

prof. dr hab. med. Przemysław Rutkowski
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego
Katedra Pielęgniarstwa
Gdański Uniwersytet Medyczny

**OCENA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ LEK. BOGNY KWELLA ZATYTUŁOWANEJ
„ANALIZA CZYNNIKÓW RYZYKA SERCOWO-NACZYNIOWEGO U KOBIET Z
PRZEBYTYM STANEM PRZEDRZUCAWKOWYM”**

Nadciśnienie tętnicze w przebiegu ciąży jest powikłaniem stosunkowo częstym, występującym u około 5–10% ciężarnych. Choroby przebiegające z podwyższonym ciśnieniem u kobiet w okresie ciąży często wiążą się z groźnymi powikłaniami ze zgonem łącznie. Dodatkowo są przyczyną przedwczesnych porodów i powikłań u noworodków. W Polsce rocznie występuje u około 30 tysięcy kobiet. Kobiety z nadciśnieniem indukowanym ciążą lub stanem przedrzucawkowym cechuje podwyższone ryzyko nadciśnienia tętniczego i udaru mózgu w późniejszym okresie życia. Ponadto, wykazano podwyższone ryzyko choroby niedokrwiennej serca u kobiet ze stanem przedrzucawkowym lub izolowanym opóźnieniem rozwoju śródmacicznego płodu wraz z podwyższoną śmiertelnością z powodu choroby niedokrwiennej. Na przebiegu ostatnich dekad zmienia się klasyfikacja i kryteria rozpoznania nadciśnienia tętniczego zarówno w populacji ogólnej jak i u kobiet w ciąży. Do tego dochodzą zmiany w dotyczące rozpoznania stanu przedrzucawkowego. W związku z tym podjęcie tematu związanego z powikłaniami nadciśnienia występującego w ciąży uważam za bardzo ciekawe, ważne i potrzebne.

Przedstawiona mi do oceny dysertacja ma typowy dla rozprawy doktorskiej układ. Praca napisana jest starannie z użyciem poprawnej polszczyzny.

Rozprawę rozpoczyna **Objaśnienie skrótów** znacznie ułatwiające lekturę całości pracy. Warto spis ten uzupełnić o brakujące skrótów: USA, PLT, pro-CNP, CNP i pro-BNP. Po nim następuje **Spis treści** i liczący 28 stron **Wstęp**. W tym rozbudowanym rozdziale w interesujący sposób, przedstawiona została epidemiologia, definicja i klasyfikacja stanu przedrzucawkowego oraz nadciśnienia tętniczego w ciąży. Nie zabrakło omówienia różnic w klasyfikacjach w zależności od roku ich powstania. Tabele zawarte w tym rozdziale pozwalają na łatwe porównanie istotnych różnic w tych klasyfikacjach. W kolejnych podrozdziałach w sposób przystępny omówione zostały czynniki ryzyka rozwoju stanu przedrzucawkowego. Warte podkreślenia i szerszego propagowania są szczególnie informacje o tych czynnikach, które możemy modyfikować. Na szczególne podkreślenie zasługują podrozdziały dotyczące zaburzeń mechanizmów regulacji ciśnienia w stanie przedrzucawkowym omówiony szczegółowo na poziomie receptorowym oraz informacje o czynnikach ryzyka i sposobach prewencji obu omawianych patologii. Szeroki zakres

przedstawionych w tym rozdziale wiadomości dobrze świadczy o wiedzy Doktorantki oraz umiejętności przedstawienia różnych wiadomości w ciekawy sposób.

Cele pracy zostały przedstawione w czterech punktach na kolejnej stronie pracy.

Metodyka omówiona została na następnych siedmiu stronach. W sposób drobiazgowy została zaprezentowana charakterystyka grupy badanej, omówiony protokół badania, przegląd użytych w pracy metod analitycznych, a także badań obrazowych. Tu z czystej ciekawości mam pytanie czy USG tętnic szyjnych wykonywane było przez jedną osobę czy też nie. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę właściwej Komisji Bioetycznej. Ostatni podrozdział zawiera przegląd metod statystycznych stosowanych przy realizacji projektu badawczego, które zostały odpowiednio dobrane.

