



UNIwersytet Medyczny

IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa
Katedra Pielęgniarstwa

Wrocław, 16.11.2025r

Recenzja

Rozprawy doktorskiej mgr Dawida Pilewskiego pt. „Znaczenie potencjałów wywołanych podczas neuromonitoringu śródoperacyjnego w zabiegach guzów kąta mostowo-mózdkowego”

Uwagi ogólne

W leczeniu chirurgicznym chorób, urazów ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego coraz bardziej doniosłą rolę pełni śródoperacyjny monitoring neurofizjologiczny (IONM). Neuromonitoring stanowi niezastąpione narzędzie, które rewolucjonizuje podejście do operacji guzów kąta mostowo-mózdkowego, wprowadzając wyjątkowy poziom precyzji, bezpieczeństwa i efektywności. Służy przede wszystkim do nieustannego monitorowania ważnych funkcji układu nerwowego w trakcie wykonywania operacji neurochirurgicznych, co w znacznym stopniu przyczynia się do zmniejszenia ryzyka deficytów pooperacyjnych dla pacjenta.

Pierwszoplanowo, neuromonitoring pozwala na ciągłą i dokładną ocenę funkcji nerwów czaszkowych oraz innych istotnych struktur mózgu w czasie rzeczywistym. To otwiera drzwi do precyzyjnych manipulacji chirurgicznych w delikatnych obszarach, gdzie minimalne zmiany mogą mieć znaczący wpływ na zdrowie i jakość życia pacjenta. Dzięki stałej kontroli elektrycznej aktywności nerwów, chirurg ma wgląd w reakcje nerwów na różne bodźce, co pozwala na natychmiastową reakcję w przypadku ewentualnych zmian.

Rola neuromonitoringu nie kończy się jednak tylko na stole operacyjnym. To narzędzie, które staje się wyznacznikiem postępu i nowoczesności w dziedzinie neurochirurgii.

W przypadku leczenia chirurgicznego nowotworów kąta mostowo-mózdkowego wskazane jest zastosowanie podczas operacji elektromiografii (EMG) oraz słuchowych potencjałów wywołanych (AEP) w celu ochrony nerwu VIII przedsionkowo-ślimakowego (*vestibularis schannoma*) oraz nerwu VII (twarzowego). Dzięki neuromonitoringowi możliwe jest minimalizowanie ryzyka uszkodzeń nerwów czaszkowych i

innych istotnych struktur mózgu, co przekłada się na zmniejszenie ryzyka powikłań neurologicznych i polepszenie jakości życia po operacji. Pacjenci mogą cieszyć się poprawą funkcji nerwów, zmniejszeniem objawów klinicznych oraz szybszą rehabilitacją.

Ocena formalna pracy

Przedłożona do recenzji praca jest manuskrytem, sporządzonym w formie wydruku komputerowego, zawierającym 192 stron tekstu. W tekst pracy włączono 8 tabel i 8 rycin i 38 wykresów, które odnoszą się do treści pracy i wyników badań. Są one prawidłowo umieszczone w miejscach omawiających szczegółową tematykę pracy, co znacznie ułatwia śledzenie i rozumienie treści dysertacji, choć w rozdziale wyniki badań wykresy kołowe są zbędne i tylko powiększają sztucznie ilość stron tego rozdziału. Dobrze dobrane i cytowane w tekście pracy piśmiennictwo zawiera 316 pozycji), w tym 278 anglojęzycznych, czyli ok 88%. Niestety piśmiennictwo z ostatnich 10 lat to tylko 33 pozycje, czyli 10,44% - bardzo mała ilość najnowszych źródeł, które odzwierciedlają aktualny stan wiedzy i są absolutnie kluczowe w pracach naukowych. Piśmiennictwo z ostatnich 10 lat powinno stanowić 70-80% całości literatury, z której korzystał doktorant.

