

Warszawa, dn. 10.10.2020 r.

Dr hab. n. med. Tomasz Kryczka
Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Warszawa

RECENZJA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

mgr Macieja Olesiejuka

pt. "Terapia mięśniowo-powięziowych punktów spustowych mięśni obręczy barkowej i szyi jako czynnik modyfikujący ich charakterystykę biomechaniczną oraz zmienne biochemiczne krwi u chorych na migrenę"

Uwagi ogólne

Migrena jest najczęściej spotykanym samoistnym bólem głowy, który towarzyszy człowiekowi przez większą część jego życia. Migrena jest chorobą powszechną, częściej występuje u kobiet — 15-18% populacji w porównaniu z 6-8% chorujących mężczyzn. Ból głowy jest podstawowym objawem choroby. Pojawia się on w postaci napadu i trwa od kilku do kilkudziesięciu godzin. Czasami po ustąpieniu jednego napadu pojawia się następny, czasem zaś przerwa trwa przez kilka dni, tygodni, a nawet miesięcy. W swoim przebiegu migrena może ulec transformacji w chroniczne bóle głowy lub może współistnieć z bólem głowy typu napięciowego. W typowych przypadkach ból jest zwykle jednostronny, zwykle lokalizuje się za gałką oczną, w czole i w skroni. Bywa również obustronny lub naprzemienny, raz po jednej i raz po drugiej stronie głowy. U tej samej osoby umiejscowienie może być różne w każdym napadzie. Natężenie bólu jest zazwyczaj dość duże. Ból czasami jest tak silny, że wyłącza chorego z codziennego życia. Niekiedy pacjenci odczuwają objawy zwiastunowe poprzedzające napad migreny o dzień lub kilka dni. Są to najczęściej: zaburzenia nastroju, apetytu lub koncentracji. Objawy neurologiczne poprzedzające ból głowy nazywa się aurą. Najczęstszym objawem aury migrenowej są zaburzenia wzrokowe (zygzakowate cienie w polu widzenia, mroczki lub ubytki w polu widzenia), ale mogą również występować: drętwienie połowicze, niedowład połowiczny, afazja i inne objawy ubytkowe. Ich charakterystyczną cechą jest ustępowanie i związek z napadem bólu głowy, który pojawia się po ich ustąpieniu. Leczenie migreny w dużej mierze opiera się na doświadczeniu klinicznym, jednak podstawowe znaczenie ma prawidłowo postawiona diagnoza zgodna z kryteriami Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy oraz klasyfikacji ICHD-3 opublikowanej w 2018 roku. Leczenie migreny ma dwa cele: pierwszy to przerwanie napadu choroby (zniesienie bólu), drugi to zapobieganie wystąpieniu napadu.

Niestety, nie ma ustalonej jednoznacznie terapii bólu migrenowego. Są zdefiniowane różne grupy leków, które mogą okazać się skuteczne u jednych osób i całkowicie bez wpływu u innych, dlatego też w każdym przypadku należy uprzedzić chorego o konieczności cierpliwego dobierania odpowiedniego preparatu farmakologicznego. Leczenie profilaktyczne zaleca się u chorych z częstymi i silnymi bólami głowy, gdyż jego głównym zadaniem jest zredukowanie liczby napadów i ich złagodzenie. Należy podkreślić, że większość pacjentów migrenowych nie korzysta ze stałej opieki lekarskiej. Chorzy ci starają się zwalczać ból sami za pomocą dostępnych bez recepty popularnych leków przeciwbólowych, co niekorzystnie wpływa na jakość i skuteczność ich leczenia.

