



UNIwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
KATEDRA GINEKOLOGII

KLINIKA GINEKOLOGII

ul. Polna 33
60-535 Poznań

tel. 061 8419-490;
e-mail: kgo.sekretariat@gpsk.ump.edu.pl

Prof. zw. dr hab. med. Stefan Sajdak

Poznań, dn. 17.04.2026r.

Rada Naukowa
Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”
ul. Rzgowska 281/289
93-338 Łódź

Recenzja pracy doktorskiej

lek. Klaudii Radziejewskiej

pt. „Analiza wpływu analgezji zewnątrzoponowej na przebieg, czas trwania i sposób zakończenia porodu drogami natury”.

Dążenie do uśmierzenia bólu porodowego wiąże się z postępowaniem dokonywanym w anestezjologii z uwarunkowaniami dotyczącymi niekorzystnego wpływu anestetyków na stan bezpośrednio po porodzie noworodka. Już w latach 50-tych dziewiętnastego stulecia wykazano niekorzystny wpływ anestetyków przechodzących przez łożysko do płodu. Pierwsze próby znieczulenia regionalnego, blokady rdzenia, pozbawione wyłączenia funkcji motorycznych wykonali chirurdzy w roku 1885. Były to początki znieczulenia zewnątrzoponowego, które z powodzeniem w położnictwie zastosował w roku 1909 Stoeckel, przy użyciu prokainy. Obecnie stosowane znieczulenie zewnątrzoponowe, z dostępu lędźwiowego jest technicznie prostsze do wykonania i wymaga stosowania znacznie mniejszych dawek analgetyków. Ponadto, pozwala na zachowanie funkcji motorycznych dolnej połowy ciała, co jest istotne w przebiegu porodu.

Ból związany z porodem jest przykrą komponentą szczęśliwego aktu powstawania nowego życia. Jest to jedno z najbardziej bolesnych przeżyć, które może pozostawić trwałą uraz psychiczny u kobiety. Dlatego też są podejmowane próby łagodzenia bólu okołoporodowego. Niefarmakologiczne próby łagodzenia bólu okołoporodowego takie jak masaże, immersja wodna, muzyko- i aromaterapia, ćwiczenia porodowe na piłce, akupresura i akupunktura mimo tego, że mogą być relaksujące nie są skuteczne.

Ponadto, bardzo istotne jest uzyskiwanie skutecznej analgezji przy pełnym zachowaniu świadomości rodzącej, co posiada korzystny wpływ na rozwój relacji uczuciowych. Obecnie znieczulenie zewnątrzoponowe jest najbardziej efektywną i najbezpieczniejszą formą znieczulenia bólu okołoporodowego. Obecnie zalecane jest szerokie stosowanie tego rodzaju analgezji.

Dlatego uważam podjęcie tematu badawczego rozprawy doktorskiej za istotne i przydatne z utylitarne powodu.

Przedstawiona do oceny dysertacja doktorska posiada układ klasyczny i składa się ze wstępu, metodologii badań, wyników badań, dyskusji, oraz wniosków. Ponadto, Autorka zamieściła w dysertacji streszczenie polsko- i anglojęzyczne. Proporcja rozdziałów jest dobrana właściwie.

Wstęp stanowi doskonale studium historii rozwoju analgezji w chirurgii, jak też położnictwie. Autorka, ponadto omawia szczegółowo wskazania, jak też przeciwwskazania do znieczulenia zewnątrzoponowego, wskazując też na możliwe powikłania, jak też sposoby podawania leku i stosowane dawki najczęściej używanych substancji analgetycznych. Na szczególną uwagę zasługuje podrozdział, w którym Autorka omawia możliwy wpływ analgezji na sam przebieg porodu i sposób jego ukończenia, jak też wpływ na stan płodu i noworodka.

Cel pracy sformułowany został właściwie i obejmował ocenę wpływu znieczulenia zewnątrzoponowego na przebieg porodu drogami natury z uwzględnieniem czasu trwania porodu, jego zakończenia oraz skuteczności działań analgetycznych, W realizacji założonego celu zastosowano aż 10 hipotez badawczych.

Materiał obejmował ocenę retrospektywną analiz dokumentacji w dwóch grupach 1027 rodzących w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Na prowadzenie powyższych badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Analizowany materiał jest znaczący ilościowo i całkowicie wystarczający do zrealizowania założonych celów badawczych. Kryteria zarówno włączenia, jak też

wykluczenia z grupy kontrolnej, jak też badanej są zaplanowane właściwie. Wobec zastosowania powyższego wykluczono 64 ciężarne z dalszej analizy.