Oceniana praca ma układ i redakcję typową dla tego rodzaju opracowań, edytorsko jest staranna i czytelna. Treść pracy zgodna jest z tytułem dysertacji. Poszczególne części są koherentne a zawartość głównych rozdziałów zgodne z ich tytułami, ale niestety zawartość podrozdziałów nie jest kompatybilna z ich zawartością np. na str 118 „Określenie reprezentatywnej próby” można by było oczekiwać oszacowania/ określenie wielkość próby, kryteria włączenia i wyłączenia a jest charakterystyka grup: grupy kontrolnej i grupy z neuromonitoringiem. Dopiero w kolejnym podrozdziale jest mowa, że badanych pacjentów podzielono na 2 grupy. Zaburzona jest proporcja pracy.

Ocena merytoryczna

Część opisowa, poglądowa, dysertacji jest za obszerna, ale świadczy o dobrym przygotowaniu Autora do podjęcia badań na temat guzów kąta mostowo-mózdkowego i zagadnień dotyczących neuromonitoringu, choć pojawiają się fragmenty, które nie wnoszą żadnych nowych treści.

We Wstępie brak osadzenia problemu naukowego w danej dziedzinie lub dyscyplinie naukowej z uwzględnieniem szerszego niż ten problem kontekstu.

Szczegółowo Doktorant opisuje przyczyny, objawy, diagnostykę i metody leczenia guzów kąta mostowo-mózdkowego oraz definicję, cele i zadania neuromonitoringu. Tak jak już pisałam niestety zaburzona jest proporcja pracy. Zgodnie z metodologią pisania dysertacji doktorskich czy prac magisterskich część teoretyczna (przegląd literatury) powinna wynosić ok 30% zawartości pracy, natomiast metodologia i narzędzia, analiza wyników, dyskusja i wnioski to ok 70% objętości pracy. W pracy jest 108 stron teorii co stanowi 56% a tylko 45 stron – 23,4% przeznaczone na metodologię, analizę wyników, dyskusję i wnioski. W części teoretycznej pracy opis guzów kąta mostowo-mózdkowego jest na 58 stronach a zagadnienia z neuromonitoringu zajmują 48 stron.

Metodyka pracy jest nie jest poprawnie opisana. Brak opisanie zakresu rozprawy z uwzględnieniem miejsca przeprowadzenia badania (Autor pisze na str 118, że w Polsce – czyli zebrał materiał do badań z 83 oddziałów neurochirurgii w Polsce? I tylko 100 pacjentów

operowanych w okresie 2 lat?). Brak opisu metody/metod i technik wykorzystywanych w pracy (metody jakościowe, ilościowe, metoda obserwacyjna, eksperymentalna, sondaż diagnostyczny itp.).

Z tego co Doktorat opisał w pracy trudno wywnioskować czy Materiał do badań został dobrze dobrany i opisany. Brak kryteriów kwalifikacji – kryteria włączenia i wyłączenia z pracy np. czy każdy nowotwór kąta mostowo-mózdkowego (złośliwy v łagodny, naciekający itp), czy tylko pacjent operowany po raz pierwszy z tego powodu czy niezależnie od ilości zabiegów nowotworów kąta mostowo-mózdkowego, pacjent z zaburzeniami pamięci czy z zaburzeniami depresyjnymi - do wypełnienia kwestionariusza WHOQOL itd.

Brak oszacowania wielkości grupy badanej. Opis grup te same treści zarówno w podrozdziale „Określenie reprezentatywnej próby” na str 118 jak i na str 119 w podrozdziale „Podział na grupy badawcze”.

W przedstawionej pracy Autor najpierw podzielił pacjentów na grupy - str 118 a potem dokonał doboru pacjentów - str 120, a powinno być odwrotnie.

Brak informacji kto przeprowadzał neuromonitoring - lekarz neurolog/ neurochirurg, technik elektrofizjologii, pielęgniarka (z treści przedstawianej pracy wynika, że nie robił tego Doktorant), czy była to za każdym razem ta sama osoba? Jaki czas monitorowano pacjentów?

