

Ocena rozprawy doktorskiej lek. Tomasza Augustyniaka pt. „Ocena okołoporodowych czynników ryzyka nietrzymania moczu po porodzie”.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska lek. Tomasza Augustyniaka zawarta jest na 60 stronach podzielonych konwencjonalnie na rozdziały i dotyczy istotnego problemu klinicznego dotyczącego nietrzymania moczu po ciąży oraz czynników ryzyka zwiększających jego wystąpienie.

Temat pracy uważam za trafny, a jego wyniki mogą być użyteczne w praktyce klinicznej i zapobieganiu występowania nietrzymania moczu po porodzie, co znacząco obniża jakość życia u kobiet.

Rozprawę podzielono na typowe dla tego typu opracowań naukowych rozdziały. Na jej czytelność wpływają wykaz skrótów i wzorów oraz spisy tabel, rycin i diagramów. Praca zawiera 138 najnowszych pozycji piśmiennictwa dotyczących badanego zagadnienia.

Wstęp stanowi obszerne opracowanie poglądowe dotyczące technik wspomaganego rozrodu, powikłań ciąży związanych z wiekiem, ciąży będącej wynikiem zapłodnienia pozaustrojowego, związanych z nim zmian populacyjnych oraz rekomendacji dotyczących zakończenia ciąży powstałej w następstwie ART.

We wstępie Autor omówił szczegółowo definicję wraz z podziałem na typy nietrzymania moczu, epidemiologię występowania, mechanizmy powstawiania nietrzymania moczu w ciąży i po porodzie oraz możliwe czynniki ryzyka predysponujące do wystąpienia tego zjawiska. Omówiono także fizjologiczne zmiany w ciąży zwiększające możliwość wystąpienia nietrzymania moczu wraz z opisaniem anatomii, zmian endokrynologicznych i genetycznych. Zwrócono uwagę na niejednoznaczne wyniki oceny czynników okołoporodowych na wystąpienie nietrzymania moczu po porodzie w literaturze, oraz wskazano że czynniki te mogą to ryzyko niezależnie zmieniać.

Cele pracy zostały sformułowane w sposób jasny i czytelny. Istotą dysertacji była chęć oceny wpływu różnych czynników (występowanie nietrzymania moczu w ciąży, znieczulenia zewnątrzoponowego podczas porodu, porodu naturalnego, cięcia cesarskiego, pęknięcia i nacięcia krocza w czasie porodu, wieku ciężarnej, masy ciała

ciężarnej w trakcie ciąży, masy noworodka, masy ciała położnicy) na występowanie nietrzymania moczu po porodzie.

Do realizacji celów Autor zastosował odpowiednią metodykę oraz zgromadził odpowiedni materiał badawczy. Badanie miało charakter retrospektywny. Włączono do niego 249 pacjentek w ciąży pojedynczej, które urodziły w okresie od 01.06.2010 do 30.03.2011 w Klinice Położnictwa i Ginekologii Szpitala Medcover w Warszawie. Ustalono odpowiednie kryteria włączenia oraz wyłączenia.

Do grupy badanej zaliczono 63 pacjentki, które nie miały rozpoznanego nietrzymania moczu przed ciążą i z rozpoznanym nietrzymaniem moczu w 3 miesiące po porodzie. Dodatkowo w czasie badania były w ciąży pierwszej pojedynczej, miały skończone 18 lat, a badanie ogólne moczu oraz posiew moczu nie wykazywały nieprawidłowości w 36 tygodniu ciąży oraz 3 miesiące po porodzie. Do grupy kontrolnej zaliczono 186 pacjentki bez rozpoznanego nietrzymania moczu 3 miesiące po porodzie. Pacjentki zostawały poddawane badaniu podmiotowemu oraz przedmiotowemu, a po kwalifikacji do badania uzupełniano dane z dostępnej dokumentacji medycznej.

Uzyskane dane poddano obliczeniom statystycznym z regresją logistyczną do wskazania istotnych czynników ryzyka oraz określenia ilorazu szans dla tych czynników. Wyniki zostały przedstawione w 12 tabelach oraz na 4 rycinach. Dobrane metody analizy statystycznej i konstruowanie wariantów modeli z uwzględnieniem różnych zmiennych w czytelny sposób prezentują uzyskane wyniki. Wyróżniono w badaniu typy nietrzymania moczu, które wystąpiły w czasie trwania ciąży w grupach kontrolnej oraz badanej, a także w 3 miesiące po porodzie w grupie badanej.