Zastosowane metody statystyczne obejmowały test Shapiro-Wilka uzupełniony o analizę histogramów, oraz test Manna-Whitneya i Wilcoxon, i test niezależności chi kwadrat i Fishera. W celu oceny wpływu czynników na czas trwania porodu zastosowano analizę regresji liniowej. Zastosowane metody oceny badań statystycznych są, zatem bardzo nowoczesne i zapewniają pozyskanie wiarygodnych wyników badawczych.

W rozdziale wyniki Autorka zamieściła charakterystykę badanej próby uwzględniając wiek, masę, wzrost, oraz BMI pacjentek. Kolejno również rodność, czas trwania ciąży oraz co ciekawe miesiąc kalendarzowy, w którym odbył się poród. Ponadto, Autorka przeanalizowała wystąpienie chorób związanych z ciążą, oraz indukcję porodu i stopień rozwarcia szyjki w momencie rozpoczęcia analgezji. Istotna w odniesieniu do skuteczności znieczulenia była również ocena wysokości wkłucia cewnika analgetycznego, oraz ilości całkowitej podanej dawki ropiwakainy / poród.

Analiza wyników wykazała, że średni czas trwania porodu w grupie badanej był dłuższy niż kontrolnej o 170 minut tj. 64%. W II okresie porodu czas był dwukrotnie dłuższy. Analiza wykazała istotny związek 6 zmiennych wpływających na długość trwania porodu. Wykazano, że podanie fentanylu, bez względu na dawkę skróciło czas trwania porodu o około 51 minut. Indukcja porodu cewnikiem Foleya zredukowała czas porodu o 45 minut. U wieloródek czas porodu był krótszy o około 100 minut.

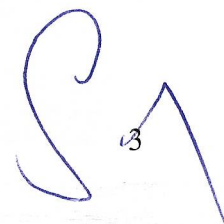
Umieszczenie cewnika zewnątrzoponowego na poziomie L1-L2 oraz L2-L3 skutkowało skróceniem II okresu porodu o około 13 minut.

Nie stwierdzono wpływu położenia – wysokości cewnika na wystąpienie nadciśnienia ciążowego. Analiza sposobu ukończenia ciąży wykazała w grupie badanej wyraźnie niższą ilość porodów drogą pochwową, oraz znacznie częstsze wykonywanie w tej grupie cięć cesarskich, oraz wyciągaczy próżniowych i kleszczy.

Bardzo istotne są wyniki oceniające ryzyko zagrożenia płodu, stanowiące wskazanie do ukończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego. Ryzyko było 4-krotnie większe u pierwiastek oraz 6-krotnie wyższe u rodzących po uprzednim cięciu cesarskim.

Każdy dodatkowy 1mg ropiwakainy zwiększał ryzyko cięcia cesarskiego o ponad 1%, oraz BMI wyższe zmniejszało ryzyko cięcia cesarskiego o 5% na każdą jednostkę BMI.

Ocena stanu noworodka w grupie badanej mieściła się w zakresie 7-10, a w grupie kontrolnej w zakresie 4-10 pkt. wg Apgar.



Rozdział Dyskusja jest dojrzałym opracowaniem świadczącym o merytorycznym przygotowaniu i dobrym warsztacie naukowym Autorki.

Autorka stwierdza, że analgezja zewnątrzoponowa jest „złotym standardem” w farmakologii analgezji porodu. W opracowaniach oceniających ten sposób analgezji znaleźć można różne dane dotyczące skutków tego „złotego standardu”. Podkreśla to jednoznacznie wartość opracowania dysertacyjnego dla wyjaśnienia bezpieczeństwa tej metody.

Wykazane wydłużenie czasu trwania porodu – jego poszczególnych okresów znajduje częściowe potwierdzenie u innych autorów, którzy wykazali również wydłużenie całkowitego czasu porodu, lecz nie wykazali wydłużenia II okresu porodu.

Badania Anim-Somuah z 2018 roku potwierdzają wyniki Autorki o wydłużeniu porodu, szczególnie II okresu. Jest to zgodne z badaniami Thorpa (z 1993 roku), który wykazał 2-krotne wydłużenie II okresu porodu.

Dostępne są również doniesienia wyłącznie dotyczące I okresu porodu. Autorka analizując powyższe słusznie zauważa, że rozbieżne dane mogą być modulowane przez inne czynniki kliniczne. Doktorantka wykazała, że rodność stanowi istotny czynnik determinujący czas trwania porodu.

Autorka słusznie zauważa, że wydłużony czas trwania porodu zwiększa ryzyko zarówno dla rodzącej, jak też płodu. Dlatego, analgezja zewnątrzoponowa może wpływać na częstość takich powikłań.

Za bardzo istotne należy uznać dywagacje Autorki dotyczące dostosowanego ilościowo dawkowania ropiwakainy uwzględniającego dynamikę postępującego porodu. Autorka formułuje bardzo istotną konkluzję o wartości progowej przekroczenie której wiąże się z koniecznością zabiegowego ukończenia porodu.

