

Wrocław, 19.02.2018

RECENZJA

rozprawy doktorskiej na stopień doktora nauk o zdrowiu

mgra Jakuba Szewczyka

pt. : Ocena i porównanie skuteczności zabiegów rehabilitacyjnych w zakresie dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa wykonywanych w warunkach sanatoryjnych i ambulatoryjnych

Szybki rozwój cywilizacji, wydłużenie średniej życia człowieka, zmiana stylu życia, brak aktywności fizycznej powoduje, że liczba schorzeń narządu ruchu ma wyraźną tendencję wzrostową. Do najczęściej występujących dolegliwości zaliczane są bóle odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, stanowiące jedno z największych wyzwań do leczenia w XXI wieku. Zespoły bólowe kręgosłupa, pojawiające się w różnym okresie życia dotyczą ponad 80% społeczeństwa i obecnie uważane są jako choroba cywilizacyjna. Powyższe określenie definiujemy jako okresowe lub długotrwałe dolegliwości bólowe w okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa, którym może towarzyszyć promieniowanie do jednej lub obu kończyn. Najczęstszymi przyczynami są choroby krążka międzykręgowego, stawów międzywyrostkowych oraz stawów krzyżowo-biodrowych. Leczenie powyższych schorzeń stanowi istotny problem terapeutyczny, jak również jest bardzo dużym wyzwaniem ekonomicznym i socjalnym. Z uznaniem należy przyjąć wybór właśnie z tego zakresu tematu rozprawy doktorskiej, celowy tak z punktu widzenia naukowego, jak i praktycznego.

Omawiana rozprawa doktorska obok strony tytułowej i spisu treści liczy 149 stron, z czego 21 stron stanowi piśmiennictwo. Układ pracy jest zgodny z przyjętymi zasadami budowania prac naukowych i jest dostosowany do omawianych problemów i sposobów ich rozwiązywania. Praca ma klasyczny układ składający się ze wstępu, metodologii badań,

wyników badań, dyskusji, wniosków i piśmiennictwa. Na szczególną uwagę zasługują ryciny i bardzo liczne tabele przedstawiające wyniki badań. Zamieszczone liczne analizy nie tylko uwiarygodniają spostrzeżenia Doktoranta i uzyskane wyniki, ale podnoszą wartość naukową i dydaktyczną rozprawy. We wstępie Doktorant wprowadza czytelnika w zagadnienia związane z głównym tematem pracy. Podkreśla w oparciu o informacje z piśmiennictwa skalę problemu, przedstawia definicję i charakterystykę bólu odcinka lędźwiowo-krzyżowego, omawia czynniki ryzyka występowania powyższych schorzeń. W kolejnym rozdziale Doktorant omawia podstawowe zasady diagnozowania, kolejno metody leczenia powyższego schorzenia, w tym bardzo dokładnie omawia poszczególne rodzaje zabiegów fizjoterapeutycznych, możliwości leczenia rehabilitacyjnego i fizjoterapeutycznego, podkreśla rolę leczenia sanatoryjnego. W kolejnych punktach przedstawia leczenie uzdrowiskowe w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem ośrodków leczenia schorzeń narządu ruchu: Ciechocinek, Cieplice Śląskie, Iwonicz Zdrój, Łądek Zdrój, Ustroń Zdrój oraz Wysowa Zdrój.

Celem badań podjętych w rozprawie była ocena i porównanie skuteczności zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w warunkach sanatoryjnych i ambulatoryjnych u osób z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa. Szczegółowym celem była analiza rehabilitacji sanatoryjnej i ambulatoryjnej oraz wpływ zabiegów z grupy balneologii na dysfunkcję dolnego odcinka kręgosłupa. Dla realizacji powyższych celów Doktorant określił następujące hipotezy badawcze:

1 Hipotezę główną: Postępowanie rehabilitacyjne realizowane w warunkach sanatoryjnych cechuje się większą skutecznością w zakresie obniżania bólu dolnego odcinka kręgosłupa oraz zwiększenia ruchomości w porównaniu do postępowania rehabilitacyjnego w warunkach ambulatoryjnych.

