

Warszawa, 4.08.2026r.

dr hab. Katarzyna Kosińska-Kaczyńska, prof. CMKP
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie
Szpital Bielański ul. Ceglowska 80
01-809 Warszawa

**RECENZJA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ
Lek. Małgorzaty Niewiadomskiej-Kowalczyk**

**„ANALIZA PORÓWNAWCZA METOD INDUKCJI
PORODU W WYBRANYCH POWIKŁANIACH CIĄŻY”**

Promotor: prof. dr hab. n. med. Ewa Romejko-Wolniewicz
Promotor pomocniczy: dr. n. med. Aneta Malinowska-Polubiec

Przedłożona mi do recenzji praca doktorska lek. Małgorzaty Niewiadomskiej-Kowalczyk pt. „Analiza porównawcza metod indukcji porodu w wybranych powikłaniach ciąży” jest monografią, która powstała na podstawie przeprowadzonej przez Doktorantkę retrospektywnej analizy indukcji porodów w II Katedrze i Klinice Położnictwa, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Indukcja porodu jest jedną z najczęstszych interwencji we współczesnym położnictwie, a jej udział w ogólnej liczbie porodów systematycznie rośnie. Wybór metody ma znaczenie dla skuteczności procedury, czasu do porodu, ryzyka nadmiernej czynności skurczowej, sposobu ukończenia ciąży, powikłań matczynych oraz wczesnych wyników noworodkowych. Zagadnienie pozostaje aktualne szczególnie w ciążach powikłanych, w których decyzja o czasie i metodzie indukcji jest elementem bilansowania ryzyka kontynuacji ciąży i ryzyka interwencji.

Podjęty temat jest zatem zasadny klinicznie i ma wartość praktyczną. Oryginalny element rozprawy stanowi własna, wielokierunkowa analiza kohorty 604 pacjentek poddanych indukcji trzema stosowanymi w ośrodku schematami: dożylnym wlewem oksytocyny, preindukcją cewnikiem Foleya z następowym wlewem oksytocyny oraz doszyjkowym podaniem dinoprostonu w żelu. Nie jest to temat nowy w literaturze światowej, lecz przedstawione opracowanie stanowi oryginalną analizę materiału własnego i dokumentuje praktykę kliniczną jednego ośrodka w latach 2008-2016.

Rozprawa ma formę monografii i liczy 175 stron. Obejmuje streszczenia w językach polskim i angielskim, obszerny wstęp, założenia i cele pracy, rozdział dotyczący materiału i metodyki, wyniki, dyskusję, wnioski, piśmiennictwo oraz oświadczenie Komisji Bioetycznej. Wyniki zilustrowano 42 tabelami oraz 25 rycinami. Piśmiennictwo obejmuje 195 pozycji, w tym prace opublikowane do 2025 r. Układ pracy jest typowy dla rozprawy empirycznej i przejrzysty.

Wstęp stanowi szerokie kompendium dotyczące fizjologii czynności skurczowej i dojrzewania szyjki macicy, farmakologicznych i mechanicznych metod indukcji, wskazań, przeciwwskazań, powikłań oraz oceny skuteczności procedury. Autorka wykazuje dobrą orientację w zagadnieniu i znajomość zarówno klasycznych, jak i współczesnych źródeł. Szczególnie wartościowe jest uzupełnienie piśmiennictwa o metaanalizy, przeglądy Cochrane oraz publikacje dotyczące indukcji w ciążach powikłanych. W rozprawie ukończonej w 2026 r. warto byłoby wyraźniej oddzielić praktykę sprzed kilkunastu lat od współczesnych standardów. W monografii o tej tematyce znaczenie ma tu ewolucja wskazań do indukcji porodu, która miała miejsce w czasie objętym prowadzeniem badania. Moim zdaniem różnice w praktykach klinicznych, kryteriach rozpoznania poszczególnych patologii i w wskazaniach do wywołania porodu na przestrzeni tych lat i obecnie powinny zostać umówione we wstępie. Ciekawą hipotezą jest przyjęte przez Doktorantkę stwierdzenie, iż „maksymalną prędkość przepływu w tętnicy środkowej mózgu uznaje się za czulszy parametr oceny niedotlenienia płodu niż indeks pulsacji w tętnicy pępowinowej”. Wymaga ona jednej uzasadnienia, szczególnie w porównaniu do zastosowania indeksu pulsacji w tętnicy środkowej mózgu. Natomiast opisywane „pojawienie się cech pulsacji w przewodzie żylnym” jako patologicznego jest z pewnością błędem redakcyjnym, jako że prawidłowy przepływ krwi w tym naczyniu jest z natury pulsacyjny.

