

Poznań, 20.07.2022r.

Do Rady Nauk Medycznych Wydziału Lekarskiego  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Dr hab. n. med. Tomasz Piontek  
Pracownia Medycyny Sportu  
Klinika Chirurgii Kręgosłupa i Ortopedii Dziecięcej  
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Recenzja Rozprawy Doktorskiej lekarza medycyny Mikołaja Wypych  
pod tytułem**

**„Rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego:**

**Kryteria kwalifikacji chorych i prognozowanie wyników leczenia”**

**1. Uwagi wstępne**

Przedstawiona do recenzji praca doktorska obejmuje w swojej merytorycznej części wstęp z 11 rozdziałami, genezę i założenia pracy, cele pracy, materiał kliniczny, metodykę, wyniki z opracowaniem statystycznym, dyskusję, wnioski, piśmiennictwa, podsumowanie w języku polskim i w języku angielskim, opublikowaną pracę będącą publikacją przedstawianej pracy doktorskiej. Łącznie praca doktorska zawiera 100 stron maszynopisu, w tym 5 rycin, 6 tabel, a spis piśmiennictwa zawiera 143 pozycje.

Zgodnie z wymaganiami ustawowymi, stawianymi rozprawom doktorskim, powinny one „stanowić oryginalne rozwiązanie problemu naukowego (...) oraz wykazywać ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w danej dyscyplinie naukowej”.<sup>1</sup> Mając to na uwadze, przy ocenie rozprawy doktorskiej lekarza Mikołaja Wypych, przyjęto następujące kryteria: znaczenie podjętej tematyki, poprawność w sformułowaniu celów i hipotez badawczych, metodyka badań, struktura rozprawy oraz jej strona warsztatowa.

---

<sup>1</sup> Art. 13.1. Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, Dz. U. nr 65, poz. 595, z późn. zm.

## 2. Znaczenie podjętej tematyki

Podjęta przez doktoranta tematyka leczenia uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego jest bardzo aktualnym tematem w ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Coraz większy wzrost uszkodzeń więzadła krzyżowego w grupach ludzi uprawiających zarówno sport rekreacyjny, jak i zawodowo, stawia lekarzy w sytuacji wyboru najlepszej metody leczenia. Stosowane różne metody leczenia oraz różny czas występujący między urazem, a leczeniem operacyjnym, skłaniają lekarzy do zastanowienia się nad najlepszym wyborem leczenia chorych oraz czy rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego jest jedyną opcją w leczeniu. Pytanie, czy leczenie operacyjne rekonstrukcyjne jest wskazane u wszystkich chorych jest bardzo ważnym pytaniem. Temat podjęty przez Doktoranta pozwala odpowiedzieć na pytanie, kiedy i czy w ogóle rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego przy jego uszkodzeniu jest wskazana. Kolejnym aspektem, który porusza Doktorant pośrednio, jest zachowanie lekarzy, ich decyzje o wykonaniu rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego. Wiedząc, że zabiegiem tak zwanym opłacalnym w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w artroskopii jest rekonstrukcja więzadła krzyżowego, (ale już bez innych procedur, jak np. szycie łąkotki, czy rekonstrukcja chrząstki), może być czynnikiem sprawczym, że rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego jest wykonywana u większości chorych z uszkodzeniem.