Brak informacji o rodzaju, nazwie urządzenia, którym monitorowano śródoperacyjnie nerwy (IONM), czy urządzenie było certyfikowane, spełniające wszelkie wymagania jakości oraz bezpieczeństwa. Opis elektrod, określenie punktów lokalizacji elektrod do neuromonitoringu dla MEP, AEP, SEP, itp. I uzasadnienie wyboru lokalizacji jakimkolwiek protokołem jednakowym dla wszystkich pacjentów.

Autor pisze na str 121, że „Powikłania oceniono 3-6 miesięcy po zabiegu: Pacjenci zgłaszali je samodzielnie w czasie wizyt kontrolnych”. Brak ustrukturyzowanego kwestionariusza własnego autorstwa, w którym byłyby zapisane pytania i zadawane te same pytania ankietowanym pacjentom – błąd metodologiczny i merytoryczny. A tak nie wiadomo czy wszyscy pacjenci mieli szansę usłyszeć od badającego wszystkie możliwe powikłania, aby zaznaczyli te, które u nich występują.

Brak informacji o zgodzie Komisji Bioetyki, że badanie spełnia kryteria zasad etycznych w nauce, w tym Deklaracji Helsińskiej.

W rozdziale „Metodologia” i podrozdziale „Cel badań” Autor nie postawił jasno celu głównego badań. Napisał, że: Celem niniejszych badań jest zbadanie 1. wpływu monitoringu neurofizjologicznego (IONM) na ochronę nerwu VII (twarzowego), nerwu VIII (pręsieńkowo-ślimakowego), nerwu V (trójdzielnego) oraz 2. różnych modalności stosowanych podczas IONM, takich jak SEP (potencjały wywołane somatosensoryczne), MEP (potencjały wywołane ruchowe), DCS (elektrostymulacja bezpośrednia) czy AEP (potencjały wywołane słuchowe) celem oceny funkcji dróg czuciowych, ruchowych oraz słuchu pacjenta – str 117. Poniżej na tej samej stronie napisał, że „Badanie ma na celu ocenę skuteczności i bezpieczeństwa monitorowania neurofizjologicznego podczas resekcji guzów kąta mostowo-mózdkowego w celu minimalizacji ryzyka uszkodzenia tych istotnych nerwów”. Więc nie wiadomo czy celem głównym jest wpływ monitoringu neurofizjologicznego (IONM) na ochronę nerwu VII (twarzowego), nerwu VIII (pręsieńkowo-ślimakowego), nerwu V (trójdzielnego)..... czy ocena skuteczności i bezpieczeństwa monitorowania neurofizjologicznego..... Brak celów szczegółowych.

Doktorant postawił następujące pytania badawcze:

Pb1 Czy istnieje statystycznie istotna różnica w częstości uszkodzenia nerwu VII (twarzowego) i nerwu VIII (przedsionkowo-ślimakowego) między grupą pacjentów poddanych resekcji guzów kąta mostowo-mózdkowego z zastosowaniem monitoringu neurofizjologicznego (IONM) a grupą pacjentów operowanych bez monitoringu?

Pb2 Czy istnieje statystycznie istotna różnica w stopniu ochrony nerwu VII (twarzowego) i nerwu VIII (przedsionkowo-ślimakowego) oraz w wynikach funkcjonalnych nerwu VII (twarzowego) i nerwu VIII (przedsionkowo-ślimakowego) jak i w wynikach audiologicznych między grupą pacjentów poddanych resekcji guzów kąta mostowo-mózdkowego z zastosowaniem monitoringu neurofizjologicznego (IONM) a grupą pacjentów operowanych bez monitoringu?

Pb3 Czy istnieje statystycznie istotna różnica w jakości życia pacjentów po operacji (u każdego z pacjentów w przedziale 3-6 miesięcy po zabiegu) między grupą pacjentów poddanych resekcji guzów kąta mostowo-mózdkowego z zastosowaniem monitoringu neurofizjologicznego (IONM) a grupą pacjentów operowanych bez monitoringu oraz w obu grupach przed i po operacji?