Doktorantka sformułowała osiem celów obejmujących związek czynników ryzyka z wyborem metody indukcji, wpływ dojrzałości szyjki na sposób porodu, zależność metody indukcji od częstości porodów zabiegowych i wskazań do cięcia cesarskiego, czas trwania porodu oraz powikłania matczyne i noworodkowe. Cele są zrozumiałe i odpowiadają klinicznemu zakresowi pracy.

Badaniem objęto 604 pacjentki spośród 5006 kobiet poddanych indukcji porodu w latach 2008-2016, co odpowiada 12,1% całej populacji kobiet indukowanych w analizowanym okresie. Kryteria włączenia i wyłączenia zostały przedstawione, a procedury kliniczne opisano szczegółowo. Analizę przeprowadzono na zanonimizowanych danych archiwalnych za zgodą dyrekcji szpitala. Do rozprawy dołączono oświadczenie Komisji Bioetycznej WUM nr AKBE/292/2024 z dnia 18 listopada 2024 r., zgodnie z którym projekt nie stanowi eksperymentu medycznego i nie wymaga opinii Komisji.

Najistotniejszym ograniczeniem metodologicznym jest brak jednoznacznego opisu sposobu wyłonienia 604 przypadków. W dyskusji pojawia się określenie "losowo wybrane pacjentki", lecz nie podano zasad wyboru. Odsetek włączonych do analizy przypadków zmienia się znacznie między latami, od ponad 30% w początkowym okresie do około 5-9% w latach późniejszych. Różnice te i sposób wyselekcjonowania włączonych do analizy przypadków wymagają wyjaśnienia, bez którego nie można wykluczyć selekcji dogodnościowej, a tym samym błędu selekcji.

Przydział pacjentki do zastosowanej metody indukcji porodu nie był losowy. Z opisu wynika, że zależał m.in. od punktacji w skali Bishopa, wyniku posiewu z kanału szyjki, przebytych operacji macicy i drożności szyjki. Analizowane grupy różniły się pod względem wieku kobiet, ich rodności czy częstości występowania cukrzycy. Jak podaje doktorantka „Na wybór metody indukcji miały wpływ: przygotowanie szyjki macicy do porodu wg skali Bishopa....” Do grupy indukowanej oksytocyną kwalifikowano pacjentki z nieprawidłowym wynikiem posiewu z kanału szyjki macicy, podczas gdy założenie cewnika Foleya i dinoprostonu wymagały posiewu prawidłowego. Heterogenność grup jest czynnikiem bezpośrednio związane zarówno z ekspozycją, jak i z wynikami porodu. Inne wyniki w grupie indukowanej oksytocyną mogą w znacznej części wynikać z większej dojrzałości szyjki i większego udziału wieloródek w tej grupie, a nie z przewagi samej metody. Takie elementy wymagają szerszej analizy i dyskusji.

Prezentacja wyników jest bogata. Liczne analizy dwuczynnikowe wieku, BMI i wywiadu położniczego zajmują dużą część rozdziału, natomiast kluczowe punkty końcowe nie otrzymały równie przejrzystej analizy skorygowanej. Wykazany niższy surowy odsetek cięć cesarskich w grupie indukowanej oksytocyną niż w grupach cewnika Foleya i dinoprostonu (9,5% vs 26,7% vs 20,2%) może być spowodowany różnicami w rodności i wieku kobiet w tych grupach, stwierdzonymi istotnymi różnicami w ocenie przygotowania szyjki macicy w skali Bishopa i wymaga szerszego komentarza. Bardzo ciekawą obserwacją jest stwierdzenie najwyższej częstości wykonywania cięć cesarskich ze względu na zagrażającą zamartwicę płodu w grupie indukowanej cewnikiem Foleya oraz wlewem oksytocynym, natomiast występowania hiperstymulacji macicy w grupie indukowanej prostaglandyną. Istotna byłaby próba wytłumaczenia zaobserwowanych różnic. Podobnie najniższa częstość występowania zakażenia wewnątrzmacicznego w grupie indukowanej oksytocyną, czyli w jedynej grupie, w której część pacjentek miała nieprawidłowy wynik posiewu z kanału szyjki macicy.

Na podkreślenie zasługuje szeroki zakres przeprowadzonych analiz, obejmujących nie tylko sposób ukończenia porodu, lecz także jego przebieg, powikłania matczyne oraz wczesne wyniki noworodkowe. Pomimo ograniczeń typowych dla badania retrospektywnego rozprawa dostarcza interesujących obserwacji klinicznych i pozwala sformułować wartościowe hipotezy wymagające weryfikacji w badaniach prospektywnych. Doktorantka wykazała umiejętność krytycznego odnoszenia wyników własnych do danych z piśmiennictwa oraz dostrzegania złożoności doboru metody indukcji w różnych sytuacjach położniczych. Zgromadzony materiał stanowi również cenną dokumentację praktyki klinicznej dużego ośrodka i może być punktem wyjścia do dalszych analiz.

W pracy występują niespójności wymagające wyjaśnienia na podstawie bazy źródłowej. Na przykład w tabeli 4 opis roku 2016 podaje 2074 indukcje i 3,9% włączeń, podczas gdy tabela zawiera 900 indukcji i 9,1% włączeń. Takie błędy powstają zwykle podczas przepisywania surowych danych do manuskryptu, wymagają jednak wprowadzenia poprawek. Szczegółnej korekty wymaga część neonatologiczna. W rozdziale 4.8.2 podano 12 zakażeń wewnątrzmacicznych u noworodków, natomiast tabela 39 przedstawia 29 zakażeń w rozkładzie 5, 7 i 17. Takie rozbieżności wymagają komentarza Doktorantki. Kryterium rozpoznania niedotlenienia okołoporodowego według ACOG i AAP jest głęboka kwasica metaboliczna/mieszana stwierdzana we krwi pobranej z tętnicy pępowinowej u noworodka z niską punktacją według skali Apgar w 5ej i następnych minutach życia, zaburzeniami

neurologicznymi (np. drgawki, śpiączka, hipotonia) lub niewydolnością wielonarządową. W analizowanym materiale niedotlenienie okołoporodowe było rozpoznawane na podstawie obniżonej punktacji w 1 lub 5 minucie życia lub nieprawidłowej gazometrii z krwi pępowinowej. Rozpoznano je u 18 noworodków. Autorka zaznacza jednak, że żaden noworodek nie wymagał hipotermii i wszystkie dzieci wypisano w stanie dobrym. W monografii nie przedstawiono jednak danych dotyczących gazometrii krwi pępowinowej ani oceny neurologicznej noworodków, a ich zależność od poszczególnych metod indukcji porodu byłaby bardzo ciekawa a aspekcie tematyki pracy.

Dyskusja jest obszerna, odnosi wyniki własne do licznych badań i pokazuje dobrą znajomość klinicznego kontekstu. Autorka trafnie zauważa heterogeniczność protokołów indukcji oraz zależność wyników od populacji, rodności i stanu szyjki macicy. W części poświęconej cewnikowi Foleya, dinoprostonowi, zakażeniom i wynikom noworodkowym wykorzystano nowsze przeglądy systematyczne i metaanalizy.

W dyskusji brakuje jednak wyodrębnionej sekcji ograniczeń badania. Dyskusja nie komentuje wystarczająco wpływu sposobu doboru próby, nierandomizowanego wyboru metody czy zmian praktyki klinicznej w czasie prowadzenia badania.

Doktorantka przedstawia 8 wniosków z przeprowadzonego badania. Wnioski zasadniczo odpowiadają celom, ale mają charakter powtórzenia uzyskanych wyników. Pomimo tytułu rozprawy przedstawione analizy nie pozwalają określić optymalnej metody indukcji dla pacjentek z poszczególnymi powikłaniami ciąży.

Język rozprawy jest komunikatywny i fachowy, wymaga niewielkiej korekty redakcyjnej. Występują literówki, błędy interpunkcyjne czy niejednolity zapis wartości p. Piśmiennictwo jest obszerne i w znacznej części aktualne, lecz pojawiają się pozycje zdublowane, jak np. 4 i 68, 44 i 130 czy 71 i 135. Są to uchybienia możliwe do poprawienia, lecz przed publikacją wyników powinny zostać usunięte.

Rozprawa lek. Małgorzaty Niewiadomskiej-Kowalczyk dotyczy ważnego problemu naukowego i klinicznego. Autorka zgromadziła duży materiał własny, szczegółowo opisała procedury, przeprowadziła rozbudowaną analizę oraz odniosła wyniki do obszernego piśmiennictwa. Praca potwierdza szeroką wiedzę teoretyczną Kandydatki w zakresie położnictwa i umiejętność samodzielnego opracowania projektu retrospektywnego. Praca potwierdza samodzielność Doktorantki w zgromadzeniu, uporządkowaniu i wielokierunkowej analizie rozległego materiału klinicznego. Materiał z lat 2008-2016 ma dziś przede wszystkim wartość historyczno-obszerną. Warto byłoby wskazać, które obserwacje zachowują pełną aktualność w 2026 r.

Po całościowej ocenie stwierdzam, że rozprawa doktorska lek. Małgorzaty Niewiadomskiej-Kowalczyk pt. "Analiza porównawcza metod indukcji porodu w wybranych powikłaniach ciąży" spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668)". Wnoszę do Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie Doktorantki do publicznej obrony rozprawy doktorskiej.

Z wyrazami szacunku