Podjęte przez doktoranta ambitne zadania, jakim jest odpowiedzenie na pytanie, czy operując chorego z niestabilnością stawu kolanowego zabiegiem rekonstrukcyjnym pozwolimy powrócić do poprzedniego stanu zdrowia, uważam za bardzo ważne pytanie szczególnie w obecnych czasach. Udowodnienie tezy, że operacja rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego u wszystkich chorych bez ewidentnych wskazań do leczenia pozwoli na ograniczenie powikłań i braku zadowolenia chorych z podjętego leczenia rozwieje wątpliwość, jaką jest sama artroskopia. Jeżeli Doktorant udowodni, że rekonstrukcje są wykonywane pochopnie przez nasze środowisko ortopedyczne, to odpowie pośrednio na decyzję ludzi odpowiedzialnych za dostępność procedur operacyjnych w naszym kraju. Brak dobrego wyniku u chorych operowanych bez wskazań udowadnia decydentom nieznanym się na traumatologii sportowej, że rekonstrukcja więzadła krzyżowego jest niepotrzebna, czyli nie trzeba jej promować, czy opłacać z funduszy publicznych. Na podstawie tego wyводу myślowego bardzo chętnie podjąłem się analizie materiału, metodyce, wynikom i zrozumieniu problematyki niestabilności stawu kolanowego prezentowanej przez Doktoranta. Z wielkim zaciekawieniem podjąłem się analizie powyższej pracy gdyż wiem, że znajomość problematyki artroskopii w naszym kraju przez grono kierujące rozwojem ortopedii jest coraz mniejsze na korzyść problematyki endoprotezoplastyki.

## 3. Cele pracy i hipotezy badawcze

Problem badawczy, cel główny rozprawy, cele cząstkowe i hipotezy badawcze Doktorant poruszył we wstępnych rozdziałach pracy. Wyłoniony problem badawczy sformułowany został w postaci pytania: Czy właściwa kwalifikacja chorych do ACL jest warunkiem koniecznym osiągnięcia dobrego wyniku klinicznego, ergo poprawy klinicznej w stosunku do stanu sprzed operacji. Kolejnym pytaniem

wynikającym z poprzedniego, jest stworzenie wskazań do wykonania rekonstrukcji więzadła krzyżowego.

#### 4. Metodyka badań i materiał badań

Doktorant dobrał do realizacji postawionych celów odpowiednią metodykę badawczą obejmującą fazę preeliminacyjną badania polegającą na doborze chorych do badania. Doktorant w sposób przejrzysty przedstawił procedurę doboru chorych do badania. Zidentyfikowano 186 chorych, którzy następnie wypełnili kwestionariusze KOOS. Z tej grupy wyselekcjonowano 109 osób, dla których okres obserwacji wynosił co najmniej 11 miesięcy. Chorzy uczestniczący w niniejszym badaniu byli kwalifikowani do zabiegu ACLR według uznania lekarza prowadzącego, w większości przypadków późniejszego operatora. Przy doborze chorych do zabiegu operacyjnego nie stosowano ściśle określonych algorytmów postępowania, a jedynym ustalonym i pewnym wskazaniem było rozerwanie ACL.

Na wstępie pracy pojawiają się jednak pytania i nieścisłości związane z doбором materiału. Opis chorych zakwalifikowanych do leczenia odbiega z informacjami zawartymi w Rycinie 3. W opisie czytamy, że kwalifikowano chorych od 2007r., zaś w rycinie od 2006r. Brakuje również wytłumaczenia, dlaczego nie kwalifikowano do oceny chorych, u których wykonywano szycie łątki, a kwalifikowano chorych z usuwanym fragmentem łątki. W opisie materiału doktorant kwalifikował chorych, u których wykonywano również usunięcia 50% łątki. Czy nie sądzi Doktorant, że meniscectomia aż do 50 % nie wpływa na wynik leczenia? Czy wykluczenie chorych z naprawą łątki ma aż taki pozytywny wpływ, czy też negatywny na wynik leczenia, że wykluczono ich z badania? W czasach, których osoby zajmujące się traumatologią sportową, leczeniem artroskopowym stawu kolanowego na całym świecie mówią, piszą, że zachowanie, naprawa łątki jest kluczem do dobrego wyniku po rekonstrukcji więzadła krzyżowego, jest zastanawiający dobór materiału.