Problematyka, którą Mgr Maciej Olesiejuk przedstawił w swojej rozprawie doktorskiej związana jest z niefarmakologicznym podejściem terapeutycznym do bólu migrenowego. W swojej pracy przedstawia zarysy teorii leczenia bólu migrenowego za pomocą dezaktywacji mięśniowo-powięziowych punktów spustowych zlokalizowanych w obrębie obręczy barkowej. Jednocześnie stara się wyjaśnić zmiany jakie zachodzą w organizmie człowieka pod wpływem stosowanej terapii, skupiając się na wybranych parametrach biochemicznych oraz biomechanicznych mięśni. Analizuje również zmiany w samopoczuciu pacjentów poddanych terapii, za pomocą standaryzowanego kwestionariusza ankiety. Lektura dostarczonej rozprawy doktorskiej pozwala na stwierdzenie, że doktorant włożył ogromny wysiłek w przeprowadzenie całego projektu badawczego. Na dodatek powiązał ze sobą różne metody badawcze i analizy danych, co sprawia, że przedstawiona praca w każdym wymiarze może być przedmiotem dyskusji w zespołach interdyscyplinarnych składających się z fizjoterapeutów, rehabilitantów, psychologów, lekarzy czy pielęgniarki. To interdyscyplinarne podejście do tematu pracy badawczej jest zdecydowanie mocnym punktem dysertacji. Doktorant nawiązuje i omawia w przedłożonej pracy zasady terapii opartej o techniki manualnej odbudowy lub regeneracji wybranych partii mięśni w przebiegu choroby neurologicznej (choć niektórzy traktują migrenę jako chorobę internistyczną). Zakres wykonanych aktywności o charakterze fizjoterapeutycznym lub rehabilitacyjnym wraz z przeprowadzonymi analizami pozwala na stwierdzenie, że spełnia praca wszystkie wymogi w zakresie starań Kandydata o nadanie mu stopnia doktora nauk o kulturze fizycznej.

Analizując efekt pracy doktoranta, trzeba zwrócić uwagę na fakt, że od strony technicznej praca została dobrze przygotowana - zawiera 110 stron, układ rozdziałów jest typowy, piśmiennictwo liczy sobie 118 pozycji, tekst pracy zawiera 11 rycin i 36 tabel. Rozprawę kończy streszczenie w języku polskim i angielskim. Tym niemniej, doktorant nie uniknął błędów gramatycznych oraz poważnych błędów stylistycznych i rzeczowych w swojej pracy, które sprawiają trudność odbiorcy we właściwym zrozumieniu tekstu pracy. Do najpoważniejszych należą te, które pojawiają w rozdziale 6, 'Wyniki' i rozdziale 7 - 'Dyskusja'.

a) Tytuły tabel nie powinny zawierać skrótów 'EMa, EMb, CM'. Zwłaszcza, że poniżej w tabeli te same skróty są używane w nagłówkach kolumn tabeli. Zamiast tych skrótów, tytuł tabeli powinien zawierać wyrażenie - '..... pacjentów z migreną.' Dodatkowo, w/w skróty powinny być

wyjaśnione w legendzie każdej z tabel.

b) W legendzie każdej z tabel powinna być zawarta informacja o sposobie prezentacji wartości liczbowych np. 'średnia +/- SD'. Niestety, dopiero na końcu tego rozdziału przy jednej z tabel pojawia się taka informacja, ale czytający do końca nie jest pewien, czy mówimy o wartościach min-max, czy SD czy SE, czy może coś jeszcze innego... Zdecydowanie utrudnia to zrozumienie części wynikowej tej pracy.

c) Doktorant w kilku miejscach myli oznaczane stężenia substancji [mg/ml] z [ng/ml]

W rozdziale 7. 'Dyskusja':

d) Doktorant w tej części swojej pracy NIE CYTUJE w ogóle tabel, w których są wyniki, na które się powołuje. Czytający musi samodzielnie poszukiwać tych wyników w poprzednim rozdziale.

e) Doktorant w znaczącej części tekstu zawartego w tym rozdziale nie omawia wyników swojej pracy badawczej, ale opisuje dokonania innych autorów, bardzo często w badaniach, które nie mają związku z jego własnymi wynikami.

f) Fundamentalne dane z analiz doktoranta są przedstawione w sposób szczątkowy, a jednocześnie doktorant nie stara się wyjaśnić albo zasugerować możliwych mechanizmów prowadzących do różnic statystycznych w wynikach.

Co do wniosków przedstawionych w rozdziale 8 tej pracy, uważam, że Wnioski 1-3 są tutaj niepotrzebne, ponieważ potwierdzają doniesienia innych autorów lub stanowią syntezę obserwacji poczynionych w tym projekcie badawczym. Wniosek 6 powinien być ograniczony tylko do pierwszego zdania treści tego wniosku. Pozostałe wnioski są jak najbardziej trafne i doskonale sformułowane.