Analiza wykazała że występowanie nietrzymania moczu w 3 miesiące po porodzie zwiększa: występowanie nietrzymania moczu w 36 tygodniu ciąży (ponad 3x), poród naturalny (2,5x), poród drogą cięcia cesarskiego w II okresie porodu (blisko 5x), poród drogą cięcia, pęknięcie krocza (5x), nacięcie krocza podczas porodu (8x), przyrost masy ciała w ciąży (zwiększa ryzyko o 30%). Dodatkowo wykryto, że czynniki które zmniejszają ryzyko nietrzymania moczu w 3 miesiące po porodzie to: poród drogą planowego cięcia cesarskiego (zmniejsza ryzyko o 70%) oraz cięcie cesarskie w I okresie porodu (zmniejsza ryzyko o blisko 90%). Czynniki zmniejszające ryzyko mogą mieć osobnicze uwarunkowania wystąpienia nietrzymania moczu. Nie udowodniono, że wiek badanych, wskaźnik masy ciała w 3 miesiącu po porodzie, masa urodzeniowa noworodka oraz zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego miały wpływ na częstość występowania nietrzymania moczu po porodzie. Stwierdzono także, że dominującym typem nietrzymania moczu po porodzie

naturalnym oraz po porodzie drogą cięcia cesarskiego w czasie porodu był typ wysiłkowy. Natomiast po porodzie drogą planowego cięcia cesarskiego częstość występowania typu wysiłkowego nietrzymania moczu zmalała na rzecz naglącego i w mniejszym stopniu mieszanego.

Wnioski odpowiadają na postawione cele pracy. Dyskusja jest przeprowadzona poprawnie. Piśmiennictwo w liczbie 138 jest dobrze dobrane i cytowane w tekście.

Przedstawiona mi do oceny dysertacja lek. Tomasza Augustyniaka dotyczy istotnego problemu medycznego dotyczy istotnego problemu medycznego dotyczącego znaczną ilość kobiet po porodzie i oceniam ją jako bardzo dobrą.

Dysertacja stanowi rozwiązanie problemu klinicznego, odpowiada na zadane pytania i cele badawcze. Co istotne przeprowadzone badania są bezpośrednio związane z działalnością kliniczną Autora.

Z drobnych uwag:

1. Łączna wartość w opisie na stronie 22 pacjentek z nietrzymaniem moczu w 36 tygodni ciąży wynosi 78, co nie pokrywa się z wartościami wpisanymi w tabelę 2 (łącznie 77).
2. Na stronie 22 Autor pisze, że wysiłkowe nietrzymanie moczu stwierdzono u 24 pacjentek co nie pokrywa się z wartością w tabeli 3b
3. Na stronie 22 Autor pisze, że naglące nietrzymanie moczu stwierdzono u 19 pacjentek co nie pokrywa się z wartością w tabeli 3c
4. Na stronie 29 Autor pisze, że grupa badana stanowiąca pacjentki z nietrzymaniem moczu w 3 miesiące po porodzie, po sumowaniu grup wynosi 65 pacjentek, co stanowi inną liczbę niż opisywana grupa 63 pacjentek.
5. Na stronie 35 powtórzono dwa razy zdanie „W przypadku pęknięcia krocza ryzyko to zwiększa się prawie pięciokrotnie zaś w przypadku nacięcia ponad ośmiokrotnie”

Podsumowując uważam, że przedstawiona mi do oceny dysertacja lek. Tomasza Augustyniaka pt. „Ocena okołoporodowych czynników ryzyka nietrzymania mocz po porodzie ”, spełnia wymogi merytoryczne i formalne stawiane pracom na stopień doktora nauk medycznych określone w art. 187 ustawy z dnia 20 lipca 2018 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Uwagi nie zmieniają wartości rozprawy i mogę tym samym przedstawić wniosek Wysokiej Radzie Naukowej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie o dopuszczenie lekarza Tomasza Augustyniaka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. dr hab. n. med. Artur Jakimiuk

