

Odpowiedz na recenzję z dn. 21.09.2020 r. Pana dr hab. Krzysztofa Kassolika prof. AWF

Serdecznie dziękuję Panu Profesorowi za przesłaną recenzję mojej rozprawy doktorskiej. Wszystkie uwagi i wskazówki są dla mnie niezwykle cenne i przydatne w rozwijaniu dalszej kariery naukowej. Jest mi niezmiernie miło, że docenił Pan moją dotychczasową pracę naukową. Odpowiadając na uwagi zawarte w recenzji zacznę w kolejności jakie je zadano.

AD. 1.

Pierwsze zdanie wstępu faktycznie nie zawierało jednego słowa, które zostało podkreślone już w tytule podrozdziału i kolejnych zdaniach. Słusznie zauważono, iż w skład opracowanych mięśni zawarte są mięśnie okolic odcinka kręgosłupa szyjnego. Miałem na celu przedstawienie mięśni obręczy barkowej i oczywiście szyi jako okolicę poddaną interwencji.

Terapia przeprowadzona na mięśniach wymienionych w pracy tj. m. trapesius pars descendens (czworoboczny - część zstępująca), m. sternocleidomastoideus (mostkowoobojczykowo-sutkowy), m. temporalis (skroniowy), m. levator scapulae (dźwigacz łopatki), m. supraspinatus (nadgrzebieniowy), m. suboccipitales (podpotyliczne) została wybrana ze względu na możliwość precyzyjnej pracy metodą ucisku/kompresji wg kryteriów opisanych przez Travell&Simons (1998). Mięsień płatowy głowy został również poddany terapii, ze względu na bliską lokalizację z mięśniami dźwigacz łopatki oraz czworoboczny część zstępująca (które zostały opracowane). Natomiast mięsień półkolcowy głowy jest mięśniem grzbietu i nie ma pewności czy został on poddany terapii TOBS (Terapia Obręczy Barkowej i Szyi), ze względu na jego głębokie położenie względem innych wyżej wymienionych mięśni, które leżą powierzchownie. Dlatego też, nie wymieniono go w omówieniu okolicy poddanej interwencji.

AD. 2.

Długim dyskusjom podlegała kwestia włączenia do badań osób z migreną chroniczną

(CM). Ze względu na małą liczbę badanych ($n=7$) oraz na występowanie istotnych statystycznie różnic części badanych parametrów w porównywaniu do grup z migreną epizodyczną podjęto decyzję, iż warto ją pokazać. Migrena chroniczna występuje rzadko i jest najtrudniejsza w leczeniu. Procentowo liczba chorych z poszczególnymi typami migreny biorąca udział w naszych badaniach była zgodna z wynikami badań epidemiologicznych [Rasmussen i wsp. 2000, Dahlof i wsp. 2001, Takeshima i wsp. 2004, Stępień 2015].

Uznaliśmy, że warto pokazać wyniki dla tej grupy badanych. Nasze badania wykazały, że wartości parametrów u osób z migreną chroniczną różnią się istotnie od wartości u osób z migrenami epizodycznymi (EM), a także pacjenci Ci nie reagują w zadowalającym stopniu na terapię TOBS.

Drugą przesłanką do włączenia do badań pacjentów z migreną chroniczną był fakt, że migrena epizodyczna może przekształcać się w migrenę chroniczną stąd kobiety z CM były starsze od badanych z pozostałych dwóch grup z EM oraz dłużej chorowały na migrenę. W naszych badaniach osoby z CM chorowały średnio $34,0 \pm 20,8$ lat. Natomiast osoby z EMb, EMa chorowały odpowiednio $17,1 \pm 10,3$ i $20,6 \pm 14,9$ lat. Warto zaznaczyć, że w omawianych badaniach własnych pacjenci nie różnili się wzrostem, masą ciała oraz wskaźnikiem BMI, co oznacza, że grupa była jednorodna.

AD. 3.

Przed rozpoczęciem badań poddano analizie określenie liczebności grupy potrzebnej do osiągnięcia pożądanego poziomu mocy. Niestety podczas rekrutacji nie zgłosiła się zakładana przez nas liczba osób z migreną chroniczną w przeciwieństwie do osób z migreną epizodyczną. Nabór do badań był przeprowadzany kilkakrotnie. Uczestniczyły w nim osoby z Białej Podlaskiej, a nie z innych miejscowości, gdyż wiązało się to z regularnym przychodzeniem na zabiegi i pomiary przez okres 2-3 tygodni. Ograniczyło to lepszy dobór osób pod względem wieku czy czasu trwania choroby w każdej z grup. Należy zaznaczyć, że osoby badane były w wieku 20-59 lat, a więc są to osoby czynne zawodowo posiadające często rodzinę. Takie różnice wieku (20-59 lat) nie miały wpływu na oznaczanie parametrów u osób zdrowych.

Zastosowaliśmy jednoczynnikowy model analizy ANOVA, który oparty jest na randomizacji, w którym przedmiotem badań były losowo zgłaszające się kobiety, przydzielone do grupy ze względu na typ choroby migrenowej. Wszystkie pacjentki poddane zostały tej samej terapii. Analiza statyczna (test Wilcoxon) wykazała, że badane grupy były jednorodnie (pod względem masy ciała, wzrostu oraz BMI). Jedynie nie wykazano jednorodności dla tych grup pod względem wieku i czasu choroby, a występujące różnice między grupami nie mają istotnego wpływu na efekt terapii. Należy zauważyć, że typy choroby migrenowej różnią się między sobą, a szczególnie migrena chroniczna, która występuje w wyniku przekształcenia się z migreny epizodycznej. Dlatego czas trwania migreny chronicznej u badanych osób jest dłuższy i być może obejmuje czas trwania epizodycznej i chronicznej. Z tego względu nie uwzględniliśmy wieku i czasu w analizie statystycznej i z tego powodu nie zastosowaliśmy analizy konwergencji ANCOVA. Analiza statystyczna przy użyciu testu Shapiro-Wilka wykazała brak rozkładu normalnego i dlatego analizę wyników przeprowadzono z wykorzystaniem testów nieparametrycznych.

AD. 4.

Kobiety przed podjęciem badań zostały poddane kwalifikacji uwzględniając kryteria włączenia i wyłączenia wg kryteriów ICHD – 3. Lekarz neurolog wraz z fizjoterapeutą w ankiecie zweryfikował czy pacjenci są w trakcie leczenia farmakologicznego, które nie podlega odstawieniu, a także czy przyjmują jakiegokolwiek leki, w tym też hormonalne. Jeżeli odpowiedź była twierdząca, taka osoba nie była zakwalifikowana do badań i nie mogła skorzystać z terapii. Osoby zakwalifikowane podczas terapii TOBS miały zadanie nie zażywać żadnych leków.

Mam nadzieję, że to krótkie wyjaśnienie w sposób wystarczający odpowiada na zadane przez Pana Recenzenta pytania. Dziękuję Panu Profesorowi za przychyłność i krytyczne uwagi, które są cennymi wskazówkami i motywacją do jeszcze cięższej pracy.

Z wyrazami szacunku,

Maciej Olesiejuk