

Warszawa, 9 czerwca 2020 r.

Dr hab. n. med. Paweł Łęgosz

Zastępca Kierownika Kliniki,

Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

email: [pawel.legosz@wum.edu.pl](mailto:pawel.legosz@wum.edu.pl)

tel. 225021514

Dziekan Wydziału Lekarskiego

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

*Szanon Pani Dziekan*

**Ocena rozprawy na stopień doktora nauk medycznych**

**lekarza Michała Skrzypka**

**p.t. „Ocena wyników leczenia konfliktu udowo-panewkowego”**

W związku z prośbą o podjęcie funkcji recenzenta oceny rozprawy na stopień doktora nauk medycznych lekarza Michała Skrzypka p.t. „Ocena wyników leczenia konfliktu udowo-panewkowego”, skierowaną od Rady Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, niniejszym przedstawiam swoją ocenę ww. rozprawy pod kątem spełnienia kryteriów uzasadniających wystąpienie z wnioskiem o zdanie tytułu doktora nauk medycznych.

Podstawą do sporządzenia niniejszej recenzji była przesłana przez Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 97 stronicowej pracy doktorskiej, składającej się z 8 rozdziałów.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej ( RNN/297/18/KE).

Konflikt udowo-panewkowy jest nie do końca poznanym problemem klinicznym, który jest jedną z przyczyn dolegliwości bólowych stawu biodrowego u pacjentów w 3. i 4. dekadzie życia. Istotą problemu jest powtarzający się stan nieprawidłowego kontaktu panewki stawu biodrowego z okolicą szyjkowo-głową kości udowej prowadzący do powstania zmian degeneracyjnych chrząstki stawowej i obrąbka stawowego. Rozwój technik radiologicznych - MRI i USG, ułatwił rozpoznawalność, a między innymi przy okazji rozwój techniki artroskopowej na mniej inwazyjne, skuteczne leczenie.

Temat pracy uważam za jak najbardziej trafny. Ponieważ aktywność ruchowa społeczeństwa rośnie, ludzie młodzi coraz częściej uprawiają różnego rodzaju sport. W związku z tym coraz częściej zgłaszają się do ortopedy młode osoby z dolegliwościami bólowymi stawu biodrowego. Dzięki osiągnięciom współczesnej radiologii można ich odpowiednio diagnozować, a następnie skutecznie leczyć, tym samym zapobiegając lub znacznie opóźniając wystąpienie zmian zwyrodnieniowych.

W pierwszym rozdziale swojej pracy autor przedstawił w sposób zwięzły anatomię stawu biodrowego, rys historyczny koncepcji konfliktu udowo-panewkowego, epidemiologię i etiologię, zaznaczając przy tym, że poznanie przyczyn i mechanizmów odpowiedzialnych za rozwój anomalii strukturalnych w obrębie stawu biodrowego jest kluczowe by w przyszłości w pełni skutecznie leczyć konflikt udowo-panewkowy. W kolejnych punktach autor opisał metody diagnostyki i leczenia konfliktu udowo-panewkowego.

Po wprowadzeniu w zagadnienie doktorant sformułował cele pracy w pięciu punktach:

1. Ocena radiologiczna postępu zmian zwyrodnieniowych u chorych leczonych operacyjnie (artroskopia) z powodu FAI po minimum dwuletnim okresie obserwacji.
2. Ocena zależności między wynikiem operacyjnym, a zaawansowaniem zmian zwyrodnieniowych stwierdzanymi podczas zabiegu operacyjnego.
3. Ocena wpływu artroskopowego leczenia FAI na funkcję i zakres ruchomości stawu biodrowego.
4. Ocena zadowolenia i jakości życia pacjentów po zabiegu operacyjnym FAI.
5. Ocena częstości występowania skostnień pozaszkieletowych po artroskopii stawu biodrowego.

Natomiast założenie pracy stanowiło, że konflikt udowo-panewkowy jest przyczyną rozwoju zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego, a leczenie techniką artroskopową konfliktu udowo-panewkowego jest działaniem prewencyjnym w kontekście zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego.

Autor do badania zakwalifikował 63 pacjentów (26 kobiet i 37 mężczyzn) operowanych w Klinice Ortopedii i Ortopedii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 2014-2018, u których wykonano zabieg artroskopii stawu biodrowego z powodu konfliktu udowo-panewkowego. U jednej kobiety i dwóch mężczyzn przeprowadzono zabieg artroskopii obustronnie, w związku z tym w badaniu oceniono 66 operowanych stawów biodrowych. Badani pacjenci w dniu zabiegu mieli od 28 do 61 lat, średnio 42,4.lat. Kryterium wykluczenia była dysplazja stawów biodrowych, jałowa martwica głowy kości udowej, złamania bliższego końca kości udowej oraz inne zabiegi operacyjne w obrębie stawu biodrowego.