Pb4 Czy istnieje statystycznie istotna różnica w wystąpieniu powikłań pooperacyjnych między grupą pacjentów poddanych resekcji guzów kąta mostowo-mózdkowego z zastosowaniem monitoringu neurofizjologicznego (IONM) a grupą pacjentów operowanych bez monitoringu?

W pytaniach badawczych brak pytań odnośnie nerwu V (trójdzielnego) o którym mowa na stronie 117 w rozdziale „Cel pracy”.

W pracy autor nie napisał jaką wykorzystał metodę oraz techniką badawczą. Oprócz danych z dokumentacji pacjentów wykorzystał wystandaryzowany kwestionariusz jakości życia WHOQOL - BREF. Brak opisu tego Kwestionariusza, źródła pochodzenia Kwestionariusza oraz współczynnika rzetelności. Brak informacji o całkowitym wyniku jakości życia pacjentów oraz w poszczególnych domenach (jaką mieli jakość życia).

Brak informacji w oparciu o jakie oprogramowanie statystyczne stworzono bazę danych i przeprowadzono analizę statystyczną otrzymanych danych np. Statistica version 13.0. czy pakietu IBM SPSS Statistics w wersji XX (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Brak informacji w tym podrozdziale o innych metodach statystycznych i testach statystycznych, które pojawiają się w rozdziale wyniki badań np. test χ^2 , który stosuje się analizy danych jakościowych, test Fishera - str 128.

Do charakterystyki grupy powinien Autor wykorzystać głównie średnie, mediany i odchylenia standardowe oraz licznosci i procenty (w pracy tylko licznosc grup i % udziału płci w badaniu).

Brak innych testów statystycznych a można było np. wykorzystać do oceny normalności rozkładu badanych zmiennych testu Kołmogorowa-Smirnowa lub Shapiro - Wilka, do analizy danych ilościowych testu Kruskala-Wallisa, a do szczegółowej analizy danych pomiędzy grupami test post-hoc Tukeya.

Ponieważ nie została oszacowana wielkość próby nie jestem w stanie określić czy liczba uczestników/ badanych jest wystarczająca do wykrycia istotnych statystycznie różnic lub zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi z określonym poziomem mocy testu.

Rozdział wyniki badań własnych jest bardzo ubogi - 28 stron wyników na 192 strony pracy w tym 116 stron teorii jest niezgodny z metodologią pisanie dysertacji doktorskich. Wykresy kołowe zajmujące większość miejsca i powiększają sztucznie ilość stron tego rozdziału (można było zrobić 1 tabelę - uszkodzenie nerwu VII i Uszkodzenie nerwu VIII - pacjenci objęci monitoringiem neurofizjologicznym śródoperacyjnym i pacjenci bez monitoringu. Wyniki badań, które powinny odpowiadać na założone cele pracy nie są przedstawione w przejrzysty sposób.

Brak wyników badań dotyczących monitorowania neurofizjologicznego innych nerwów np. nerwu trójdzielnego (V) o których Doktorant pisze w rozdziale „podział na grupy badawcze”. Autor na str 119 opisał, że: „Grupa badana (Grupa II) została poddana kompleksowemu monitorowaniu neurofizjologicznemu podczas operacji resekcji guzów kąta mostowo-mózdzkowego. W przypadku tej grupy pacjentów przeprowadzono monitorowanie neurofizjologiczne na wielu płaszczyznach, obejmujące nerw twarzowy (VII), nerw trójdzielny (V), nerw przedsionkowo-ślimakowy (VIII), MEP nerwów V i VII, AEP nerwu VIII oraz SEP z nerwów piszczelowych i łokciowych”. W wynikach badań tylko dane dotyczące nerwu VII i nerwu VIII „Analizy uszkodzenia nerwu VII (twarzowego) i nerwu VIII (predsionkowo-ślimakowego) między grupą pacjentów poddanych resekcji guzów kąta mostowo-mózdzkowego z zastosowaniem monitoringu neurofizjologicznego (IONM) a grupą pacjentów operowanych bez monitoringu” - str 126- 132 oraz „Analiza stopnia ochrony nerwu VII (twarzowego) i nerwu VIII (predsionkowo-ślimakowego), wynikach funkcjonalnych nerwu VII (twarzowego) i nerwu VIII (predsionkowo-ślimakowego) oraz wynikach audiologicznych między grupą pacjentów poddanych resekcji guzów kąta mostowo-mózdzkowego z zastosowaniem monitoringu neurofizjologicznego (IONM) a grupą pacjentów operowanych bez monitoringu” - str 133- 137.

