

II Katedra i Klinika Ginekologii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Kierownik Kliniki: Prof. dr hab. n. med. Tomasz Rechberger
20-954 Lublin, ul. Jaczewskiego 8; Tel. +48/81 7244 686, Fax. +48/81 7244 849

Lublin, 24.11.2023

Dr hab. n. med. Paweł Miotła, prof. UML

II Katedra i Klinika Ginekologii

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Recenzja rozprawy na stopień naukowy doktora nauk medycznych w dyscyplinie medycyny lek. Pauliny Pająk p.t. „Ocena wpływu sposobu zakończenia porodu na występowanie dolegliwości uroginekologicznych oraz na satysfakcję seksualną u pierworódek” wykonanej pod kierunkiem naukowym Promotora – Prof. dr hab. n. med. Jarosława Kalinki oraz Promotora pomocniczego dr n. med. Edyty Wlazlak.

Temat wybrany przez Doktorantkę jest nowatorski, a jednocześnie doskonale wpisuje się w aktualne trendy badawcze dotyczące oceny wpływu rodzaju porodu na poszczególne parametry szeroko rozumianych dolegliwości uroginekologicznych, jak też jakość życia pacjentek. Biorąc pod uwagę aktualne debaty dotyczące cięć cesarskich toczone zarówno w literaturze specjalistycznej, ale również w ogólnodostępnych czasopismach czy też forach internetowych przedstawiona do recenzji praca dostarcza dodatkowych, niezwykle istotnych argumentów merytorycznych do tych dyskusji.

Moją szczególną uwagę w prezentowanej przez Doktorantkę tematyce zwróciły zagadnienia związane z nietrzymanie moczu, które stanowią bardzo poważny problem zdrowotny, społeczny oraz ekonomiczny. Zgodnie z definicją WHO dolegliwości o charakterze nietrzymania moczu należy uznać za chorobę społeczną, gdyż występuje częściej niż w 5% populacji. Częstość występowania nietrzymania moczu wzrasta wraz z wiekiem i liczbą porodów u kobiet, przy czym należy zaznaczyć, że schorzenie jest wieloczynnikowe. W skrajnych przypadkach dane epidemiologiczne podają częstość występowania NM u kobiet od 5- 70%. Szacuje się, że blisko 50% kobiet w różnych okresach swojego życia ma problemy z utrzymaniem moczu, a u 1/3 z

nich ze względu na nasilenie tych zaburzeń i towarzyszące im objawy konieczne jest wdrożenie leczenia. Dane szacunkowe wskazują, że w Polsce dolegliwości te mogą dotyczyć co najmniej 2 mln kobiet. Niestety nadal w postrzeganiu przez wielu lekarzy problemu nietrzymania moczu dominuje przekonanie, że jest to objaw występujący i nasilający się wraz z wiekiem pacjentka i leczenie jest trudne lub nawet bezcelowe. Problem potęguje fakt, że jest to choroba bardzo wstydliva i traktowana często przez pacjentów jako wręcz przynależna do starszego wieku. Niezwykle interesująco powyższe założenie wygląda w konfrontacji z przedstawionymi wynikami badań przeprowadzonych przez Doktorantkę w populacji młodych Polek.

Przedstawiona mi do recenzji dysertacja doktorska liczy łącznie 138 stron starannie przygotowanego dwustronnego wydruku komputerowego z 14 tabelami oraz 26 rycinami i 12 histogramami i została podzielona w sposób typowy dla tego rodzaju rozpraw. Wstęp zajmuje 25 stron wydruku komputerowego i zapoznaje Recenzenta z najważniejszymi zagadnieniami omawianego tematu.

