

Prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski

Łódź, 27 kwietnia 2024 roku

Kierownik Kliniki Położnictwa i Perinatologii

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik Bloku Porodowego Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki

93 – 545 Łódź, ul. Rzgowska 281 / 289

Recenzja

**rozprawy doktorskiej lek. Anny Maliszewskiej „ Predyktory skutecznej indukcji
porodu – analiza wieloczynnikowa ”.**

Indukcja porodu to jeden z najczęściej wykonywanych zabiegów w położnictwie. Ma na celu zakończenie ciąży drogami natury. Nie zawsze indukcja jest skuteczna i wtedy ciąża kończy się cięciem cesarskim. Do oceny prawdopodobieństwa powodzenia indukcji służy ocena dojrzałości szyjki macicy. Im szyjka macicy jest bardziej dojrzała tym prawdopodobieństwo skuteczności indukcji porodu jest większe. Od lat do oceny dojrzałości szyjki macicy stosuje się skalę Bishopa z jej nielicznymi odmianami.

Zdarza się, że istnieją wskazania do ukończenia ciąży lecz dojrzałość szyjki macicy wskazuje, że indukcja porodu będzie nieskuteczna. Od lat stosuje się, w takich przypadkach, zabieg nazwany preindukcją mającą na celu nie tyle wywołanie skurczów macicy ale przede wszystkim spowodować gotowość szyjki macicy do porodu.

Wskazań do zakończenia ciąży przez wywołanie skurczów macicy zanim poród rozpocznie się w sposób naturalny jest wiele. Najczęściej to ciąża po terminie porodu,

czy przenoszona, cukrzyca ciążowa, nadciśnienie tętnicze krwi czy podejrzenie infekcji wewnątrzmacicznej. Indukcje porodu wykonuje się również w ciążach niedonoszonych głównie ze względu na choroby kobiety ciężarnej. Wskazaniem może być również choroba płodu czy podejrzenie dyskomfortu płodu.

Decyzja o zastosowaniu indukcji porodu jest równocześnie decyzja o zakończeniu ciąży. Zatem niepowodzenie indukcji powinno skutkować zastosowaniem innego sposobu zakończenia ciąży. Dlatego niezwykle ważnym jest ocenienie czy indukcja porodu będzie miała szanse powodzenia czy będzie tylko stratą czasu.

Indukcja porodu jest tylko określeniem konieczności zakończenia ciąży. Sposobów dokonania tego zabiegów jest wiele. Głównie stosuje się metody farmakologiczne.

Doktorantka, we wstępie, opisuje wszystkie stosowane metody indukcji porodu ich dotychczas opisywane zalety i wady. Dużą część analizy poświęca preindukcji i wskazaniom do jej zastosowania. Sam wstęp jest ciekawą monografią problemu.

Celami pracy było:

1. Określenie, od czego zależy powodzenie indukcji porodu:
 - jaki wpływ mają wskazania, rodność, wiek, BMI, płeć płodu na przebieg indukcji porodu;
 - czy na przebieg indukcji porodu wpływa zastosowana metoda preindukcji lub indukcji.
2. Stwierdzenie, czy któryś z parametrów ocenianych w skali Bishopa ma większą wartość predykcyjną dla skutecznej indukcji porodu.
3. Ocena, czy inne skale dojrzałości szyjki macicy do porodu są użyteczne w codziennej praktyce klinicznej

Rozprawa ma układ standardowego, 94 - ro stronicowego, wydruku komputerowego. Składa się z 6 - ciu rozdziałów: wstęp, cel pracy, materiał i metody, wyniki, dyskusja i wnioski.

Badaniami objęto 214 ciężarnych hospitalizowanych w Oddziale Ginekologii i Położnictwa Szpitala Solec w Warszawie w 2019 roku u których zastosowano indukcję porodu. Doktorantka uznała indukcję za skuteczną, jeśli poród odbył się drogami natury.

Do preindukcji porodu stosowano cewnik Foleya, dinoproston w postaci żelu (Prepidil) i dopochwowego systemu terapeutycznego (Cervidil) oraz mizoprostol w postaci dopochwowego systemu terapeutycznego (Misodel).

Do indukcji porodu stosowano roztwór oksytocyny, amniotomię oraz jednocześnie oksytocynę i amniotomię.

Wskazaniami do indukcji porodu była ciąża po terminie porodu, cukrzyca ciążowa, słabe odczuwanie ruchów płodu, obumarcie wewnątrzmaciczne płodu, małopłytkowość, przedwczesne odpływanie płynu owodniowego, ciąża powikłana nadciśnieniem tętniczym, duża masa płodu oraz cholestaza.

Doktorantka wykorzystała 134 pozycje nowoczesnego piśmiennictwa prawidłowo dobranego, wykorzystanego we wstępie i w dyskusji.

Ciekawie poprowadzona dyskusja. Autorka porównała wyniki swoich badań z danymi literaturowymi nie unikając poruszania zagadnień, które nie znalazły poparcia w literaturze.

Na podstawie przeprowadzonej analizy Doktorantka zaprezentowała sześć wniosków, które w pełni odpowiadają na postawione cele:

1. Czynniki warunkującymi skuteczny przebieg indukcji porodu są: wielorództwo, dojrzała szyjka macicy, indukcja oksytocyną oraz wskazania do indukcji obejmujące cukrzycę w ciąży, przedwczesne odpływanie płynu owodniowego, podejrzenie dużej masy płodu i słabsze odczuwanie ruchów płodu.
2. Predyktorami nieskutecznej indukcji porodu są: pierwszy poród, otyłość i wiek rodzącej ≥ 30 lat, jeśli jest pierworódką, masa płodu > 3500 g. zastosowanie dinoprostonu w preindukcji porodu i indukcja prostaglandynami oraz wskazania do indukcji obejmujące ciążę po terminie i nadciśnienie tętnicze w ciąży.

3. Płeć płodu nie wpływa na wynik indukcji porodu.
4. Najistotniejsze znaczenie kliniczne, spośród parametrów ocenianych w skali Bishopa ma stopień zgładzenia szyjki macicy. Dlatego skale dojrzałości szyjki macicy, uwzględniające mniej komponentów, w tym uproszczona skala Bishopa wg. Laughon, są przydatne w praktyce klinicznej.
5. Na podstawie przeprowadzonego badania nad preindukcją porodu nie ma potrzeby oceniać rozwarcia szyjki macicy. Z kolei przed indukcją porodu nie jest istotne zaawansowanie głowy płodu w kanale rodny.
6. Z udanym przebiegiem indukcji porodu silniej korelują parametry skali Bishopa oceniane przed preindukcją. Jeśli szyjka macicy jest dojrzała i nie wymaga preindukcji, indukcja porodu jest skuteczna w najwyższym odsetku. Osobnicza dojrzałość szyjki, nie wymagająca preindukcji, jest silnym predyktorem skutecznej indukcji porodu.

Gratuluję Panu Promotorom rozprawy dr hab. n. med. Barbarze Joannie Bałan i dr n. med. i n. o zdr. i Marcie Stelmasiak oraz doktorantce lekarz Annie Maliszewskiej podjęcia próby wyjaśnienia problemu powszechnego, słabo wyjaśnionego i który dotyczy bardzo dużej grupy ciężarnych i płodów. Autorka nie ustrzegła się drobnych błędów literowych, które nie mają znaczenia dla oceny pracy.

Najciekawszym dla mnie i mającym duże znaczenie praktyczne w pracy na sali porodowej jest wniosek 2 „predyktorami nieskutecznej indukcji porodu są: pierwszy poród, otyłość i wiek rodzącej ≥ 30 lat, jeśli jest pierworódką, masa płodu > 3500 g. zastosowanie dinoprostonu w preindukcji porodu i indukcja prostaglandynami oraz wskazania do indukcji obejmujące ciążę po terminie i nadciśnienie tętnicze w ciąży.”.

Podsumowując całość rozprawy stwierdzam, że praca doktorska lekarz Anny Maliszewskiej, powstała pod kierunkiem dr hab. n. med. Barbary Joanny Bałan i dr n. med. i n. o zdr. i Marty Stelmasiak, to oryginalne podejście do istniejącego od lat problemu naukowego, ciągle stanowiącego problem kliniczny. Doktorantka wykazała

się odpowiednią wiedzą teoretyczną i praktyczną w dziedzinie perinatologii oraz umiejętnością samodzielnego prowadzenia badań naukowych. Recenzowana rozprawa doktorska jest oryginalnym rozwiązaniem, precyzyjnie sformułowanego problemu naukowego.

Rozprawa doktorska lekarz Anny Maliszewskiej spełnia warunki określone w art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm.) w związku z art. 179 ust. 1 Ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (dz. U. z 2018 r. poz. 1669 z późn. zm.).

Pozwalam sobie zatem złożyć wniosek, do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie rozprawy do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Ze względu na bardzo dobrą realizację projektu badania, często dostrzeganego ale nie rozpracowanego problemu medycznego oraz praktyczne znaczenie wyników rozprawy proponuję rozprawę wyróżnić.