Analiza porodów z dodaniem fentanylu do ropiwakainy wykazała skrócenie czasu trwania całego porodu o ponad 50 minut. Jest to zgodne z częścią piśmiennictwa. Genc wskazuje jednak, że prowadzi to do wydłużenia II okresu porodu, czego Autorka nie stwierdziła. Różnice te, tłumaczyć można odmiennym profilem farmakologicznym analgetyków (bupiwakaina).

Za istotne klinicznie uznać należy rozważania dotyczące dawkowania środków analgetycznych. Wg Autorki za minimalną analgetyczną dawkę ropiwakainy uznać należy 3,64mg/metr wzrostu. Zwiększanie dawek osłabiać może czynność tłoczni brzusznej rodzącej. Autorka słusznie zauważa, że stosowanie niższych wartości może skutecznie znieczulać poród równocześnie nie zwiększając ilości porodów instrumentalnych.

Ocena wpływu stosowanej analgezji nie wykazała negatywnego jej wpływu na stan noworodka i jest to zgodne z danymi literaturowymi.

Na podstawie przeprowadzonych badań oraz przeprowadzonej dyskusji z danymi dostępnymi w piśmiennictwie Autorka sformułowała aż 12 wniosków, z których za najistotniejsze uznać należy wnioski 9, 11 i 12.

Pozostałe wnioski aczkolwiek istotne klinicznie nie są wynikiem implikacji wynikającej z przeprowadzonych badań, lecz są podsumowaniem wyników, bardzo istotnych klinicznie lecz nieistotnych dla wartości rozprawy doktorskiej, którą oceniam bardzo wysoko.

Praca zawiera również Aneks, który omawia szczegółowo dane dotyczące przeprowadzonej analizy statystycznej, stanowiące dobre studium poznawcze dla przeprowadzenia obliczeń statystycznych. Tak dokładna i precyzyjna analiza, oraz korelacja parametrów statystycznych z danymi klinicznymi mogłaby stanowić podstawę rozprawy doktorskiej ze statystyki medycznej.

Pracę kończy zestawienie piśmiennictwa właściwie cytowanego, zarówno polsko- jak też anglojęzycznego, z uznawanych periodyków.

Praca napisana jest bezbłędnym językiem, wzorowa edytorsko. Zaopatrzona jest w 42 tabelki oraz 10 rycin, które ułatwiają czytelnikowi szybką i dokładną percepcję. Pracę czyta się bardzo przyjemnie.

Z obowiązku recenzenta starałem się znaleźć uchybienia. Nie używałbym określenia wagi ciała. Waga jest przyrządem mierniczym dla określenia masy. Prawdą jest, że obecnie w języku powszechnym chyba przyjęte już jest określenie waga, jak również wiek ciążowy a nie czas trwania ciąży.

W rozdziale Bibliografia znalazłem pozycję bez podania daty, oraz ujednoliciłbym edytorsko rozdział. Raz są tytuły dużymi literami a w większości małymi. Zrezygnowałbym ponadto z pozycji z ubiegłego wieku, całkowicie bez szkody dla wysokiej jakości rozprawy doktorskiej, może za wyjątkiem pozycji 51 Bishop E., z szacunku dla twórcy historycznej skali.

Powyższe, niewielkie uchybienia w żadnej mierze nie umniejszają wartości dysertacji doktorskiej, którą oceniam bardzo wysoko, i która moim zdaniem jest wartościową pozycją dydaktyczną dla lekarzy zajmujących się porodem, i to zarówno położników, jak też anestezjologów.

Rozprawa doktorska lek. Klaudii Radziejewskiej odpowiada wymaganiom określonym w art. 187 Ustawy z 20 lipca 1018r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 1571 z późn.zm.

Jednocześnie wnioskuję o wyróżnienie rozprawy. Motywuję to faktem rzetelnego, na dużym materiale opracowania wartości prowadzenia znieczulenia zewnątrzoponowego z uwzględnieniem przydatności, oraz bezpieczeństwa stosowanych procedur. Za szczególnie istotne w powyższym uważam określenie ryzyka położniczego podczas znieczulenia – wydłużenie II okresu porodu, mogące skutkować urodzeniem noworodka w gorszym stanie klinicznym. Doktorantka wykazała, że znacznie mniejsze dawki analgetyku u większości rodzących wykazują wystarczające działanie analgetyczne. Średnia dawka ropiwakainy wynosiła zaledwie 29 mg/metr wzrostu przy opisywanych wartościach maksymalnych ponad 136mg.

Z poważaniem



Prof. dr hab. Stefan SAJDAK
specjalista w położnictwie,
ginekologii i onkologii ginekologicznej;
tel. 0601 775 904