Doktoranta w sposób bardzo przystępny omówiła zagadnienia dotyczące zaburzeń anatomii dna miednicy z uwzględnieniem poszczególnych kompartmentów, etiologii i podziału nietrzymania moczu i stolca oraz zagadnienia związane z poporodowymi zaburzeniami funkcji seksualnych u kobiet. Zaprezentowane zostały również sposoby prowadzenia porodu, zarówno fizjologicznego jak też instrumentalnego oraz cięcia cesarskiego (w tym przypadku warto byłoby uzupełnić informacje dotyczące wykorzystywanej techniki cięcia cesarskiego). Całość wstępu została napisana w przejrzysty sposób i nie budzi większych zastrzeżeń. W przypadku planowania publikacji artykułu przeglądowego w oparciu o wstęp w języku polskim sugerowałbym poprawienie błędów literowych na stronie 14 („szkodzenia”- powinno być „uszkodzenia) oraz na stronie 15 („faramkoterapia”- powinno być „farmakoterapia). Ponadto warto byłoby się zastanowić nad konstrukcją zdania (str. 15) „estrogen jest ważnym czynnikiem powodującym dojrzewanie nabłonka”- proponuję użycie liczby mnogiej, ponieważ wiemy, że zmiany zachodzące w nabłonku pochwy są determinowane przez estrogeny zarówno endogenne (istnieje więcej form chemicznych niż 1), jak też ewentualnie suplementowane z zewnątrz.

Przedstawione na stronie 26. cele pracy przedstawiają główne kierunki przeprowadzonych przez Doktorantkę badań i w mojej ocenie należałoby doprecyzować pojawiające się w głównym celu pracy sformułowanie „w krótkim czasie po porodzie”, ponieważ w mojej ocenie jest bardzo

niejednoznaczne i może np. sugerować okres połogu (np. w kontekście oceny zaburzeń statyki czy nietrzymania moczu) lub bezpośrednio po połogu (np. w odniesieniu do zagadnień związanych z jakością dysfunkcji seksualnych). Również przedstawiony w celach szczegółowych przedział czasowy od 9. do 18. miesięcy w mojej ocenie wydaje się być zbyt szeroki, gdyż nawet u określonej pacjentki stopień nasilenia dolegliwości w tak długim przedziale czasowym może podlegać różnym zmianom (np. zmniejszenie/zwiększenie). W przypadku badanej grupy pacjentek można się spodziewać podobnych zależności, co mogło mieć wpływ na finalne efekty badania. Zakładam, że Doktorantka będzie zainteresowana publikacją tych bardzo interesujące wyników w recenzowanym, międzynarodowym czasopiśmie poddałbym do rozważenia podania szczegółowych danych dotyczących przeprowadzania badania fizykalnego oraz wypełnienia kwestionariuszy wyrażoną w ilościach tygodni lub miesięcy od przebytego porodu (np. wartości średnie wraz z odchyleniami standardowymi). Warto też byłoby dodać jakąś informację, z czego wynikał tak duży margines czasowy. Uwzględniając czas prowadzenia badania można domniemywać, że mogło mieć to związek z pandemią COVID-19. Przy takim założeniu należałoby jednak ustalić czy pacjentka nie przechodziła ww. infekcji z ciężkim kaszlem, co z kolei mogłoby mieć wpływ na wyniki badania i wtedy wymagałoby dodatkowego komentarza.

Materiał i metodyka badania zostały przedstawione na 10 stronach komputerowego maszynopisu i w dość szczegółowy sposób przedstawiają charakterystykę grupy badanej, dobór poszczególnych metod oraz opis zastosowanej analizy statystycznej. Z punktu widzenia recenzenta sugerowałbym przed finalną publikacją doprecyzowanie, co Doktorantka rozumie przez ciężkie choroby matki. Ponadto sugerowałbym ewentualne dodanie informacji, czy pacjentki uczestniczące w tym badaniu w okresie wizyt kontrolnych karmiły piersią. W oparciu dostępne dane literaturowe wiadomo, że karmieniu piersią zwykle towarzyszy atrofia urogenitalna, co z kolei może mieć wpływ zarówno na nasilenie objawów nietrzymania moczu jak też możliwość dysfunkcji seksualnych.

Warto też doprecyzować, czy w trakcie wizyty wykluczano zakażenie układu moczowego?