Wyniki zaprezentowano na 64 stronach w postaci 123 tabel i 7 rycin. Sposób przedstawienia niezwykle szerokiego materiału wyników jest zadowalający i czytelny, a komentarze pisemne stanowią dobry dodatek do wspomnianych form prezentacji danych. Może część wyników (z podziałem na podgrupy) wyglądałoby lepiej w postaci rycin, ale to osobiste odczucie recenzenta. Interesujące są wyniki pomiarów ciśnienia tętniczego, znacząco niższe u kobiet z grupy kontrolnej, natomiast u osób z nadciśnieniem tętniczym rozpoznany przed ciążą zarówno dane z wywiadu jak i pomiary w trakcie badania pokazały, że kontrola ciśnienia tętniczego nie była i nadal nie jest optymalna. Potwierdziły to również dane z 24-godzinnego monitorowania ciśnienia tętniczego. Ważnym elementem pracy jest ocena funkcji nerek. Nieco zaskakujący jest fakt, iż pacjentki z nadciśnieniem indukowanym ciążą miały najwyższy eGFR nawet w porównaniu do grupy kontrolnej. Przy analizie licznych wyników zastanowiły mnie pewne różnice dotyczące prezentacji tych samych danych grupy kontrolnej w różnych tabelach. Według mnie dane w postaci średniej, mediany i odchylenia standardowego w grupie kontrolnej przy analizie tych samych parametrów nie powinny się różnić – przykłady: tabela 49 i 50 średnia wartość BSA 1,8 i 1,7; tabela 53 i 54 mediana 76 i 104; tabela 55 i 56 mediana i średnia; tabela 57 i 58 wartość %; tabela 66, 67, 68, 69. Proszę o informację na temat źródła tych różnic.

Dyskusja obejmuje kolejne 27 stron pracy. Rozdział ten podzielony został na podrozdziały zgodne z omawianymi wynikami co ułatwia czytanie i wyciąganie wniosków. W rozdziale tym Autorka szeroko omawia uzyskane wyniki i konfrontuje z dostępnymi danymi z piśmiennictwa. Podobnie jak przy okazji lektury wstępu, Autorka udowadnia, że opanowała wiedzę na wybrany przez siebie temat. Ciekawa jest konfrontacja danych literaturowych z badaniami Doktorantki dotycząca ryzyka nawrotu stanu przedrzucawkowego w kolejnej ciąży jak również liczby kobiet deklarujących palenie tytoniu. Ważnym elementem poznawczym jest ocena ładunku ciśnienia tętniczego, który był znacznie wyższy u kobiet z przebyłym stanem przedrzucawkowym,

a danych literaturowych na ten temat dotąd nie było. Cały rozdział czyta się z zainteresowaniem, dyskutowane prace są dobrane trafnie a dojrzałość naukowa Doktorantki wyraża się dodatkowo w umiejętności krytycznego podejścia do sposobu zbierania danych pochodzących z ankiety.

Wnioski w liczbie siedem, są naturalną konsekwencją przeprowadzonej w poprzednim rozdziale analizy wyników oraz stanowią odpowiedź na pytania stawiane przy określeniu celu pracy. Szczególnie ważne są spostrzeżenia dotyczące konieczności monitorowania kobiet, u których w ciąży wystąpiło nadciśnienie tętnicze z sugestią bardziej niż wnioskiem aby działania te rozpoczynać nie później niż 5 lat od wystąpienia powikłania.

Po wnioskach następują **Streszczenia** w języku polskim (9 stron) i angielskim (7 stron), które w sposób syntetyczny i zrozumiały informują o treści pracy. Kolejną część stanowi **Spis tabel i rycin** z podaniem odnośnych stron co ułatwia poszukiwania.

Ostatnia część rozprawy to **Piśmiennictwo**, które zawiera 199 pozycji dotyczących omawianych zagadnień. Jest ono dobrze dobrane i adekwatnie cytowane. Zwraca uwagę uwzględnienie przez Autorkę aktualnych doniesień, 89 pozycji opublikowano w ostatnich dziesięciu latach oraz zachowanie odpowiednich proporcji pomiędzy publikacjami zagranicznymi a piśmiennictwem krajowym.

Wymienione wcześniej nieliczne uwagi nie umniejszają wartości merytorycznej i poznawczej ocenianej pracy. Uważam, że podjęcie tego ważnego tematu stanowi wstęp do badań na znacznie większej populacji, dzięki czemu można będzie uzyskać informacje pomocne w identyfikacji czynników ryzyka i wczesnej profilaktyce powikłań sercowo-naczyniowych u kobiet z przebyłym stanem przedzrutowym. Przedstawiona do recenzji praca spełnia wszystkie wymagania ustawowe zgodnie z artykułem 13 ustawy z dnia 14.03.2003 o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz artykułem 1 ustawy z dnia 27.04.2017 o zmianie ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz niektórych innych ustaw. Wnoszę zatem do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie o dopuszczenie lek. Bogny Kwella do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

prof. dr hab. Przemysław Rutkowski