2. Hipotezy szczegółowe;

a) Pacjenci poddawani rehabilitacji w warunkach sanatoryjnych uzyskują większą poprawę w zakresie odczuwanego bólu po zabiegach w porównaniu z pacjentami rehabilitowanymi w warunkach ambulatoryjnych.

b) Pacjenci poddawani rehabilitacji w warunkach sanatoryjnych wykazują po serii zabiegów lepsze wyniki w zakresie ruchomości dolnego odcinka kręgosłupa w porównaniu z pacjentami rehabilitowanym w warunkach ambulatoryjnych.

c) Wartość BMI koreluje z odczuwanym bólem zarówno przed, jak i po zabiegu w obu grupach pacjentów.

d) Istnieje zależność statystyczna między wartością BMI, a wynikami testów ruchomości dolnego odcinka kręgosłupa w obu grupach pacjentów.

Badaniem objęto 240 pacjentów, między 18 a 80 rokiem życia. Badani zostali podzieleni na 2 grupy: ambulatoryjną i sanatoryjną. W pierwszej grupie realizowano rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, w drugiej grupie w uzdrowiskach. Doktorant stosował czytelne i dokładnie opisane kryteria włączenia i wykluczenia z badań leczonych pacjentów uzyskując jednorodne grupy badanych. Wszyscy pacjenci przed kwalifikacją zostali poddani badaniu lekarskiemu. W grupie ambulatoryjnej stosowano serię 10 wizyt rehabilitacyjnych, wśród których wykonywano: 15 minutowy masaż klasyczny, prądy TENS w czasie 45 min zabiegu, pole magnetyczne o niskiej częstotliwości, ćwiczenia izometryczne. W przypadku grupy sanatoryjnej dodatkowo stosowano okłady borowinowe i kąpiele solankowe. Kąpiele solankowe w temperaturze 36-38 stopni trwały 15-20 minut, okłady borowinowe odbywały się w temperaturze 42-45 stopni, a czas zabiegu wynosił do 30 minut.

W badaniu ankietowym Doktorant zebrał wywiad odnośnie płci, zamieszkania, wykształcenia, sytuacji zawodowej, rodzaju wykonywanej pracy, wzrostu i wagi wyliczając wskaźnik masy ciała (wskaźnik BMI). W badaniu przedmiotowym Doktorant stosował testy oceniające zakres ruchomości kręgosłupa: test Schobera, zgięcie boczne, badanie z użyciem kamery termowizyjnej, natężenie bólu przy użyciu algometru, skalę wzrokowo-analogową (VAS). Aktywność fizyczną na potrzeby badań Doktorant zdefiniował jako spacery ogólnousprawniające.

Wyniki badań i analiza porównawcza stanowią zasadniczą i najobszerniejszą część rozprawy. Doktorant zastosował metody analizy statystycznej przy pomocy uzupełniających się testów, co przyczyniło się do obiektywizacji wyników tych badań. Liczne tabele i wykresy stanowią ilustracje uzyskanych wyników, pozwalając w przystępny sposób zapoznać się danymi. Autor rozprawy prowadził analizę wyników etapami w odniesieniu do omówionych powyżej zagadnień.

Analiza statystyczna wykazała, że pacjenci poddawani rehabilitacji w warunkach sanatoryjnych odczuwają większą poprawę w zakresie odczuwanego bólu (skala VAS i ocena algometryczna) w porównaniu z pacjentami rehabilitowanymi w warunkach ambulatoryjnych. Pacjenci poddawani rehabilitacji w warunkach sanatoryjnych wykazują lepsze wyniki w zakresie ruchomości dolnego odcinka kręgosłupa w porównaniu z pacjentami rehabilitowanymi w warunkach ambulatoryjnych. Wyniki wykazały, że wartość wskaźnika BMI koreluje z odczuwanym bólem (skala VAS i ocena algometryczna) zarówno przed jak i po zabiegach, w obu grupach pacjentów. Za oryginalne należy uznać spostrzeżenia dotyczące leczenia zależności między współczynnikiem BMI, a ruchomością kręgosłupa lędźwiowego. Analiza statystyczna nie wykazała związku liniowego między wartością wskaźnika BMI, a

wynikami testów ruchomości dolnego odcinka kręgosłupa, zarówno wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie, jak i u osób rehabilitowanych w uzdrowiskach.

