



II Katedra Położnictwa i Ginekologii Warszawski Uniwersytet Medyczny Klinika Położnictwa i Ginekologii



ul. Karowa 2 00-315 Warszawa tel. 22-596-64-21 fax 22-596-64-87 klinika@szpitalkarowa.pl

Kierownik Katedry i Kliniki:

Prof. dr hab. med. Krzysztof Czajkowski

Warszawa, 16 listopada 2022 r.

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Anny Pilch „Wpływ zastosowania przezskórnej stymulacji nerwowo-mięśniowej na poziom bólu pooperacyjnego oraz na wczesne uruchamianie kobiet po cięciu cesarskim”. Praca powstała w Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierunkiem profesora dr hab. n med. Marka Klimka, promotor pomocniczy dr n med. Joanna Zyznawska.

Polska jest krajem o jednym z najwyższych odsetków cięć cesarskich na świecie. W ostatnich latach w Polsce prawie połowa kobiet jest rozwiązywana cięciem cesarskim. Przyczyny zjawiska są złożone. Z jednej strony daleko posunięta ostrożność położników i ginekologów prowadzi do łatwiejszego podejmowania decyzji o operacyjnym ukończeniu porodu. Z drugiej strony wiele kobiet obawia się powikłań okołoporodowych i ich negatywnego wpływu na dziecko. To sprawia, że aktywnie poszukują wskazań do cięcia cesarskiego. Od kilku lat tokofobia (obawa przed skurczami porodowymi), stanowi podstawowe wskazanie do planowych operacji. Znakomita większość psychiatrów wystawia tego typu zaświadczenie, nierzadko bez oglądania pacjentki. Poza tym, doniesienia medialne o rzadkich, ale realnych sytuacjach, w których w wyniku porodu drogami natury urodzono dziecko w stanie ciężkim z trwałymi urazami neurologicznymi, również sprzyjają wykonywaniu cięć cesarskich bez rzeczywistych wskazań medycznych. Niezależnie od przyczyny, duży odsetek cięć cesarskich powoduje konieczność zmiany podejścia do rekonwalescencji pooperacyjnej. Przedstawiony przez

mgr Annę Pilch doktorat wpisuje się w nurt badań dotyczących właściwego postępowania pooperacyjnego po przebytym cięciu cesarskim.

Na początku rozprawy umieszczono wykaz skrótów. Kolejno na stronach 7 i 8 przedstawiono streszczenie pracy, które już na wstępie pozwala zapoznać się pobieżnie z treścią rozprawy.

Wstęp poświęcono ogólnym zagadnieniom związanym z operacją cięcia cesarskiego i jego następstwami dla organizmu pacjentki. Na początku autorka omawia wskazania do zabiegu, a następnie historię ze szczególnym uwzględnieniem ewolucji technik operacyjnych. Współcześnie większość położników w Polsce wykonuje cięcia cesarskie metodą zbliżoną najbardziej do techniki Joel-Cohen. W niektórych regionach Polski, szczególnie we wschodniej części, jako technika prowadzenia zabiegu podawana jest metoda Misgav-Ladach, ale zgodnie z wiedzą recenzenta jako konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, rzeczywisty sposób ma niewiele wspólnego z techniką propagowaną przez dr Starka. Opisanie przez doktorantkę szczegółów poszczególnych technik w rozprawie jest jak najbardziej zasadne i ma związek z tematyką doktoratu. Sposób wykonywania operacji ma bezpośredni związek z przebiegiem pooperacyjnym. W podrozdziale 1.2 doktorantka omówiła następstwa zabiegu. Stres chirurgiczny i ból pooperacyjny w oczywisty sposób towarzyszą zabiegom wykonywanym w obrębie jamy brzusznej, choć w przypadku niepowikłanego cięcia cesarskiego ingerencja jest ograniczona,

