wyciąg ponad głowę, unieruchomienie gipsowe w pozycji Lorenca i Langego oraz następnie doleczenie w aparatach odwodzących, wykonanie tenotomii przywodzicieli czy otwartej repozycji. Z tą tezą również nie mogę się zgodzić do końca, ponieważ zaczynamy operować dzieci z pełną rekonstrukcją już od 18 miesiąca życia, dawno temu, rozpoczynaliśmy leczenie po 3 r ż.

Autor pracy postawił główny cel pracy jakim jest ocena podstawowych ultrasonograficznych parametrów dojrzewania stawu biodrowego u noworodków i niemowląt w pierwszych

12 tygodniach życia ocenianych wg metody R. Grafa i Morina. Wyodrębnił szczegółowe cele pracy jak:

-ocena powyższych parametrów metody Grafa i Morina z podziałem na lewy i praw staw biodrowy

-znalezienie takiej wartości wskaźnika pokrycia głowy kości udowej wyliczonej sposobem Morina dla której z całą pewnością można rozpoznać biodro prawidłowe w odniesieniu do metody Grafa.

-ocena wyników badanej populacji pod względem wpływu czynników powszechnie uznawanych za czynniki ryzyka rozwoju stawów biodrowych

Autor do badań zakwalifikował 176 dzieci (352 biodra) u których przeprowadził 5 krotne badanie USG w 1, 3, 6, 9, 12 tygodniu życia. Dodatkowo przeprowadził ankietę w pierwszorazowym badaniu dziecka zawierającą informacje dotyczące ciąży, porodu, wieku matki i ojca, ciąży pojedynczej czy mnogiej, ułożenia dziecka w ciąży, sposób porodu, tydzień ciąży, płeć dziecka, masa i długość urodzeniowa, skala Apgar. Oprócz badania USG wykonywał kliniczną ocenę stawów biodrowych.

W podrozdziale wyniki przedstawia prawidłowo dane epidemiologiczno-demograficzne. W analizie kątów alfa i beta oraz wskaźnika d/D Morina - nie stwierdził różnic statystycznych pomiędzy biodrem lewym i prawym. Autor dysertacji przedstawił dokładną analizę przyrostu kąta alfa i malejącego kąta beta w poszczególnych przedziałach obserwacyjnych uwzględniając poszczególne dane statystyczne jak: średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana. W swoich rozważaniach analizuje biodra niedojrzałe, czyli IIa, ale tylko 2 biodra są typu III (0,57%), u jednego pacjenta na 352. Uważam, że te dwa biodra (1 pacjent) mogą zaburzyć prawidłową analizę statystyczną pozostałej grupy niedojrzałych stawów biodrowych tzw. dysplazji fizjologicznej typ IIa. Moim zdaniem należałoby je wykluczyć z badanej grupy, grupa byłaby jednorodna.

W swojej obserwacji ultrasonograficznej stwierdził: w 1 tygodniu 55,4% bioder nieprawidłowych, odpowiednio w 3 29,98%, w 6 8,24% w 9 0,57% (2) i 12 0,28 (1). Dwa ostatnie okresy to jeden i ten sam pacjent. Okres nieprawidłowego staw biodrowego utrzymuje się do 12 tyg. Jeżeli jest analizowany jeden przypadek to warto byłoby opisać, jak był leczony, a jak były prowadzone/leczone dzieci z niedojrzałością typu IIa.

Dyskusja zawarta jest na 6 stronach. Autor dysertacji już na wstępie pracy podkreśla, że trudno jest prowadzić dyskusję z piśmiennictwem, gdyż, istnieją tylko nieliczne prace, gdzie przedstawiane są prace o różnym okresie obserwacji, różnych ilościowo grupach oraz zróżnicowaniu wiekowym. W dyskusji autor dysertacji w pierwszej części omawia opisane już wcześniej wyniki pracy. Przeprowadza dyskusję odnośnie ułożenia dziecka w ciąży jego wpływu na niedorozwój stawu biodrowego, wieku matki. W badaniach określił zgodność częstszego występowania wady u płci żeńskiej zgodnie z obserwacjami Degi, Szulca, Domans, Ortiz-Neira. Określił progi pokrycia głowy kości udowej dla wskaźnika d/D Morina w przedziałach czasowych poniżej 6 tygodni i zgodność jego badań powyżej 6 tygodnia życia dziecka z innymi autorami. Następnie określa zgodność i dynamikę rozwoju stawu biodrowego która jest najszybsza do 6 tygodnia i wolniejsza po 6 tygodni zgodnie z założeniami R. Grafa.

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. Szata graficzna dobra. 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. Szczególnie gratuluję autorowi dysertacji, że udało mu się utrzymać tak liczną grupę dzieci

i przekonać rodziców na 6 krotne badanie dzieci w okresie trzech miesięcy.

Uwagi recenzenta zawarłem wcześniej w poszczególnych akapitach omawianej pracy. Natomiast jeżeli we wstępie informuje się że, wykonano również badanie kliniczne to warto w pracy je krótko zasygnalizować bez większej analizy, która może stanowić inne doniesienie.

Przedstawiona do recenzji praca doktorska lekarza medycyny Arkadiusza Soskiego napisana jest poprawnym zrozumiałym językiem polskim. Praca wykazała, że lekarz medycyny Arkadiusz Soski 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 Arkadiusza Soski pt. „**Ocena ultrasonograficznych parametrów dojrzewania stawu biodrowego u noworodków i niemowląt w pierwszych 12 tygodniach życia**” w pełni odpowiada wymogom ustawy. Biorąc pod uwagę ocenę recenzowanej pracy, wartość naukową zwracam się do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie doktora Arkadiusza Soski do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

KIEROWNIK KLINIKI
ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII Z PODODDZIAŁEM
CHIRURGII RĘKI DLA DZIECI INSTYTUTU „CZMP”
W ŁODZI
Prof. nadzw. dr hab. n. med.
Krzysztof Ryszard Niedzielski