Podsumowanie merytoryczne

Wskazane powyżej błędy popełnione w tekście pracy przez doktoranta - stanowią pewien dysonans między jakością przeprowadzonych badań, a sposobem przedstawienia rezultatów tych badań w formie pisemnej. Ale pomijając wskazane powyżej niedociągnięcia nie można zaprzeczyć, że sama idea tematu badawczego i wykonanie tego projektu są na niezwykle wysokim poziomie. Dodatkowo, wiedza doktoranta we wskazanej w pracy tematyce również jest bardzo dogłębna.

Jednocześnie dużym atutem tej pracy jest wskazanie alternatywnej metody leczenia pacjentów z migreną, co może zbudować nową perspektywę dla postrzegania tej choroby przez przedstawicieli różnych zawodów medycznych, o czym wspomniałem na wstępie. To olbrzymi plus tej pracy. Jednak najważniejszą kwestią - a to bardzo rzadko zdarza się w przypadku prac doktorskich - jest możliwość zainicjowania dyskusji na temat aktualnych algorytmów postępowania terapeutycznego z pacjentami z migreną. W związku z powyższym od strony merytorycznej oceniam pracę przedstawioną przez doktoranta bardzo wysoko. Zwłaszcza, że może stanowić przyczynek do zmiany naszego doboru metod terapeutycznych w tej chorobie.

Jest jednak kilka pytań, które chciałbym zadać doktorantowi, których wyjaśnienia mogą sięgać poza tematykę tej pracy badawczej. Nie wykluczam również, że na chwilę obecną nie ma rzetelnych wyjaśnień dla zadawanych przeze mnie pytań, ponieważ dopiero kolejne badania z użyciem innych technik analitycznych na to pozwolą. Tym niemniej pozwolę sobie na zadanie tych pytań:

1. Tabela 9 wyraża znaczące różnice wyjściowe między lewą i prawą obręczą barkową. Czy sprawdzano, czy Pacjenci w badaniu byli leworęczni, czy praworęczni? Ewentualnie, z powodu problemów zdrowotnych 'nadużywali' jednej strony ciała? Czy była wykonana jakaś korelacja z wynikami pomiarów?
2. W wyniku stosowanej terapii następowała zdecydowana poprawa w pomiarze np. elastyczności, natomiast po jej zakończeniu - następował powrót do wartości wyjściowych. Dlaczego? Czy skuteczność tej terapii zależy od jej kontynuacji?
3. Strona 49, tabela 15. Zmiany parametrów zakresu pochylenia w bok były najbardziej spektakularne dla pacjentów z CM. Wyjściowo - najtrudniej było pacjentom z CM pochylić się w bok, a następnie w wyniku terapii uzyskiwali jak największy kąt pochylenia. Dlaczego? Jak to tłumaczyć?
4. Dotyczy tabeli 17. Dlaczego są tak znamienne różne poziomy białka S100beta (wartości średnie) u pacjentów z różnymi postaciami migreny? Jakie są możliwe tłumaczenia takiego stanu rzeczy?
5. Strona 52, Tabela 19. Dlaczego wartości stężeń białka BDNF są najniższe u pacjentów z CM (wyjściowo), a następnie te wartości rosną do wartości oznaczalnych u pacjentów z EMa i EMb?

Wniosek końcowy:

Rozprawa doktorska mgr Macieja Olesiejuka pt. „Terapia mięśniowo-powięziowych punktów spustowych mięśni obręczy barkowej i szyi jako czynnik modyfikujący ich charakterystykę biomechaniczną oraz zmienne biochemiczne krwi u chorych na migrenę” stanowi próbę rozwiązania ważnego i aktualnego zagadnienia naukowego, jak i terapeutycznego. Rzadko się zdarza, żeby praca doktorska mogła stać się przyczynkiem do dyskusji na temat leczenia konkretnych chorób, a praca Pana mgr Macieja Olesiejuka może stanowić podstawę do wprowadzenia zmian w algorytmie postępowania terapeutycznego u pacjentów z migreną. Rozprawa zarówno w aspekcie merytorycznym i redakcyjnym spełnia kryteria i wszystkie wymagania stawiane pracom doktorskim w Ustawie z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późniejszymi zmianami). Dlatego wnioskuję do Wysokiej Rady AWF im. Jerzego Kukuczki w Katowicach o dopuszczenie mgr Macieja Olesiejuka do dalszych etapów przewodu doktorskiego, w tym nadanie doktorantowi tytułu doktora nauk o kulturze fizycznej.