W moim odczuciu brakuje również informacji czy pacjentki były pytane czy przed ciążą występowały u nich któreś z analizowanych w pracy doktorskiej objawów uroginekologicznych czy też dysfunkcji seksualnych. Oczywiście mam świadomość, że byłoby niemożliwe dokonanie dokładnej oceny retrospektywnej z użyciem walidowanych kwestionariuszy, niemniej można

byłoby uzyskać chociaż fragmentaryczną wiedzę na temat tych problemów zadając pytania- „czy przed ciążą zdarzały się epizody nietrzymania moczu/stolca, czy miała Pani problemy z osiągnięciem orgazmu, itd.”

Proponuję również trafniejszy dobór ryciny 1. przedstawionej na stronie 31, która ma zobrazować skalę nasilenia zaburzeń statyki narządu płciowego w oparciu o skalę POP-Q.

Następnie na stronach 37-73 Doktorantka prezentuje wyniki wraz z ich szczegółowym omówieniem. Warto odnotować, że u większości pacjentek poród był prowadzony w znieczuleniu zewnątrzoponowym (odpowiednio: 72% w grupie I (poród pochwowy), 64% w grupie II (poród kleszczowy), 84% w grupie IV (cięcie cesarskie przy pełnym rozwarciu). Warto byłoby się zastanowić w dyskusji czy znieczulenie zewnątrzoponowe mogło mieć wpływ na występowanie lub nasilenie objawów uroinekologicznych.

W moim odczuciu nieco dyskusyjne jest użyte na stronie 50. sformułowanie „widoczny jest również wpływ rodzaju defektu na satysfakcję seksualną (p – wartość = 0.074 wskazująca na **tendencję w kierunku istotności statystycznej**). Biorąc pod uwagę założenia dotyczące analizy statystycznej na stronie 36., to wartość ta nie wypełnia warunków trendu zależności. Dużym dla mnie zaskoczeniem był fakt, że objawy nietrzymania moczu występowały aż u 72% pacjentek poddanych elektywnemu cięciu cesarskiemu, zaś najczęściej występowały u kobiet, u których cięcie cesarskie zostało wykonane przy pełnym rozwarciu-92%. Wyniki te są dla mnie zaskakujące, ponieważ odsetek ten przewyższa obserwowany wśród kobiet po porodzie drogą pochwową (80%) oraz porodzie kleszczowym (88%). Doktorantka dokonuje podziału na postać wysiłkową nietrzymania moczu oraz nadreaktywność pęcherza moczowego. W tym miejscu warto byłoby doprecyzować czy w zakresie objawów nadreaktywności pęcherza moczowego występowały tzw. objawy suche (np. parcia naglące, częstomocz, nokturia) czy też obserwowano objawy mokre czyli niekontrolowane ucieczki moczu poprzedzone parciem nagłym. Warto byłoby to uwzględnić ze względu na bardzo wysoki odsetek objawów nietrzymania moczu w badanej populacji, zwłaszcza, że badaniem były objęte kobiety rodzące po raz pierwszy. W dyskusji na stronie 77. Doktorantka opisuje w oparciu o dane literaturowe, że w ciągu pierwszych 3 miesięcy po porodzie nietrzymanie moczu występuje u 15-30% kobiet, co wskazuje na znacznie rzadsze występowanie tych objawów niż w recenzowanym doktoracie. Na pewno ta część wyników zasługuje na szersze skomentowanie w dyskusji.

Przed finalną publikacją wyników badania w recenzowanym czasopiśmie proponowałbym również poprawić warstwę wizualną niektórych rycin, ponieważ są one trudne odczytania i nie ułatwiają czytelnikowi zrozumienia wyników tego interesującego badania (np. ryc. 4, ryc.12).

Wyniki dotyczące zaburzeń statyki narządu płciowego oraz oceny hipermobilności cewki moczowej w moim odczuciu nie wymagają dodatkowych objaśnień. Wyniki też są zbieżne z danymi literaturowymi w tym zakresie.