Kolejnym pytaniem jest ilu chorych ogólnie zostało leczonych rekonstrukcją więzadła krzyżowego przedniego w latach 2006-2007 – 2012 w klinice. Doktorant podaje liczbę 320 po wykluczeniu grup ze zszywaną łątką, wielowięzadłowymi zabiegami, zaopatrzeniem chrząstki. Porównanie tej grupy chorych z przedstawioną w pracy, może być interesująca i mam nadzieję na kontynuację pracy przez doktoranta w następnych publikacjach.

#### 5. Struktura rozprawy

Struktura rozprawy jest poprawna i zgodna z koncepcją badawczą. Praca składa się ze wstępu, 7 rozdziałów, podsumowania w języku polskim i angielskim, spisu piśmiennictwa. Pierwszy rozdział ma charakter teoretyczny, 3 ma charakter metodyczny, 7 empiryczny.

Teoretyczna część rozprawy skupia się na przedstawieniu problemu uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego, możliwości jego rekonstrukcji, problemami klinicznymi. Na 10 stronach

doktorant przedstawia anatomię, biomechanikę stawu kolanowego, więzadła krzyżowego przedniego, podstawowe informacje dotyczące rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego.

W części metodycznej doktorant w założeniach pracy podjął się ponownie przedstawieniu teoretycznych podstaw podjęcia się pracy badawczej. Analizując piśmiennictwo i wyniki, jakie inni badacze przedstawili w swoich pracach, że chorzy z objawową niestabilnością stawu kolanowego powinni być operowani, podjął się analizie chorych operowanych w klinice. Doktorant przedstawił wyniki innych światowych badaczy potwierdzając, że rezultaty po rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego są niejednoznaczne i ważne jest prawidłowe kwalifikowanie chorych do leczenia operacyjnego.

W części empirycznej Doktorant przedstawił wyniki. Ich lektura, wielu danych statystycznych, korelowanych z sobą wartości, pozwala dzięki dobremu opisowi rycin, zrozumieć otrzymane wyniki.

W rozdziale 6 Doktorant przeprowadził dyskusję analizując otrzymane w pracy wyniki z wiedzą zawartą w aktualnym piśmiennictwie. Na podstawie wybranych kryteriów kwalifikacji do rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego:

- a) uprawianie sportu wyczynowo na wysokim poziomie ( $\geq 7$ , w zależności od uprawianej dyscypliny sportu) i chęć powrotu do profesjonalnego uprawiania sportu po ACLR
- b) znacznego stopnia niestabilność subiektywną stawu kolanowego utrzymującą się pomimo zastosowania cyklu fizjoterapii
- c) wiek poniżej 20 lat w chwili operacji ACLR byłaby wtedy wskazana zwłaszcza, jako metoda zapobiegająca uszkodzeniom wtórnym struktur stawu kolanowego

Wykazano, że osoby, które spełniły zaproponowane kryteria rekrutacji do operacji, miały niemal trzykrotnie większą szansę poprawy w ciągu roku od rekonstrukcji. Doktorant przedstawił również krytyczną opinię dotyczącą losów operowanych w rodzimym ośrodku. Twierdzenie: „Ponieważ przeprowadzona przeze mnie analiza retrospektywna wykazała, że zaproponowane kryteria kwalifikacji były spełnione w przypadku 53% chorych, można stwierdzić, że niemal połowa chorych nie powinna być operowana”, budzi pytanie. Jakie kryteria do leczenia operacyjnego były stosowane w latach 2006-207-2012? Czy samo stwierdzenie przez radiologa w opisie rezonansu magnetycznego uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego, upoważnia do rekonstrukcji więzadła krzyżowego? Mam nadzieję, że nie, gdyż lecząc chorych z niestabilnością stawu kolanowego operacyjnie artroskopowo od 21 lat zawsze kierowałem się wskazaniem klinicznymi, a nie radiologicznymi, czy też ekonomicznymi. Na to pytanie Doktorant nie musi odpowiadać, ale w ogólnej dyskusji nad poziomem ortopedii w Polsce, opinia płynąca z tej pracy, może być zrozumiana opacznie. Rekonstrukcja więzadła krzyżowego w 50% jest niepotrzebna. Z taką opinią zarówno ja, jak i środowisko ortopedyczne na całym świecie, które znam z powodu swojej pozycji mówi, że 10-20% chorych z niestabilnością stawu kolanowego jest klinicznie stabilne. Reszta z powodu powtarzających się niestabilności stawu kolanowego doprowadza do uszkodzenia łąkotek, chrząstki stawowej i rozwoju zmian zwyrodnieniowych. Mój głos recenzenta musi w tym dokumencie wybrzmieć, że objawowa niestabilność prowadzi do destrukcji kolana i z czasem do jedynej operacji, jaka powinna być uważana, jako porażką w leczeniu – endoprotezoplastyka stawu kolanowego. Mam nadzieję, że poziom kwalifikacji do operacji dzięki tej pracy wzrośnie w naszym środowisku, a pracę