Jak są tabele to do tych tabel niepotrzebne są wykresy – powielanie tych samych wyników, te same dane są w tabelach jak i na wykresach np. str 130 tabela 3 i wykresy 7 i 8 str 131 i 132.

Na stronie 120 Autor pisze:” Dla potrzeb pracy analizowano: historie choroby, wyniki badań diagnostycznych, raporty operacyjne oraz raporty IONM (czyli neuromonitoringu śródoperacyjnego), wyniki badań laboratoryjnych, raporty histopatologiczne i inne związane z przebiegiem operacji i opieką nad pacjentem”. – brak wyników tych analiz np. badań diagnostycznych, histopatologicznych, laboratoryjnych, przebiegu operacji itp. Poza tym brak celów szczegółowych czy problemów badawczych związanych z tymi analizami.

Brak legendy o oznakowania grup - co to jest, co oznacza ID1 i ID2, ID3 i ID4 (str 135,145 i 152), ID, ID6, ID11 i ID16 na str 138,141.

W tabeli 3 brak nazwania grup wg podziału jak w tab 2 czyli ID1 i ID2. Na stronie 121 w rozdziale 4.4. Analiza dokumentacji medycznej i pozostałe narzędzia badawcze Doktorant pisze: „Jakość życia oceniono u pacjentów w okresie 3-6 miesięcy **po zabiegu**”, również w pytaniach badawczych PB3 „Czy istnieje statystycznie istotna różnica w jakości życia pacjentów po operacji (u każdego z pacjentów w przedziale 3-6 miesięcy **po zabiegu**)....”, a w wynikach badań Tabela 1 str 138 „Różnice w jakości życia osób operowanych bez monitoringu **przed i po operacji**” i Tabela 2 „Różnice w jakości życia osób operowanych z monitoringiem **przed i po operacji**” str 141. Więc niech się Autor zdecyduje,

gdzie jest dobrze napisane, bo jest rozbieżność, niezgodność. A poza tym kto rozdawał i zbierał ten wypełniony przez pacjentów kwestionariusz do oceny jakości życia WHOQOL-BREF i to zbieranych jeszcze w całej Polsce (czyli nie wiadomo, nie ma w pracy informacji na temat zgody dyrektorów szpitali w Polsce na udostępnienie dokumentacji pacjentów oraz przeprowadzenie badań ankietowych i zgody komisji bioetyki na te badania).

Na str 152 opis Tabeli 8 „Związki pomiędzy sposobem przeprowadzenia operacji (z monitoringiem lub bez) a częstotliwością wystąpienia różnego rodzaju wyselekcjonowanych na potrzeby badania powikłań” - skąd zostały wyselekcjonowane powikłania?