Pozwolę sobie jednak zauważyć, że w kontekście dysfunkcji seksualnych warto byłoby w przyszłych badaniach, które mam nadzieję Doktorantka będzie prowadzić, dokonać również oceny retrospektywnej (o ile oczywiście nie będzie możliwe zaplanowanie kompleksowego badania prospektywnego) w celu sprawdzenia czy zaburzenia w zakresie osiągnięcia satysfakcji seksualnej nie występowały w przeszłości jak również czy w trakcie prowadzenia badania nie doszło do zmiany lub utraty współpartnera.

Doktorantka przedstawia rzetelnie napisaną dyskusję na 25 stronach maszynopisu komputerowego. W mojej ocenie brakuje w tym rozdziale kilku zdań dyskusji w kontekście bardzo wysokiego odsetka występowania nietrzymania moczu w badanej populacji, o czym już wspominałem w recenzji wyników badania. Bez wątpienia komentarz w tej sprawie będzie niezbędny podczas przygotowywania finalnej publikacji do prestiżowego czasopisma międzynarodowego.

Ponadto warto byłoby trochę czasu poświęcić na przedyskutowanie ewentualnego wpływu znieczulenia okołoporodowego na występowanie tych objawów uroginekologicznych. Wyniki Doktorantki wskazują, że do zaburzeń funkcjonalnych, ale też anatomicznych może dochodzić już w trakcie pierwszego etapu porodu. Warto byłoby też dodać informację czy w przypadku wykonywania cięcia cesarskiego wykonywanego przy pełnym rozwarciu konieczna była dodatkowa pomoc asysty od strony pochwy w celu uwolnieniu główki płodu z kanału rodnego?

W odniesieniu do objawów nietrzymania moczu Doktorantka słusznie zauważa, że mogą być one maskowane przez defekt statyki, zwykle obserwuje się to w przypadkach zaawansowanych zaburzeń statyki narządu płciowego, niemniej rzeczywiście warto też zwrócić uwagę na ten element.

Uzyskane przez Doktorantkę wyniki wskazują, że istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów uroginekologicznych w przypadku, gdy do porodu dochodzi >30 r.ż. Warto się zastanowić, czy nie należałoby tej wiedzy szerzej upowszechnić jako ważnego argumentu w dyskusjach dotyczących planowania świadomego macierzyństwa.

Następnie Doktorantka przedstawia streszczenia w języku polskim i angielskim. Proponuję dokonania poprawki błędu w streszczeniu angielskim na stronie 98 (jest „2009”, powinno być „2019”).

Piśmiennictwo, w liczbie 148 pozycji, zawiera bardzo dobrze dobrane merytorycznie pozycje i wskazuje na doskonałą znajomość przez Doktorantkę tematyki zagadnień uroginekologicznych. Na końcu pracy znajduje się spis rycin, tabel i histogramów oraz załączniki z wykorzystanymi w pracy kwestionariuszami.

Oceniając pracę całościowo, odnoszę wrażenie bardzo skrupulatnej pracy oraz dużego zaangażowania w prowadzenie badań przez Doktorantkę, mam również nadzieję, że dokona publikacji tych wyników w prestiżowym czasopiśmie oraz będzie kontynuowała dalsze prace naukowe w dziedzinie uroginekologii. Pomimo moich drobnych uwag chciałbym przedstawić moją wysoce pozytywną opinię o przedstawionej mi do recenzji pracy zatytułowanej „**Ocena wpływu sposobu zakończenia porodu na występowanie dolegliwości uroginekologicznych oraz satysfakcję seksualną u pierworódek**”. Jest to bardzo interesujące opracowanie, które przedstawia nowe spojrzenie i co niezwykle ważne dostarcza nowatorskiej wiedzy z zakresu zaburzeń uroginekologicznych.

Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzam, że przedstawiona mi do recenzji Rozprawa Doktorska spełnia warunki przeprowadzenia czynności w przewodzie doktorskim zawarte w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 stycznia 2018 r. i wnoszę do Prodziekana ds. Nauki Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie lek. Pauliny Pająk do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Dr hab. n med. Paweł Miotła, prof. UML

