

dr hab. n. o zdr. prof. UJK
Beata Szczepanowska-Wołowicz
Zakład Rehabilitacji Klinicznej

Kielce, 4 lutego 2026

Recenzja

W postępowaniu w sprawie nadania stopnia doktorowi Sebastianowi Janowcowi na podstawie rozprawy doktorskiej pt: **Analiza porównawcza leczenia operacyjnego zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu nadgarstkowo-śródręcznego kciuka przy użyciu implantu RegJoint oraz protezy bezcementowej dwumobilnej CMC1 Touch.**

Zmiany zwyrodnieniowe stawu nadgarstkowo- śródręcznego kciuka, zwane rizoartrozą, należą do najczęstszych po stawach międzypaliczkowych dalszych, postaci choroby zwyrodnieniowej ręki. Stanowią one istotny problem kliniczny, funkcjonalny i społeczny, a dla współczesnej medycyny to nie lada wyzwanie ze względu na rolę i specyficzną budowę kciuka. Staw nadgarstkowo-śródręczny kciuka jest stawem siodłkowym, umożliwiającym szeroki zakres ruchów: odwodzenie, przywodzenie, zgięcie, prostowanie, odgrywa również kluczową rolę w biomechanice chwytu precyzyjnego i siłowego. Tak duża mobilność predysponuje ten staw do narażenia na przeciążenia skutkujące stopniową degradacją chrząstki stawowej, niestabilności więzadłowej jak również do wtórnych deformacji osi kciuka. Ze względu na istotną rolę kciuka w funkcjonowaniu ręki, do ograniczenia sprawności manualnej i pogorszenia jakości życia pacjentów, mogą doprowadzić nawet niewielkie zmiany degeneracyjne w obrębie tego stawu.

Dane epidemiologiczne wskazują na wyraźną zależność pomiędzy występowaniem choroby zwyrodnieniowej stawu CMC1 a wiekiem, płcią. Wiek 50-60 lat, uznaje się za czynnik predysponujący występowania zmian zwyrodnieniowych w obrębie stawu CMC1. U kobiet zwłaszcza w okresie postmenopauzalnym, to schorzenie występuje zdecydowanie częściej niż u mężczyzn. Obserwowana dysproporcja płciowa sugeruje istotny udział czynników hormonalnych w patogenezie choroby, a także różnice w budowie anatomicznej i stabilności więzadłowej stawu.

Dostrzegalny jest także wpływ innych czynników demograficznych i środowiskowych, jak predyspozycje genetyczne, charakter wykonywanej pracy, długotrwałe obciążenia manualne. Istotną

rolę odgrywają również przebyte urazy, zaburzenia osi kciuka, wrodzona lub nabyta niestabilność więzadłowa stawu CMC1.

Zauważalne obecnie są zmiany stylu życia i wzorców obciążania kończyny górnej, wpływ na to ma dynamiczny postęp technologiczny i powszechność wykorzystania urządzeń cyfrowych. Intensywne i powtarzalne ruchy kciuka wykonywane podczas obsługi ekranów dotykowych prowadzą do przewlekłych przeciążeń stawu nadgarstkowo-śródręcznego kciuka, co może sprzyjać wcześniejszemu ujawnianiu się objawów choroby zwyrodnieniowej oraz zwiększeniu liczby pacjentów z dolegliwościami bólowymi i ograniczeniem funkcji kciuka w młodszych grupach wiekowych. Zjawisko to uzasadnia aktualność i istotność podjętej przez lekarza Sebastiana Janowca w niniejszej rozprawie doktorskiej tematyki.

Decyzją Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego została mi powierzona ocena pracy doktorskiej pt: „Analiza porównawcza leczenia operacyjnego zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu nadgarstkowo-śródręcznego kciuka przy użyciu implantu RegJoint oraz protezy bezcementowej dwumobilnej CMC1 Touch”, przygotowanej pod opieką promotora dr hab. n. med. prof. UKSW Andrzeja Koteli i promotora pomocniczego dr n. med. Jakuba Florka.