W kolejnym rozdziale zatytułowanym Dyskusja Doktorant przedstawia interpretację uzyskanych wyników, odnosząc się jednocześnie do spostrzeżeń i wyników badań innych autorów z uwzględnieniem danych zebranych z obszernego piśmiennictwa, zarówno polskiego jak i anglojęzycznego. Świadczy to o dobrej znajomości przez Doktoranta wieloaspektowych, trudnych i złożonych zagadnień dotyczących patomechaniki, postępowania diagnostycznego i metod leczenia schorzeń odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz wyników leczenia w innych ośrodkach zarówno w Polsce, jak i na świecie.

Doktorant słusznie podkreśla aspekt ekonomiczny i socjalny powyższych dolegliwości. Zgodnie z danymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest to podstawowa przyczyna absencji w pracy osób do 45 roku życia, a wśród pracowników po 45 roku życia znajduje się na trzecim miejscu. Często można uniknąć powstania choroby poprzez modyfikację zachowań, stylu życia oraz odpowiednią profilaktykę. Należy zgodzić się z Doktorantem, że leczenie patologii w obrębie kręgosłupa lędźwiowego, to nie tylko zabiegi fizjoterapeutyczne, ale również bardzo istotna komponenta psychologiczna, zmiana środowiska, możliwość odpoczynku i brak stresu związanego zarówno z pracą jak i problemami życia codziennego.

Uzyskane wyniki pozwoliły wyciągnąć następujące wnioski.

1. Leczenie w warunkach uzdrowiskowych cechuje się większą skutecznością w zakresie zwalczania dolegliwości bólowych, jak i zwiększeniem ruchomości w przypadku pacjentów z bólem odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa.
2. Leczenie uzdrowiskowe jest skuteczną formą terapii, która przynosi korzystniejsze efekty niż terapia realizowana w warunkach ambulatoryjnych.
3. W przypadku leczenia sanatoryjnego istotna jest możliwość odpoczynku i brak stresu związanego z życiem prywatnym i zawodowym.

Opiniowana praca stanowi próbę głębokiego wniknięcia w złożone, trudne i wieloaspektowe problemy związane z etiopatogenezą i leczeniem zespołów bólowych okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa.

Przeprowadzenie tak szeroko zaplanowanych badań, zebranie dużej ilości danych, ich analiza i ostateczne opracowanie wymagało żmudnej pracy i wielu wysiłków co należy podkreślić.

Z obowiązku recenzenta pozwalam sobie na przedstawienie paru uwag nasuwających się podczas studiowania pracy.

1. Bardzo ciekawym aspektem, będącym dopełnieniem przeprowadzonych badań byłaby analiza ekonomiczna stosowanego postępowania, w odniesieniu nie tylko do ceny zabiegów ambulatoryjnych, kosztów turnusów uzdrowiskowych, ale również szybkości powrotu do pracy i nie korzystania ze zwolnienia lekarskiego.
2. Dolegliwości bólowe są objawem, który jest wynikiem choroby podstawowej. Porównanie wyników leczenia w poszczególnych grupach, w zależności od rozpoznania jednostki chorobowej będącej przyczyną dolegliwości byłoby również cenną informacją.

Powyższe spostrzeżenia w żaden sposób nie umniejszają oceny opiniowanej pracy, mogą być jednak przydatne przed przygotowaniem publikacji.

Reasumując stwierdzam, że przedstawiona do oceny rozprawa doktorska spełnia kryteria określone w Ustawie o Stopniach i Tytułach Naukowych.

W tym przekonaniu przedstawiam Wysokiej Radzie Wydziału Wychowania Fizycznego, Sportu i Rekreacji Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu wnioszek o przyjęcie pracy i dopuszczenie magistra Jakuba Szewczyka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

dr hab. n.med. Paweł Reichert