W rozdziale metodyka badań autor opisał, że opierała się ona na:

- analizie danych z badania przedmiotowego, w którym oceniane były zakresy ruchomości oraz objawy charakterystyczne dla konfliktu udowo-panewkowego, takie jak FADIR, FABER oraz C-sign.,
- analizie z badania podmiotowego,
- badaniach radiologicznych (chorzy wykonywane mieli badanie rentgenowskie w projekcji przednio-tylnej AP oraz osiowej Ax.),
- analizie opisów zabiegów operacyjnych oraz analizie wyników kwestionariuszy i skal HHS, WOMAC, VAS i SF-12.

Po omówieniu zastosowanych metod statystycznych, autor w kolejnym rozdziale przedstawił wyniki przeprowadzonej oceny leczenia operacyjnego konfliktu udowo-panewkowego. Na podstawie analizy uzyskanych wyników autor sformułował następujące wnioski:

1. Wynik artroskopii stawu biodrowego w przebiegu FAI jest ściśle zależny od radiologicznych cech choroby zwyrodnieniowej. W przypadku pacjentów z 2 i 3 stopniem w skali Kellegren'a i Lawrence'a w przedoperacyjnym zdjęciu rentgenowskim rokowanie jest gorsze oraz występuję zwiększone ryzyko konieczności przeprowadzenia zabiegu aloplastyki.

2. U pacjentów, u których nie stwierdzano radiologicznych cech choroby zwyrodnieniowej lub obserwowano 1 stopień w skali Kellegren'a i Lawrence'a wynik leczenia był znacznie lepszy, a w kontrolnych radiogramach nie obserwowano w większości przypadków pojawienia się lub postępu już wcześniej obecnych zmian zwyrodnieniowych.
3. Artroskopia stawu biodrowego u pacjentów z konfliktem udowo-panewkowym w znacznym stopniu poprawiała funkcję stawu biodrowego ocenianych w kwestionariuszach WOMAC i HHS po minimum 2 latach obserwacji. Po leczeniu uzyskiwano również zwiększenie zakresu ruchomości. Poprawa głównie obserwowana była przy ruchu zgięcia, odwiedzenia i rotacji wewnętrznej stawu biodrowego.
4. Po okresie minimum 2 lat obserwacji po przeprowadzeniu artroskopii stawu biodrowego u pacjentów z konfliktem udowo-panewkowym w znacznym stopniu zmniejszyły się odczuwane dolegliwości bólowe, które oceniany były za pomocą skali VAS
5. U pacjentów po artroskopii stawu biodrowego stwierdzono znaczną poprawę jakości życia, która oceniana była za pomocą kwestionariusza SF-12. Na poprawę wyników wpływ miało głównie mniejsze odczuwanie dolegliwości bólowych oraz poprawa funkcji stawu biodrowego.
6. Częstym powikłaniem po zabiegu artroskopii stawu biodrowego jest kostnienie pozaszkieletowe, które to może dotyczyć około 13.6% przypadków. Nie zaobserwowano korelacji między stopniem zaawansowania zmian zwyrodnieniowych w przedoperacyjnym zdjęciu rentgenowskim, a częstością występowania skostnień.

W rozdziale dyskusja, autor początkowo przedstawił ogólne rozważania na temat konfliktu udowo-panewkowego. Zaznaczył problem społeczny w postaci zwiększającej się liczby osób cierpiących z powodu patologii stawu biodrowego. Przechodząc do omówienia wyników, trafnie cytował uwagi, spostrzeżenia i uzyskane wyniki innych autorów, korzystając z aktualnego piśmiennictwa. Cytowania odnosiły się do prac, w których autorzy uzyskali u większości chorych poprawę funkcji oraz zmniejszenie dolegliwości stawu biodrowego po przeprowadzonej artroskopii z powodu rozpoznanego konfliktu udowo-panewkowego. Analiza zebranych przez autora danych potwierdziła wcześniejsze doniesienia innych autorów, że chorzy, którzy leczeni

byli z powodu konfliktu udowo-panewkowego, zgłaszają znaczną poprawę w zakresie ruchomości stawu, zmniejszył się ból, uległa poprawie jakość życia. Autor również zaznacza, że na podstawie własnej analizy i danych z innych badań przeprowadzenie zabiegu artroskopii stawu biodrowego i usunięcie konfliktu udowodnił panewkowego, w przypadku gdy występują radiologiczne cechy choroby zwyrodnieniowej, nie powoduje zahamowania progresji zmian.