co wpływa na obserwowane powikłania. Interesującą, ale też ryzykowną jest teza o

większym ryzyku wystąpienia depresji poporodowej przy operacyjnym ukończeniu ciąży. Populacja pacjentek rozwiązywanych w Polsce w znacznie większym stopniu dotyczy kobiet, które wręcz dążyły do takiego zakończenia ciąży. Dla uzyskania wiedzy dotyczącej Polski niezbędne jest przeprowadzenie odpowiednich badań populacyjnych. Jest również oczywiste, że nastrój po cięciu cesarskim będzie zależał od możliwości kontaktu z dzieckiem i rodziną. W części przypadków dziecko z przejściowymi zaburzeniami oddychania typowymi po cięciu cesarskim będzie obserwowane w oddziale noworodkowym. Jeśli cięcie wykonano z powodu zagrożenia płodu, szczególnie przed 37 tygodniem, to sama obecność powikłań u noworodka i oddzielenie od matki będą powodowały obniżenie nastroju i obawy. Wyniki ankiety w kierunku depresji ulegną zmianie. Kwestie uruchamiania po zabiegu zależą od znieczulenia i zwyczajów panujących w danym oddziale. Znaczenie mają Przyczyny organizacyjne takie jak: schemat leczenia przeciwbólowego w pierwszych dobach, moment wprowadzenia picia i jedzenia, wielkość Sali chorych (liczba pacjentek), dostępność toalety oraz czas, jaki upłynął od zabiegu i czas hospitalizacji. W ocenie recenzenta nie można uzależniać wyników badań w kierunku depresji jedynie od odczuwania bólu pooperacyjnego. Sama doktorantka zwraca uwagę na część tych zagadnień omawiając protokół ERAS. W podrozdziale 1.3 „Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie” doktorantka omawia szereg zagadnień związanych z rolą fizjoterapeuty w okresie połogu, ale warto pamiętać, że aby osiągnąć zamierzony efekt ćwiczenia powinny być prowadzone przynajmniej przez kilka tygodni, nie tylko w pierwszych dniach po zabiegu. Recenzent ma ogromny dystans do komplementarnych i alternatywnych metod terapii bólu, w tym w okresie pooperacyjnym. Wymienione przez doktorantkę metody typu aromaterapia, muzykoterapia itp. w zaślepionych randomizowanych badaniach nie wpływały w obiektywny sposób na dolegliwości bólowe, nawet jeśli pacjent i terapeuta mieli podobne preferencje do zapachów i muzyki. Oczywiście metody te mogą odwracać uwagę i działać u osób podatnych na sugestie. Recenzent, pracując wiele lat w zawodzie położnika miał okazję obserwować różne metody odwracania uwagi od bólu poprzez „odpowiednie” pozycje, oddychanie itp., ale jako osoba racjonalna ma głęboki dystans do ich skuteczności.

Ból po cięciu cesarskim może wynikać, zarówno z przeprowadzonej operacji brzusznej, jak i fizjologicznego procesu involucji macicy. Niezależnie od drogi i metody porodu skurcze macicy w pierwszych dniach połogu są bolesne, nasilają się przy karmieniu i są chyba jednym z nielicznych przykładów, gdy ból jest fizjologiczny i prowadzi do szybszej rekonwalescencji. Niezależnie od przyczyny sama idea zmniejszenia dolegliwości bólowych i dyskomfortu we wczesnym połogu oraz ograniczenie ilości przyjmowanych środków farmakologicznych jest cenną inicjatywą. Z tego powodu z wielkim zainteresowaniem recenzent zapoznał się z wynikami badań nad zastosowaniem TENS w ograniczaniu bólu po cięciu cesarskim. Przedstawiony cel pracy i hipotezy badawcze w pełni umożliwiają kompleksową ocenę przydatności metody TENS po cięciu cesarskim.

Dane służące do powstania recenzowanej rozprawy zostały przygotowane na podstawie prospektywnych badań łącznie 136 pacjentek podzielonych na trzy podgrupy. U 102 kobiet przeprowadzono instruktaż i ćwiczenia fizjoterapeutyczne, w tym u 52 badanych w 6 godzin po cięciu cesarskim dodatkowo zastosowano w czasie 40 minut jednorazowo zabieg przeszkórnej stymulacji nerwowo-mięśniowej, a u 50 nie. Grupę kontrolną w odniesieniu do przeszkolenia przez fizjoterapeutę i stosowania lub nie TENS stanowiły 34 pacjentki o standardowym postępowaniu pooperacyjnym. Pacjentki były proszone o ocenę dolegliwości po 6, 7, 12 i 24 godzinach od cięcia cesarskiego.

Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą programu STATISTICA 13. Zastosowane metody były adekwatne do potrzeb analiz statystycznych i rozkładu danych.

Zgodnie z przedstawionymi wynikami poziom bólu spoczynkowego w 6 godzinie po cięciu cesarskim był podobny. Niezależnie od zastosowania TENS w 7, 12 i 24 godzinie poziom bólu spoczynkowego po szkoleniu i ćwiczeniach fizjoterapeutycznych był niższy niż w grupie kontrolnej. Zastosowanie TENS nie wpływało na odczucia pacjentek (tabela 2). Ocena dolegliwości bólowych przy zmianie pozycji z leżącej na siedzącą wykazała niewielką, ale istotną przewagę zastosowania TENS i brak wpływu spotkania z fizjoterapeutą. Odczucia pacjentek podczas zmiany pozycji z siedzącej na stojącą wskazały na niewielką przewagę zaleceń fizjoterapeutycznych, bez znaczenia zastosowania TENS w porównaniu do grupy kontrolnej. Podobne tendencje obserwowano w odniesieniu do wyników oceny komfortu wg skali NRS i powrotu perystaltyki jelit. W oczywisty sposób, im więcej czynności opiekuńczych zaproponowano pacjentkom, tym bardziej były usatysfakcjonowane z opieki poporodowej (podrozdział 4.4 str 48-50). Podobne wyniki dotyczyły oceny depresji, ale w tym przypadku pewne „zaleganie afektu” u kobiet z grupy kontrolnej utrzymywało się także w 4-6 tygodni po cięciu cesarskim. Na uzyskane wyniki należy jednak patrzeć ostrożnie, ponieważ dane uzyskano jedynie od 37,5% badanych. Zdaniem recenzenta w tym miejscu brakuje danych dotyczących stanu zdrowia dziecka i laktacji w czasie ostatniego badania. Wymienione punkty (poza wynikiem punktacji Apgar) nie zostały uwzględnione w kryteriach włączenia i wyłączenia.

Dyskusja jest rzeczowa i świadczy o rozważnym i krytycznym podejściu doktorantki do zastosowanych metod, wyników własnych i danych z piśmiennictwa. Autorka znakomicie prowadzi dyskusję między własnymi wynikami, a tymi pochodzącymi z cytowanego piśmiennictwa. Recenzentowi, poza słowami uznania, pozostaje wyrazić nadzieję, że doktorantka opublikuje wyniki badań i będzie je kontynuowała.

Podsumowaniem przedstawionej rozprawy doktorskiej są 4 wnioski. Autorka we wniosku 2 i 3 podkreśla rolę zastosowania TENS, ale w ocenie recenzenta praca wykazała przede wszystkim, że znaczenie ma obecność fizjoterapeuty i jego zalecenia.

Załączone piśmiennictwo obejmuje 139 pozycji o tematyce związanej z zakresem prowadzonych badań. Do rozprawy dołączono również formularze ankiet i zalecenia wydawane przez fizjoterapeutę.

Po zapoznaniu się z rozprawą doktorską pani mgr Anny Pilch stwierdzam, że przedstawiona praca w pełni spełnia wymogi stawiane tego typu rozprawom. Rozprawa wprowadza nowe interesujące informacje dotyczące możliwości poprawy procesu opieki nad kobietami po cięciach cesarskich. Wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego o dopuszczenie jej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.


Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski