

Recepcja porządkuje
wniosek o nadzwyczajne

UNIERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE
WARSZAWSKIEGO UNIERSYTETU MEDYCZNEGO

Dziecięcy Szpital Kliniczny
im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie

ODDZIAŁ KLINICZNY POŁOŻNICTWA, PERINATOLOGII I
GINEKOLOGII

Prodziekan
Wydziału Lekarskiego
ds. Nauki

prof. dr hab. Małgorzata Pawłowska



Warszawa, 04.06.2023

dr hab. n. med. Przemysław Kosiński
Klinika Położnictwa, Perinatologii i Ginekologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny

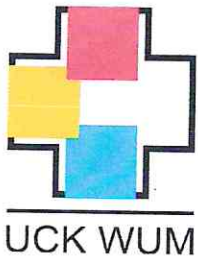
Ocena rozprawy doktorskiej lek. Agaty Stawskiej:

„Preindukcja porodu z zastosowaniem cewnika Foley'a oraz systemu dopochwowego Misodel”

W medycynie matczyno- płodowej znanych jest wiele sytuacji, gdy kontynuowanie ciąży może w znacznym stopniu zagrażać zarówno matce, jak i dziecku. Celem położnika jest bez wątpienia uzyskanie maksymalnej dojrzałości płodu. Niemniej jednak w sytuacji, gdy spodziewana korzyść z porodu jest większa – należy rozważyć indukcję porodu. Zespół Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników wyszczególnił szereg klasycznych wskazań medycznych do indukcji porodu, na przykład: ciążę po ukończonym 41 tygodniu, przedwczesne odpływanie płynu owodniowego > 37 tygodnia ciąży, hipotrofia płodu, cukrzyca ciężarnych, nadciśnienie tętnicze, stan przedrzucawkowy oraz cholestaza ciężarnych. W tych oraz w wielu innych sytuacjach, niezbędne jest zaplanowanie preindukcji i indukcji porodu oraz wybór najlepszej, najbezpieczniejszej i najskuteczniejszej metody.

Niestety pomimo ogromnego postępu w medycynie, farmakologii i technologii – nie opisano dotychczas idealnej metody indukcji porodu. Imponujące są współczesne metody diagnostyki prenatalnej, niski odsetek umieralności okołoporodowej w krajach rozwiniętych, czy operacje wewnątrzmaciczne. Jednocześnie brak idealnej metody podstawowej procedury w położnictwie, jaką jest indukcja porodu, bez wątpienia może prowadzić do rozczarowania i pojawienia się potrzeby wyznaczania nowych kierunków badań w tym temacie.

Wobec aktualnej i istotnej z klinicznego punktu widzenia tematyki, jaką w szerokim pojęciu stanowi preindukcja oraz indukcja porodu, badania przeprowadzone przez lek. Agatę Stawską ciekawie wpisują się w dotychczasowe opracowania w tej dziedzinie oraz posiadają ciekawą wartość poznawczą.



UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
Dziecięcy Szpital Kliniczny
im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie



ODDZIAŁ KLINICZNY POŁOŻNICTWA, PERINATOLOGII I
GINEKOLOGII

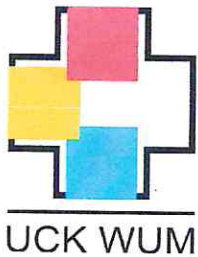
Doktorantka jasno wyodrębniła cel swojej Dysertacji i określiła go jako porównanie dwóch metod preindukcji porodu: cewnika Foley'a oraz systemu dopochwowego Misodel, a w szczególności:

1. Ocena warunków położniczych oraz wskazań do przeprowadzenia preindukcji.
2. Ocena przebiegu preindukcji porodu oraz porodu po zastosowaniu wybranych metod preindukcji.
3. Analiza wskazań do cięcia cesarskiego.
4. Analiza śródporodowego zapisu KTG.
5. Ocena stanu noworodka oraz jego masy urodzeniowej.

Rozprawa doktorska lek Agaty Stawskiej ma układ typowy dla tego rodzaju opracowań. Składa się na nią 96 stron tekstu, 28 tabel i 40 rycin. Rozprawa napisana jest jasno, pod względem redakcyjnym nie budzi zastrzeżeń.

We „Wstępie” Autorka przedstawia w sposób zrozumiały i szczegółowy zagadnienia związane z historią indukcji porodu, które wydały mi się szczególnie ciekawe z punktu widzenia historii medycyny. Opisane są także współczesne metody indukcji porodu oraz omówiona została skala Bishopa. Szczególnie ważny element tej części Dysertacji stanowi dokładne wyjaśnienie mechanizmów działania poszczególnych metod preindukcji porodu. Dokładne omówienie tych mechanizmów pozwala na zrozumienie sposobu działania poszczególnych metod oraz stanowi doskonały wstęp teoretyczny dla dalszych rozważań i analiz.

Kolejny rozdział to „Cel pracy”, w którym Doktorantka postawiła sobie pięć celów, których wymowa jest jasna i konkretna, a konstrukcja prawidłowa. Niemniej jednak w moim odczuciu zabrakło najważniejszego celu, jakim jest porównanie skuteczności dwóch badanych przez Doktorantkę metod preindukcji porodu. W dalszych częściach pracy doktorskiej lek. Agata Stawska przedstawia uzyskane przez siebie dane, które odpowiadają także na to pytanie. Domyślam się także, że ów cel Doktorantka zawarła pośrednio w celu numer dwa: „Ocena przebiegu preindukcji porodu oraz porodu po zastosowaniu wybranych metod preindukcji.



**UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

Dziecięcy Szpital Kliniczny
im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie

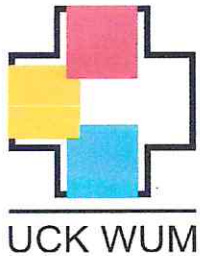


ODDZIAŁ KLINICZNY POŁOŻNICTWA, PERINATOLOGII I
GINEKOLOGII

Materiał pracy obejmuje grupę 116 pacjentek przebywających w Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej na Oddziale Patologii Ciąży w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. J. Bizuela w Bydgoszczy w latach 2018-2020, u których zastosowano preindukcję porodu z wykorzystaniem cewnika Foley'a lub systemu dopochwowego Misodel. U 56 pacjentek zastosowano preindukcję z użyciem cewnika Foley'a (grupa Foley), natomiast u 60 pacjentek zastosowano system dopochwowy Misodel (grupa Misodel). Obie grupy podzielono dodatkowo na grupę pierwiastek i wieloródek. Kryteria włączenia do badania, jak i wyłączenia z niego, zostały prawidłowo określone. Prawidłowo opisano również metody, jakie zastosowano w trakcie badania. Opisanie zostały także metody statystyczne, które zostały użyte w trakcie prowadzenia analizy uzyskanych wyników.

W rozdziale pt. „Analiza wyników” Autorka analizowała szereg parametrów w obydwu grupach badanych, między innymi: dane demograficzne (wiek, BMI, rodność), analiza wskazań do preindukcji, przyczyny zakończenia preindukcji, czy czas od zastosowania danej metody preindukcji do porodu. Każdy z analizowanych parametrów został opisany i zilustrowany graficznie w oddzielnym podrozdziale, dzięki czemu udało się Doktorantce w sposób przejrzysty uporządkować uzyskane wyniki. Warto podkreślić, że zarówno opisowa, jak i graficzna forma przedstawienia wyników nie budzą wątpliwości recenzenta i w pełni korespondują z postawionymi uprzednio celami pracy.

W rozdziale pt. „Dyskusja” Autorka komentuje uzyskane przez siebie wyniki i próbuje analitycznie się do nich odnieść. Bardzo mnie ucieszył fakt, że Doktorantka postanowiła szczegółowo skomentować uzyskane przez siebie wyniki dotyczące BMI pacjentek. Kobiety z prawidłowym BMI stanowiły bowiem zaledwie 18% wszystkich badanych. U 32% pacjentek w badanej grupie stwierdzono otyłość I stopnia. Nadwagę stwierdzono u 31%. Ma to niebagatelne znaczenie w kontakcie przewidywanych powikłań położniczych oraz przebiegu samej ciąży. Uważam, że tak niepokojące dane powinny zmotywować środowisko położników do promocji normalnego, zdrowego trybu życia w czasie ciąży oraz zachęcania zdrowych ciężarnych pacjentek do ruchu. Niestety, model opieki położniczej w Polsce przyzwyczaił pacjentki do rezygnacji z aktywności zawodowej już od pierwszych tygodni ciąży, za czym nie idzie wykorzystanie wolnego czasu na aktywność fizyczną. W obliczu epidemii otyłości oraz coraz lepszej znajomości i zrozumienia zjawiska programowania epigenetycznego, należy uznać ten problem za jeden z najważniejszych w opiece nad kobietą ciężarną. W uzyskanych przez Doktorantkę danych wyższy średni BMI odnotowano w grupie pacjentek z Misodelem – 31,26, przy średniej 29,16 w grupie pacjentek z cewnikiem Foley'a.



**UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**
Dziecięcy Szpital Kliniczny
im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie



ODDZIAŁ KLINICZNY POŁOŻNICTWA, PERINATOLOGII I
GINEKOLOGII

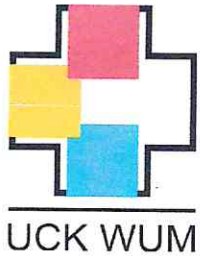
To także wskazuje na fakt mniejszej dojrzałości części pochwowej u pacjentek z wyższym BMI – stąd kwalifikacja do Misodelu. Bardzo liczę na dalszy rozwój naukowy Doktorantki oraz na jej zainteresowanie tematem otyłości u ciężarnych i powikłań ciąży - jakże szerokim i interesującym z punktu widzenia naukowego.

Bardzo ważnym aspektem analizowanym przez Doktorantkę jest ocena skuteczności obydwu metod preindukcji porodu. Lekarka Agata Stawska oceniała czy zastosowanie Misodelu wpływa na skrócenie czasu trwania porodu w porównaniu do preindukcji metodą mechaniczną cewnikiem Foley'a. W związku z wpływem mizoprostolu na kurczliwość mięśnia macicy, zmniejsza się konieczność stosowania oksytocyny w trakcie indukcji porodu. Oksytocynę otrzymało 89,3% pacjentek po preindukcji cewnikiem Foley'a, oraz 55% pacjentek po zastosowaniu Misodelu. Znamienne szybciej dochodziło także do odpłynięcia płynu owodniowego po zastosowaniu mizoprostolu (15h w grupie preindukowanej Mizodelem oraz 25h w grupie preindukowanej cewnikiem Foley'a). Są to niewątpliwie ważne różnice, które Doktorantka wzięła pod uwagę jako wnioski ze swoich obserwacji. Rozdział pt. „Dyskusja” niezbicie świadczy o dojrzałości naukowej Doktorantki, która z pełną swobodą konfrontuje uzyskane przez siebie wyniki z danymi z literatury światowej.

Podsumowując, niewątpliwym atutem niniejszej pracy są wnioski płynące z obserwacji własnych Doktorantki, które mogą mieć wpływ na postępowanie kliniczne oraz selekcję pacjentek do mechanicznej lub farmakologicznej preindukcji porodu. Bez wątpienia ważne jest stwierdzenie braku znamienych różnic w odsetku porodów zakończonych cięciem cesarskim oraz liczbą krwotoków, czy znacznych różnic w stanie noworodka bezpośrednio po porodzie.

Lekarka Agata Stawska sformułowała trzy wnioski końcowe ze swoich rozważań:

1. Misodel jest metodą preindukcji, która prowadzi do porodu zdecydowanie szybciej niż cewnik Foley'a. Przy użyciu prostaglandyny preindukcja porodu ulega znacznemu skróceniu. Szybciej dochodzi do przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego.
2. Misodel nie zwiększa istotnie ryzyka powikłań w trakcie preindukcji i indukcji porodu, a ryzyko ukończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego jest zbliżone dla obu metod.



**UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**
Dziecięcy Szpital Kliniczny
im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie



**ODDZIAŁ KLINICZNY POŁOŻNICTWA, PERINATOLOGII I
GINEKOLOGII**

3. Użycie Misodelu może wiązać się z nieznacznie podwyższonym ryzykiem urodzenia noworodka z niższym pH krwi pępowinowej.

Sformułowane wnioski są jasne i wynikają z przeprowadzonych przez Doktorantkę badań i analiz.

Piśmiennictwo, cytowane w ocenianej rozprawie, zostało starannie i właściwie dobrane; jest bogate i reprezentatywne. Obejmuje ono 64 pozycje, w tym wiele prac autorów polskich, co bez wątpienia zasługuje na uwagę.

Moje ogólne wrażenie po przeczytaniu pracy jest bardzo dobre. Temat jest niezwykle ciekawy, a uzyskane przez Autorkę wyniki na wskroś interesujące i przydatne nie tylko z naukowego, ale i z klinicznego punktu widzenia. Praca jest także staranna pod względem edytorskim – ma jasny i przejrzysty układ, a odpowiednio skonstruowane wykresy i tabele w istotny sposób pomagają zrozumieć niełatwe niekiedy rozważania i liczne dane statystyczne.

Niemniej jednak, przed ostatecznym ogłoszeniem pracy drukiem sugerowałbym dokonanie starannej korekty językowej, celem wyeliminowania niektórych niezbyt fortunnych sformułowań oraz nielicznych błędów interpunkcyjnych. Nie ma potrzeby wprowadzania skrótów „m.” – mięśnia (1.1 Historia indukcji porodu) – chyba, że Autorka zdecyduje się dopisać ten skrót do „Spisu skrótów”. Ponadto należy poprawić sformułowanie „szyjowo-maciczny” na „szyjkowo-maciczny” (1.4. Współczesne metody preindukcji i indukcji porodu) oraz słowo „zamrażalce” na „zamrażarce” (3.2. Metodyka). Chciałbym jednak dobitnie zaznaczyć, że są to jedynie drobne i konstruktywne uwagi, poczynione przeze mnie z obowiązku wnikliwego recenzenta.

Rozprawa doktorska spełnia wszystkie warunki określone w art.187 ustawy z dnia 20.07.2018 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz.U. z 2021 poz. 478). Dlatego też, biorąc pod uwagę wysoką wartość merytoryczną rozprawy doktorskiej lek. Agaty Stawskiej wnoszę do Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy o dopuszczenie lekarz Agaty Stawskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego i o jej wyróżnienie.