przedstawioną w końcu monografii odszukam w wielu przyszłych doniesieniach naukowych dotyczących więzadła krzyżowego przedniego. Niestabilność objawowa, czyli powtarzające się urazy kolana, powinny być leczone.

Kolejnym aspektem, który budzi moją wątpliwość jest ocena chorych, ich oczekiwań w średnim czasie obserwacji 11 miesięcy. Na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia, powrót funkcji siły mięśniowej, prioprocepcji, ogólnie rozumianej funkcji stawu kolanowego, kończyn, całego ciała, po urazie leczonym operacyjnie rekonstrukcją więzadła krzyżowego przedniego w obrębie kolana, trwa około 2 lata. Sportowcy powracają do pełnych treningów po około 1 roku, z powodu braku powrotu pełnej funkcji kończyn. Bazując na tej wiedzy mogę mieć pytanie, czy jeżeli uzyskalibyśmy lepszy wynik końcowy w ocenie subiektywnej chorych przedstawionej w niniejszej pracy, czy kryteria kwalifikacji nie uległy by zmianie?

## 6. Strona warsztatowa – ocena formalna

Strona warsztatowa opiniowanej rozprawy doktorskiej lekarza Mikołaja Wypych zasługuje na pozytywną ocenę. Pracę cechuje kompleksowość przedstawionego problemu badawczego będącego głównym celem pracy. Doktorant przedstawia analizę badanego materiału. Wnioski pracy odpowiadają na zadane pytania w celach pracy.

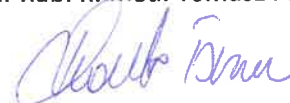
## 7. Konkluzja końcowa

Analiza całości recenzowanej rozprawy doktorskiej lekarza Mikołaja Wypych pozwala na stwierdzenie, iż stanowi ona ważną część wiedzy nad problemem uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego. Wnioski płynące z pracy, że rekonstrukcja więzadła krzyżowego powinna być wykonywana u chorych objawowych z oczekiwaniami powrotu do aktywności fizycznej, jest bardzo istotna w dyskusji nad koniecznością leczenia niestabilności stawu kolanowego i prewencji artrozy stawu kolanowego. Biorąc pod uwagę wszystkie przyjęte kryteria oceny stwierdzam, iż recenzowana przeze mnie rozprawa doktorska lekarza medycyny Mikołaja Wypych pt. „Rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego: Kryteria kwalifikacji chorych i prognozowanie wyników leczenia” odpowiada warunkom stawianym tego typu opracowaniom. Wnoszę do Rady Nauk Medycznych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o nadanie lekarzowi Mikołajowi Wypych tytułu Doktora Nauk Medycznych

Z wyrazami Szacunku

5762839 | dr hab. n. med. Tomasz Piontek  
specjalista w ortopedii  
i traumatologii narządu ruchu  
tel. 602 29 46 31

dr hab. n. med. Tomasz Piontek



Udział Wydziału Lekarskiego UM w Łodzi  
wplynęło dnia 22.08.2022  
podpis Prokurator