Prezentowana rozprawa doktorska obejmuje 111 stron z zamieszczonymi w tekście spisem treści, wykazem skrótów, streszczeniami w języku polskim i angielskim, wstępem, założeniami i celem pracy, materiałem i metodami, wynikami, dyskusją, wnioskami, piśmiennictwem, spisem tabel i rycin, opinią Komisji Bioetycznej. Układ tekstu pracy ma charakter klasyczny i jest zgodny z zasadami obowiązującymi dla tego rodzaju opracowań naukowych. Treść została logicznie uporządkowana i podzielona na rozdziały odpowiadające poszczególnym zagadnieniom tematycznym. W tekście rozprawy zamieszczono 42 ryciny oraz 22 tabele. Materiał ilustracyjny został starannie opracowany i ma charakter szczegółowy. Zarówno tabele, jak i ryciny zostały opatrzone właściwymi tytułami oraz uzupełnione o czytelne objaśnienia zastosowanych znaków i symboli. Stanowią one istotne uzupełnienie i wzbogacenie treści pracy, ułatwiając jej odbiór oraz interpretację przedstawionych wyników. W spisie piśmiennictwa umieszczono 96 pozycji.

We wstępie autor szczegółowo omawia anatomię i biomechanikę stawu nadgarstkowo-śródręcznego kciuka oraz przedstawia epidemiologię, etiologię i etiopatogenezę schorzenia. Opisane

zostały również objawy kliniczne i zasady postępowania diagnostycznego. Wykorzystane tu przejrzyste ryciny i tabele umożliwiają dokładne zrozumienie omawianego zagadnienia. Autor wykazał się dobrą znajomością aktualnego piśmiennictwa światowego, co stanowi solidne uzasadnienie teoretycznych i praktycznych podstaw pracy oraz doboru metod badawczych.

Założenia i cel pracy przedstawiono w sposób precyzyjny, podając cel główny i sześć celów szczegółowych. Badanie miało charakter prospektywny, dane kliniczne były zbierane planowo i systematycznie w trakcie obserwacji 52 pacjentów w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej szpitala im. L. Rydygiera w Brzesku. Szczegółowy opis metod leczenia operacyjnego implantacji endoprotezy bezcementowej dwumobilnej CMC1Touch® lub artroplastyki interpozycyjnej z zastosowaniem bio-absorbowalnego, kopolimerowego spacer'a dynamicznego –RegJoint™, został uzupełniony rycinami ilustrującymi poszczególne etapy zabiegu operacyjnego. Przedstawiono również zastosowany protokół postępowania fizjoterapeutycznego oraz narzędzia badawcze wykorzystane do oceny wyników leczenia.

Analizę statystyczną przeprowadzono w sposób adekwatny do charakteru danych i liczebności badanych grup, z zastosowaniem metod nieparametrycznych. Uwzględniono ocenę zmian w czasie oraz analizę skuteczności klinicznej leczenia. Prezentacja danych w tabelach i rycinach jest przejrzysta i ułatwia ocenę uzyskanych rezultatów. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem pakietu SAS.

W części dyskusja autor podejmuje próbę analizy uzyskanych wyników, odnosząc je do aktualnych doniesień literatury przedmiotu. Słusznie podkreśla, że leczenie zachowawcze pozostaje postępowaniem pierwszego wyboru, a interwencja chirurgiczna jest wskazana dopiero w przypadku nieskuteczności terapii nieoperacyjnej. Trafnie wskazano również na brak jednoznacznego konsensusu dotyczącego optymalnej metody leczenia operacyjnego zaawansowanej rizoartrozy, co uzasadnia podjęcie analizowanej problematyki. Autor porównuje dwie odmienne techniki operacyjne, przedstawiając ich efekty w ujęciu wielowymiarowym – z uwzględnieniem oceny radiologicznej, parametrów klinicznych, funkcji ręki, jakości życia oraz powikłań. Należy jednak zauważyć, że ostateczna analiza objęła 52 pacjentów obserwowanych przez 6 miesięcy, co – mimo prawidłowo zastosowanej metodologii – stanowi istotne ograniczenie w ocenie odległych efektów

leczenia oraz trwałości uzyskanych rezultatów. Autor, świadomy tych ograniczeń, w końcowej części dyskusji podkreśla niewielką liczebność grup i krótki okres obserwacji, wskazując jednocześnie na potrzebę dalszych badań obejmujących większe populacje i dłuższy czas obserwacji, które pozwoliłyby na pełniejszą ocenę porównywanych metod leczenia.