Mankamentem pracy, w mojej ocenie, był:

1. brak podziału na typy konfliktu CAM, PINCER lub mieszany, co przekłada się na sposób leczenia chirurgicznego. Leczenie chirurgiczne ma przede wszystkim za zadanie odtworzenie prawidłowego offsetu głowowo-szyjkowego, zlikwidowanie konfliktu oraz wyleczenie współtowarzyszących patologii zarówno obrąbka, jak i chrząstki stawowej. W typie PINCER zniszczenia chrząstki stawowej są lokalizowane obwodowo, obejmując jedynie wąski pas. Podczas ruchu obrąbek jest miażdżony pomiędzy obręczą panewki i szyjką kości udowej, powodując jego degenerację. Typ CAM charakteryzuje się asferyczną głową, deformacją typu rękojeści pistoletu (pistol grip). obserwuje się uszkodzenie chrząstki stawowej w przednio-górnej części panewki z rozdzieleniem pomiędzy obrąbkiem i chrząstką,
2. sposób kwalifikacji chorych do operacji, który odbywał się jedynie na podstawie zdjęć RTG. Ograniczenie się jedynie do kwalifikacji do artroskopii na podstawie klasycznych radiogramów AP i osiowych pokazuje „opóźniony” obraz choroby. Nierzadko w takich przypadkach pewniejsze rokowniczo będzie zaplanowanie aloplastyki stawu natomiast a wynik przeprowadzonej artroskopii może być mocno wątpliwy lub wręcz zły. Bardzo dobre i dobre wyniki jesteśmy w stanie uzyskać kwalifikując chorych ze zmianami w MRI lub TK, w początkowej fazie choroby.
3. w przypadku obrazu choroby, który został przedstawiony na ryc. 2 (strona 65), moim zdaniem powinno rozważyć się wykonanie operacji aloplastyki stawu biodrowego. W przypadku podanym na ryc. 1 (strona 64), mam wątpliwości czy jednak nie doszło do progresji zmian radiologicznych, polegających na postępującym zwężeniu szpary stawowej.
4. brakowało mi szerszego opisu techniki zabiegów artroskopowych wykorzystanych w pracy,

5. odnosząc się do przypadku zaprezentowanego na ryc. 2 (strona 65), mając wiedzę z piśmiennictwa na temat znamienego występowania powikłań pod postacią skostnień okołostawowych należy zawsze uwzględnić czynniki ryzyka wystąpienia takiego powikłania, włączyć profilaktykę. Ma to istotne znaczenia w przypadku gdy dojdzie do zaostrzenia zmian zwyrodnieniowych i konieczności wykonania alooalstyki stawu biodrowego,
6. autor nie ustrzegł się drobnych błędów interpunkcyjnych, sugestii autokorekty edytora tekstu, zmiany nomenklatury np. mając na myśli skostnienie użył sformułowania zwapnienia - a to znaczna różnica (trzeci wiersz, strona 66).

Pomimo zaznaczonych przeze mnie uwag uważam, że autor zrealizował założenia pracy a cel pracy został osiągnięty w postaci wielokierunkowej analizy przydatności artroskopii stawu biodrowego w leczeniu konfliktu udowo-panewkowego.

Uważam, że przedstawiona praca pomimo przedstawionych wyżej przeze mnie ograniczeń udowadnia słuszność zastosowania tej techniki operacyjnej. Autor przedstawił wnikliwie wady i zalety tej metody. Praca została wykonana starannie, napisana zwięźle i jasno, poprawnym językiem. Na uwagę zasługuje dobrze zaplanowane badanie z konsekwentnie przeprowadzoną obserwacją przeprowadzoną w odpowiednio długim przedziale czasu dla uzyskania rzetelnych wyników badania, zgodnie z wyznawczym celem i założeniami badania. Walory badawcze pracy wzbogaca prawidłowo dobrana metoda analizy statystycznej.

Autor pracy udowodnił, że jest dojrzałym badaczem, potrafiącym się posługiwać różnorodnymi narzędziami badawczymi i na ich podstawie wyciągać poprawne wnioski. Przedstawiona do oceny praca doktorska jest wartościowa, wzbogaca spojrzenie na sposoby leczenia mało i średniozaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego na tle konfliktu udowo-panewkowego.

Jestem przekonany, że lekarz Michał Skrzypek wykazuje należyte przygotowanie i posiada niezbędne zalety od swojego bezpośredniego przełożonego do prowadzenia działalności naukowej.

Przedkładam Wysokiej Radzie Nauk Medycznych UM w Łodzi wniosek o **dopuszczenie** lekarza Michała Skrzypka do dalszych etapów przewodu doktorskiego

Dr hab. n. med. Paweł Łęgosz

*Liana 09.06.2020*

ZASTĘPCA ORDYNATORA-KIEROWNIKA KLINIKI

Dr hab. n. med. Paweł Łęgosz