Wyniki badań wskazują, że monitoring neurofizjologiczny podczas operacji guzów kęta mostowo-mózdkowego ma istotny wpływ na wyniki funkcjonalne i powikłania pooperacyjne. Grupa pacjentów z monitoringiem neurofizjologicznym (Grupa II) wykazała mniejszy odsetek uszkodzeń nerwu VII w porównaniu do grupy bez monitoringu (22% vs 8%). Monitoring istotnie zmniejsza ryzyko uszkodzenia nerwu VII. Po operacji z monitoringiem, pacjenci częściej osiągnęli lepsze wyniki w skali House'a-Brackmanna oraz klasyfikacji AAO-HNS. Częstotliwość uszkodzenia nerwu VIII (ubytek słuchu) była zbliżona w obu grupach (48% w grupie bez monitoringu vs 34% w grupie z monitoringiem). Choć monitoring nie eliminował całkowicie uszkodzenia nerwu VIII, zmniejszał ryzyko większych ubytków w porównaniu do stanu wyjściowego. Częstotliwość występowania powikłań pooperacyjnych, takich jak szumy uszne, zaburzenia równowagi, uczucie pełności w uchu i zawroty głowy, była podobna w obu grupach. Monitoring neurofizjologiczny nie wpłynął znacząco na zmniejszenie ogólnych powikłań pooperacyjnych. Wymiar jakości życia pacjentów poprawił się zarówno w grupie z monitoringiem, jak i bez niego. Jednak istotne różnice były widoczne w wymiarze psychicznym i społecznym, gdzie pacjenci z monitoringiem zgłaszali wyższą jakość życia. Wymiar fizyczny i funkcjonowania środowiskowego nie wykazywały istotnych różnic między grupami. Wyniki badań są niepełne, nie w pełni wykorzystane testy statystyczne, Brak wszystkich wyników z kwestionariusza do oceny jakości życia WHOQOL-BREF, czy informacji zawartych w rozdziale Metodologia badań.

W dyskusji Doktorant komentuje uzyskane wyniki badań konfrontując swoje spostrzeżenia z 4 pozycjami literaturowymi (4 z 316). Dyskusja jest dalece niesatysfakcjonująca, niedopuszczalne jest, aby nie omówić wyników badań z licznymi wynikami badań innych naukowców, szczególnie z interpretacją w kontekście aktualnej wiedzy naukowej (być może z powodu zgromadzonej małej ilości piśmiennictwa z ostatnich 10 lat, bo tylko ok 10%). W bazach medycznych (PubMed, MEDELIN, EBSCO czy Ovid) jest mnóstwo publikacji z ostatnich 5 lat, które dotyczą badań w zakresie neuromonitoringu. Podejmowane w kolejnych akapitach dyskusji treści nie są ze sobą powiązane logiką wyводу i dyskursem naukowym. Brak wystarczającego odniesienia wyników badań własnych do piśmiennictwa i przede wszystkim brak własnego, krytycznego przeglądu literatury przedmiotu, jest niewłaściwy dla rozprawy doktorskiej.

Poza tym w Dyskusji Doktorant opisuje rzeczy, których w ogóle nie badał. Na str 156 powtarza, że „Celem niniejszych badań jest zbadanie wpływu monitoringu

neurofizjologicznego (IONM) na ochronę nerwu VII (twarzowego), nerwu VIII (przedsionkowo-ślimakowego), nerwu V (trójdzielnego) oraz ocena różnych modalności stosowanych podczas IONM, takich jak SEP (potencjały wywołane somatosensoryczne), MEP (potencjały wywołane ruchowe), DCS (elektrostymulacja bezpośrednia) czy AEP (potencjały wywołane słuchowe). Autor nie badał ani nerwu V – trójdzielnego ani nie ocenił różnych modalności stosowanych podczas IONM - brak pytań badawczych i brak jakichkolwiek wyników badań w tym zakresie (pisze o tym na str 157 i o nerwie oraz MEP, SEP, AEP poszczególnych nerwów).

Str 158 cyt.: Badanie ma na celu ocenę skuteczności i bezpieczeństwa monitorowania neurofizjologicznego” - brak jakichkolwiek wyników badań w tym zakresie.

Na str 159 Doktorant opisuje „badanie prowadzone przez V. Collettiego i wsp. miało na celu porównanie dwóch technik chirurgicznych stosowanych podczas operacji nerwiaka przedsionkowego (VS): techniki środkowej dołu czaszki (MF) i techniki retrosigmoidalno-transmeatalnej (RS-TM)” oraz „W badaniu Manghama Jr uwzględniono 73 pacjentów z praktyki autora, którzy spełniali kryteria włączenia: obecność wewnątrzkanałowego nerwiaka przedsionkowego i całkowite usunięcie guza podejściem retrosigmoidalnym. Średnie wyniki dla wszystkich nieuszkodzenia nerwu twarzowego były znacząco lepsze przy podejściu retrosigmoidalnym (stopień I: 95% dla podejścia retrosigmoidalnego i 81% dla podejścia środkowego dołu czaszki” - Doktorant nie ocenił w swojej dysertacji doktorskiej metod operacji i ich wpływu na uszkodzenie słuchu czy uszkodzenie nerwu VII lub VIII.

Na str 160 Autor pisze „Z badań własnych wynika, że nie ma statystycznie istotnej różnicy w jakości życia pacjentów po operacji między grupą pacjentów poddanych resekcji guzów kąta mostowo-mózdzkowego z zastosowaniem monitoringu neurofizjologicznego (IONM) a grupą pacjentów operowanych bez monitoringu w zakresie wymiaru fizycznego jakości życia i funkcjonowania środowiskowego” - a jakość życia przed operacją? „Istnieje także statystycznie istotna różnica w jakości życia pacjentów po operacji między grupą pacjentów poddanych resekcji guzów kąta mostowo-mózdzkowego z zastosowaniem monitoringu neurofizjologicznego (IONM) a grupą pacjentów operowanych bez monitoringu w innych skalach typu Hause’a Brackmanna oraz w obu grupach przed i po operacji” - Autor nie robił korelacji, nie ma wyników badań pomiędzy wynikami kwestionariusza jakości życia pacjentów po operacji z zastosowaniem monitoringu neurofizjologicznego a grupą pacjentów operowanych bez monitoringu i innych skal typu Hause’a Brackmanna oraz w obu grupach przed i po operacji.

Poza tym co to znaczy „grupą pacjentów operowanych bez monitoringu w innych skalach typu Hause’a Brackmanna” - jak się operuje pacjentów w innych skalach?

Str 161 „W badaniach Molhort i wsp. autorzy przeprowadzili retrospektywną analizę kartotek 202 pacjentów, którzy wybrali głównie obserwację” – skąd pacjenci wybrali obserwację? jaką obserwację - uczestniczącą, nieuczestniczącą, jawną, ukrytą?

Rozdział Wnioski umieszczony jest niezgodnie z metodologią badań naukowych przed rozdziałem Dyskusja a powinien po Dyskusji. Na podstawie przeprowadzonych badań Doktorant formułuje ogólnie wnioski, które odzwierciedlają uzyskane wyniki badań, choć nie są kompatybilne z pytaniami badawczymi i hipotezami np. Pb 1 lub hipoteza 1 i wniosek 1. P

„W **zkresie** wpływu monitoringu neurofizjologicznego na ochronę nerwu VII (twarzowego) **ustlono**, że monitoring neurofizjologiczny **znacząco** zmniejsza ryzyko uszkodzenia nerwu VII. **Pondto zaobserwowano**, że w grupie bez monitoringu uszkodzenie nerwu VII wystąpiło u 22% pacjentów, podczas gdy w grupie z monitoringiem odsetek ten wynosił tylko 8%. Oprócz powyższego **bdnia** własne **wykHzly**, że w grupie monitorowanej częściej obserwowano lepsze wyniki funkcjonalne nerwu VII według skali House’a-Brackmanna (92% stopień I i II vs. 78% w grupie bez monitoringu).

W **zkresie** wpływu monitoringu neurofizjologicznego na ochronę nerwu VIII (przedsionkowo-ślimakowego) nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy w częstości uszkodzenia nerwu VIII pomiędzy grupą kontrolną a badawczą. **Ustlono**, że w grupie bez monitoringu 48% pacjentów doświadczyło pogorszenia słuchu, w grupie monitorowanej odsetek ten wynosił 34%. **Zobserwowano tkże**, że wiek pacjentów miał istotny wpływ na ryzyko uszkodzenia nerwu VIII – osoby starsze częściej doświadczały ubytków słuchu.

Oprów powyższych obserwacji zauważono także związki monitoringu z jakością życia pacjentów. Monitoring neurofizjologiczny pozytywnie wpływa na jakość życia pacjentów, szczególnie w wymiarze psychicznym i społecznym. Wymiar fizyczny oraz funkcjonowanie środowiskowe nie wykazały istotnych różnic między grupami.

Bdanie wpływu monitoringu neurofizjologicznego na powikłania pooperacyjne wykazało brak istotnych różnic w częstości występowania powikłań pooperacyjnych między obiema grupami. Powikłania takie jak szumy uszne, zaburzenia równowagi, uczucie pełności w uchu i zawroty głowy występowały z podobną częstością w obu grupach”.

W tym rozdziale 6 str 156 liczne błędy ortograficzne, graficzne – niedbałość Autora.

Dodatkowo oprócz już opisanych aspektów pracy wymagających wyjaśnień oraz ewentualnych zmian chciałabym zwrócić uwagę na następujące kwestie i braki:

1. Bardzo interesującym elementem pracy byłyby informacje dotyczące implikacji praktycznych, których w pracy zabrakło;
2. Brak zgody Komisji Bioetyki, że badanie spełnia kryteria zasad etycznych w nauce, w tym Deklaracji Helsińskiej.
3. Brak oświadczenia pacjenta o dobrowolnym udziale w badaniu, potwierdzenia zapoznania się z informacjami o celu, przebiegu, ryzyku i korzyściach udziału w badaniu.
4. Doktorant na końcu pracy dołączył Kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL – BREF co jest niedopuszczalne, ponieważ nie uzyskał pozwolenia od posiadacza praw autorskich lub dystrybutora kwestionariusza (Via Medica Journals) do jego publikacji.
5. W spisie piśmiennictwa np. pozycja 15, 292 - brak dat wejścia na strony internetowe
6. Autor nie podaje czy i w jaki sposób została oszacowana minimalna wielkość próby? Brak wielkości grupy badanej dyskwalifikuje analizowanie wyników badań i wyciągnię na ich podstawie wniosków.
7. Zaburzona proporcja pracy doktorskiej. Zgodnie z metodologią pisania prac część teoretyczna (przegląd literatury) powinna wynosić ok 30%, metodologia, analiza wyników, dyskusja i wnioski to ok 70% objętości pracy. W pracy jest 108 stron teorii a tylko 45 stron przeznaczone na metodologię, analize wyników, dyskusje i wnioski.
8. Liczne błędy edytorskie, stylistyczne, interpunkcyjne

Podsumowanie

Przedstawione powyżej uwagi krytyczne wpływają negatywnie na ocenę rozprawy doktorskiej. Rozprawa nie stanowi satysfakcjonującego oryginalnego rozwiązania problemu naukowego. Projekt badania zawiera liczne błędy i nieścisłości metodologiczne - Doktorant nieumiejętnie posłużył się metodami naukowymi, metodami statystycznymi a tym samym otrzymane wyniki badań i sformułowane wnioski są nieprawidłowe, analiza statystyczna danych w recenzowanej pracy doktorskiej została przeprowadzona niepełnie, przy pomocy źle dobranych testów statystycznych, brak określenia minimalnej liczby pacjentów powoduje, że nie wiadomo czy wyniki badań są prawidłowe i czy można na ich podstawie wnioskować. Liczne błędy i nieścisłości merytoryczne wskazują, iż Doktorant nie posiadał umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Przedstawiona mi do recenzji rozprawa doktorska mgr Dawida Pilewskiego nie stanowi oryginalnego i nowatorskiego dorobku naukowego przyczyniającego się do rozwoju nauk medycznych i nauk o zdrowiu, który w pełni by odpowiadał wymogom stawianym tego typu monografiom i spełniał warunki określone w art. 187 ust. 1-2 ustawy z dnia 20 lipca 2018r Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2023 poz. 742 z późn. zm.). Dlatego z pełnym przekonaniem oceniam pracę negatywnie i przedkładam Radzie Naukowej Dyscypliny Nauki Medyczne Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie wniosek o niedopuszczenie Pana Dawida Pilewskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.


Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk
specjalista pielęgniarstwa zachowawczego
specjalista pielęgniarstwa neurologicznego
specjalista zdrowia publicznego
4309677p