We wnioskach autor w sposób spójny podsumowuje wyniki badania, wskazując, że zarówno całkowita endoprotezoplastyka stawu CMC1 z zastosowaniem protezy bezcementowej dwumobilnej CMC1 Touch, jak i artroplastyka interpozycyjna z użyciem spaceru RegJoint są skutecznymi i bezpiecznymi metodami leczenia zaawansowanej rizoartrozy. Podkreślona jest przewaga kliniczna protezy CMC1 Touch w 6-miesięcznej obserwacji, obejmująca szybszą i większą redukcję bólu, lepszą poprawę funkcji ręki oraz większy przyrost siły chwytu i zakresu ruchomości, przy porównywalnie niskiej częstości powikłań. Autor zauważa, że krótki, sześciomiesięczny okres obserwacji ogranicza możliwość oceny trwałości efektów i przeżywalności implantów, co w sposób świadomy uwzględnia, podkreślając potrzebę dalszych badań z dłuższym follow-upem.

Z obowiązku recenzenta przedstawiam następujące uwagi dotyczące rozprawy doktorskiej:

- zastosowany system numeracji tabel i rycin spowodował pojawienie się błędów redakcyjnych. W tekście brakuje tabel 4.4B (str. 70) oraz tabeli 4.5B (str. 73), natomiast na stronie 81 tabela 4.8C została błędnie oznaczona jako rycina 4.8B. Bardziej zasadnym rozwiązaniem byłoby zastosowanie numeracji tabel i rycin zgodnie z kolejnością ich pojawiania się w tekście
- zauważono nieprawidłowości w kolejności cytowania literatury (np. pozycja 59 na str. 34, następnie 63–66 na str. 35, a dopiero 60–62 na str. 36), co wymaga korekty dla zachowania spójności i przejrzystości odwołań w tekście
- stwierdzono brak konsekwencji w zapisie piśmiennictwa: we wstępie cytowania przedstawiono po nazwisku badacza, podczas gdy w dalszej części pracy nie zawsze zachowano ten schemat. Ponadto różny format (np. kursywa) i niejednolite zasady zapisu pojawiają się w piśmiennictwie. Niektóre pozycje są starsze i brak im aktualności.

Mimo powyższych uwag, wskazane błędy nie umniejszają wartości merytorycznej i naukowej pracy.



Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska stanowi dojrzałe i rzetelnie opracowane dzieło naukowe, podejmujące aktualny i istotny klinicznie problem leczenia operacyjnego zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu nadgarstkowo-śródręcznego kciuka. Autor wykazał się bardzo dobrą znajomością piśmiennictwa światowego, poprawnym warsztatem metodologicznym oraz umiejętnością krytycznej i wyważonej interpretacji uzyskanych wyników. Na szczególnie podkreślenie zasługuje świadome omówienie ograniczeń badania oraz wskazanie kierunków dalszych analiz, co świadczy o dojrzałości naukowej i odpowiedzialnym podejściu do formułowanych wniosków. Uzyskane wyniki stanowią wartościowy wkład w rozwój wiedzy dotyczącej chirurgicznego leczenia rizoartrozy oraz mogą mieć praktyczne implikacje kliniczne.

W mojej ocenie rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668). Wnoszę zatem do Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenia lek. Sebastiana Janowca do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Ze względu na unikatowy charakter naukowy, wysoką wartość kliniczną oraz staranne, rzetelne opracowanie problemu badawczego, **praca zasługuje na wyróżnienie**. Praca wnosi istotny wkład w wiedzę na temat leczenia operacyjnego zaawansowanej rizoartrozy, porównując prospektywnie implantację spacera RegJoint i protezy bezcementowej dwumobilnej CMC1 TOUCH. Wyniki 6-miesięcznej obserwacji wykazują przewagę protezy CMC1 TOUCH w zakresie funkcji ręki, siły chwytu, zakresu ruchu i redukcji bólu, przy niskim odsetku powikłań. Obie metody są jednak bezpieczne i skuteczne, a wybór procedury powinien uwzględniać potrzeby funkcjonalne pacjenta, priorytety rekonwalescencji oraz indywidualne preferencje. Praca kompleksowo ocenia efekty leczenia w aspekcie funkcji ręki, jakości życia, obrazu radiologicznego oraz częstości powikłań pooperacyjnych, co czyni ją wartościowym i oryginalnym opracowaniem o znaczeniu naukowym i praktycznym.

Szczepanowska-Wołowiec Beata
dr hab. n. o zdr. prof. UJK

Beata Szczepanowska-Wołowiec
Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach