

Lek. Małgorzaty Niewiadomskiej – Kowalczyk

na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne
pt. **„Analiza porównawcza metod indukcji porodu w wybranych powikłaniach ciąży”**

Indukcja porodu zajmuje niezwykle ważne miejsce w nowoczesnym postępowaniu klinicznym we współczesnym położnictwie i perinatologii. W ostatnich latach częstość porodów indukowanych zwiększa się i wydaje się, że trend ten utrzyma się w przyszłości. Wynika to z wielu przyczyn, między innymi, z istotnych zmian w rekomendacjach polskich i światowych, w których zaleca się indukcję porodu w wybranych sytuacjach klinicznych ale przede wszystkim z ciągłego dążenia do zmniejszenia umieralności i zachorowalności matek oraz płodów i noworodków przy jednoczesnej próbie redukcji liczby cięć cesarskich. Fakty te nadają, przedstawionej mi do recenzji, rozprawie doktorskiej dodatkową wartość związaną z dużą aktualnością poruszanej tematyki.

Rozprawa doktorska lek. Małgorzaty Niewiadomskiej – Kowalczyk jest obszerną pracą, liczy 175 stron, jest podzielona na 6. rozdziałów oraz jest ilustrowana licznymi tabelami (42 tabele) i rycinami (25 rycin). Szczegółowy spis tabel i rycin ułatwia pracę nad tekstem. Układ pracy jest typowy dla przyjętych wymogów medycznych rozpraw doktorskich i zawiera wstęp, założenia i cel, materiał i metodykę, wyniki, dyskusję, wnioski, bibliografię. Praca opatrzona jest spisem treści, spisem tabel, rycin i wykresów, wykazem skrótów oraz streszczeniem w języku polskim i angielskim.

Wstęp jest bardzo interesujący pod względem merytorycznym i dobrze wprowadza czytelnika w tematykę rozprawy. Autorka ciekawie przedstawia w nim historyczne i aktualne dane na temat metod indukcji porodu oraz obecne wskazania do indukcji w świetle najnowszych danych z piśmiennictwa i rekomendacji.

Cele pracy określone zostały jasno w 8. głównych punktach i odpowiadają tytułowi pracy, której założeniem była kliniczna analiza porównawcza metod indukcji porodu w wybranych powikłaniach ciąży. **Wydaje mi się, że cele powinny być wypunktowane od 1. do 8. oraz wartym rozważenia jest dodanie celu dotyczącego skuteczności indukcji porodu, która jest bardzo ważna z punktu widzenia klinicznego.**

Materiał obejmuje 604. pacjentki z jednego ośrodka i jest wystarczający do szerokiej analizy klinicznej. Liczba pacjentek w poszczególnych grupach jest zbliżona.

Analiza miała charakter retrospektywny i obejmowała kliniczną ocenę porównawczą 3. sposobów indukcji porodu, w tym między innymi zależności między wyborem metody indukcji porodu a istniejącymi powikłaniami ciąży, przygotowaniem szyjki macicy a wyborem metody indukcji czy metodą indukcji porodu a częstością i wskazaniami do cięć cesarskich. Najważniejszymi zagadnieniami klinicznymi w tym zakresie wydają się bezpieczeństwo i skuteczność różnych metod indukcji co również zostało poddane analizie przez autorkę rozprawy aczkolwiek moim zdaniem aspekt skuteczności powinien być bardziej podkreślony i nieco szerzej potraktowany. Jednocześnie na uwagę w sensie pozytywnym zasługuje szerokość analizy klinicznej pacjentek poddanych indukcji porodu co może stanowić bardzo bogate źródło wiedzy położniczej zarówno dla lekarzy szkolących się, jak i doświadczonych specjalistów.

Kryteria włączenia i wyłączenia pacjentek z badania są dobrze i merytorycznie właściwie określone a poszczególne procedury indukcji porodu właściwie i wnikliwie opisane.

Wskazania i przeciwwskazania do prowadzonych procedur indukcji porodu za pomocą 3 analizowanych metod są dobrze opisane i są zgodne z wytycznymi i rekomendacjami obowiązującymi w okresie, który obejmował analizę. **W opisie wskazań do indukcji w punktach dotyczących FGR oraz nieprawidłowych przepływów naczyniowych sugerowałbym bardziej szczegółowy opis dotyczący braku i odwrócenia przepływu końcowo-rozkurczowego u płodu w tętnicy pępowinowej po, odpowiednio, 34 i 32 tygodniu ciąży, jako bezpośredniego wskazania do zakończenia ciąży. Jednocześnie zrezygnowałbym z informacji na temat DV u płodu bo to badanie nie jest wykorzystywane klinicznie w tygodniach ciąży, w których przeprowadza się indukcję.**

Wyniki są opracowane i przedstawione bardzo wnikliwie na 41. stronach oraz 38. tabelach i 25. rycinach dobrze obrazujących graficznie uzyskane wyniki.

Wyniki analizy są interesujące. W większości ugruntowują naszą wiedzę na temat bezpieczeństwa, skuteczności i doboru metody indukcji porodu w wybranych sytuacjach klinicznych jednocześnie dostarczają pewne nowe informacje na temat tego zagadnienia. Uzyskane wyniki potwierdzają przydatność oceny dojrzałości szyjki macicy z użyciem skali Bishopa w wyborze metody indukcji i potwierdzają, że zastosowanie oksytocyny przy dojrzałej szyjce macicy jest wysoce skuteczne i wiąże się z najmniejszym odsetkiem cięć cesarskich. Zastosowanie tej metody, podobnie jak i cewnika Foleya oraz oksytocyny, okazały się też wysoce skuteczne w aspekcie postępu porodu, skuteczniejsze niż zastosowanie prostaglandyn.

Interesujące są rezultaty wskazujące na objawy zagrożenia płodu jako najczęstsze wskazanie do cięcia cesarskiego we wszystkich analizowanych grupach co podkreśla z jednej strony konieczność zwracania szczególnej uwagi na bezpieczeństwo płodu w porodach indukowanych a jednocześnie potwierdza dużą skuteczność wszystkich metod indukcji w sensie postępu porodu.

W odniesieniu do wyboru metody indukcji porodu w różnych powikłaniach ciąży to mimo że autorka we wniosku podkreśla, że czynniki ryzyka przebiegu ciąży nie wpływają na wybór metody to wyniki wskazują, że prostaglandyny wybierane były istotnie częściej w grupie kobiet z cukrzycą niż w pozostałych grupach. Jest to ciekawa obserwacja, która może być konsekwencją mniejszej dojrzałości szyjki macicy w tej grupie kobiet, która może wynikać z wcześniejszego tygodnia ciąży w momencie indukcji lub co jest bardziej interesujące z charakterystyki klinicznej tych pacjentek w aspekcie dojrzałości szyjki.

W odniesieniu do zastosowania prostaglandyn ciekawa jest obserwacja o zwiększonej liczbie zakażeń połogowych w grupie kobiet indukowanych tą metodą a także wyższym odsetku niedotlenienia okołoporodowego u noworodków, których matki otrzymały prostaglandyny. W tym aspekcie należy też zwrócić uwagę na fakt, że cięcie cesarskie ze wskazań objawów zagrożenia płodu było wykonywane najczęściej w grupie ciąż powikłanych FGR, które są szczególnie narażone na niedotlenienie okołoporodowe.

Dobrym uzupełnieniem wyników byłaby tabela podsumowująca skuteczność poszczególnych metod indukcji wyrażona odsetkiem porodów drogą pochwową, której brakuje, moim zdaniem, w pracy.

W podsumowaniu pracy autorka formułuje 8 wniosków. Wnioski zasadniczo nie powinny być powtórzeniem wyników aczkolwiek w pewnym sensie muszą do nich nawiązywać. Moim zdaniem najważniejszym wnioskiem z pracy, który warto by dopisać jest fakt stwierdzenia w pracy dużej skuteczności wszystkich metod indukcji porodu oraz duże bezpieczeństwo stosowanych metod co czyni procedurę indukcji ważnym postępowaniem klinicznym pozwalającym na zmniejszenia odsetka powikłań oraz cięć cesarskich w ciążach wysokiego ryzyka. Drugim ważnym wnioskiem z pracy jest moim zdaniem ten, że szczególnej uwagi w podejmowaniu decyzji i nadzorze wymagają ciążę powikłane FGR, w tych przypadkach stosowanie cewnika Foleya i/lub ewentualnie oksytocyny wydaje się bezpieczniejsze niż indukcja przy użyciu prostaglandyn.

Piśmiennictwo jest obszerne, w tym zawiera wiele pozycji z ostatnich kilku lat. Bibliografia zredagowana jest jednolicie.

Rola recenzenta nakłada na mnie obowiązek wypunktowania uwag i nieścisłości, które przytaczam poniżej:

1. W spisie tabel na stronie 8 w opisie tabeli 7,8,25,27, 29,31 powinno być w skali Bishopa zamiast w skali Bishop
2. W wykazie stosowanych skrótów na stronie 16 widnieje drobny błąd w angielskim tłumaczeniu zespołu zaburzeń oddychania; powinno być respiratory distress syndrome
3. Na stronie 16 wskazane jest uzupełnienie w tekście (streszczenie), że odsetek pierworódek w badanej grupie wynoszący 56, 85 i 52,2% odnosi się odpowiednio do grupy 2 i 3. To samo dotyczy części po angielsku na stronie 21.
4. Na stronie 17 powinno być „hiperstymulacja dotyczyła”
5. Na stronie 45 wskazane użycie pojęcia „nadmierne wzrastanie płodu” zamiast hipertrofia
6. W tabeli 3 na stronie 46 należy wpisać jedynie 2 pkt za prawidłowy wynik każdego parametru w profilu biofizycznym płodu zamiast 1-2 ; nie przyznaje się 1 pkt w teście Manninga, tylko 0 lub 2 punkty.
7. Na stronie 46 skrót RI (resistance index) powinien być tłumaczony jako wskaźnik oporu analogicznie do wskaźnika pulsacji (PI)
8. Na stronie 47 wykreśliłbym „...zwiększenie prędkości przepływu krwi w tętnicy środkowej mózgu...” jako parametr zagrożenia niedotlenieniem , zastąpił bym to obniżeniem wskaźnika mózgowo-pępowinowego bo ma to ściślejszy związek z kontekstem klinicznym pracy ; pierwszy z parametrów wskazuje przede wszystkim na zagrożenie istotną niedokrwistością płodu. Na tej samej stronie zrezygnowałbym z informacji na temat DV u płodu bo to badanie nie jest wykorzystywane klinicznie w tygodniach ciąży, w których przeprowadza się indukcję, to samo dotyczy strony 78 i 79
9. Na stronie 48 do wartości dla AFI proszę dodać centymetry (cm)
10. Na stronie 50 i 84, bardziej aktualne jest używanie określenia nadciśnienie ciążowe zamiast nadciśnienia indukowanego ciążą
11. Na stronie 58 do wskazań pozapłożniczych do cięcia cesarskiego warto dodać wskazania okulistyczne
12. W przypadku tabel, jeśli rozkład danych jest nieparametryczny to wydaje mi się że wystarczy podać medianę z zakresem wartości, natomiast jeśli dana cecha ma rozkład normalny to średnia wydaje się wystarczająca
13. W tabeli 7 , dla cewnika i oksytocyny powinno być > 6 w punktacji w skali Bishopa

14. W tabeli 10 na stronie 105 podano, że 16 pacjentek miało cięcie cesarskie w wywiadzie. To oznacza że prostaglandyny zastosowano w materiale u pacjentek z przebytym cięciem cesarskim. Autorka w innym miejscu podaje słusznie że przebyte cięcie cesarskie było przeciwwskazaniem do stosowania prostaglandyn
15. W tabeli 28 A na stronie 128 wskazane byłoby, moim zdaniem, umieścić ogólny odsetek cięć cesarskich w poszczególnych badanych grupach. Z kolei w innym miejscu warto podać dane o odsetku porodów drogą pochwową w poszczególnych grupach bo mówi to najwięcej o skuteczności indukcji
16. Na stronie 131 autorka pisze ,że w badanych grupach , u noworodków, nie stwierdzono porażień splotu barkowego ani wylewów dokomorowych; jest to sprzeczne z danymi w tabeli 32 na stronie 132. Wydaje mi się, że lepiej używać pojęcia krwawienie zamiast wylew dokomorowy
17. Na stronie 142 użyto skrótu PIH/PPH . W wykazie skrótów nie ma skrótu PPH . Co on oznacza i czy wymaga tu zastosowania? W odniesieniu do nadciśnienia ciążowego zalecam używanie skrótu GH.

Mimo wypunktowanych wyżej nieścisłości pracę uważam za bardzo ciekawą, uzyskane wyniki za wartościowe a tematykę za bardzo znaczącą z punktu widzenia klinicznego. Doceniam duży wysiłek doktorantki w przygotowaniu tej rozprawy. Liczę na ciekawą dyskusję podczas jej obrony.

Rozprawa doktorska lekarz Małgorzaty Niewiadomskiej – Kowalczyk na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne pt. „Analiza porównawcza metod indukcji porodu w wybranych powikłaniach ciąży” spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U 2018 poz. 1668).

Niniejszym zwracam się do Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie lekarz Małgorzaty Niewiadomskiej – Kowalczyk do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Poznań 23.08.2026

Dr hab. n.med. Jakub Kornacki

