

*dr hab. n. med. MICHAŁ GACA
specjalista w anestezjologii i intensywnej terapii
oraz w medycynie ratunkowej
emerytowany profesor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
oraz Collegium Medicum Uniwersytetu Medycznego w Zielonej Górze*

Poznań, 5 maja 2026 roku

RECENZJA

rozprawy na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne lek. Klaudii Radziejewskiej
pt. „Analiza wpływu analgezji zewnątrzoponowej na przebieg, czas trwania i sposób zakończenia porodu drogami natury” z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Duży postęp, jaki dokonał się w anestezjologii położniczej na przestrzeni ostatnich lat, jest związany z wprowadzeniem do praktyki klinicznej unowocześnionych technik znieczulenia i analgezji oraz nowych środków farmakologicznych. Sprzyja on znacznemu zwiększeniu bezpieczeństwa znieczulenia w odniesieniu zarówno do matki jak i dziecka. Mimo to wiele kwestii pozostaje nadal źródłem kontrowersji. Wybór rodzaju znieczulenia uwarunkowany jest współpracą z rodzącą, jej stanem fizycznym i psychicznym oraz wyposażeniem stanowiska porodowego. Nadto środki znieczulenia porodu spełniać muszą dwa podstawowe kryteria: nie powinny działać depresyjnie na układ krążenia i oddechowy matki i płodu oraz nie powinny hamować postępu porodu. Trzeba również przyjąć za kanon zasadę, że decyzję o wyborze sposobu analgezji rodzącej podejmuje specjalista położnik w porozumieniu wszakże ze specjalistą anestezjologiem i oczywiście rodzącą pacjentką.

Znieczulenie przewodowe jest najbardziej efektywnym sposobem łagodzenia bólu porodowego, co podkreśla sama lekarka Radziejewska w kilku miejscach swojej niewątpliwie bardzo dobrej rozprawy doktorskiej. Najpopularniejszym obecnie sposobem przewodowej analgezji porodu jest ciągła analgeza zewnątrzoponowa, co również zauważa opiniowana, ale, moim zdaniem, niestety nie we wszystkich ośrodkach położniczych w naszym kraju.

Na XXI Międzynarodowym Zjeździe Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, we wrześniu 2024 roku w sesji poświęconej bezpieczeństwu rodzącej postulowałem by wprowadzić zasadę, aby na 30 dni przed wyliczonym terminem porodu skierować ciężarną do szpitala, gdzie planowany jest poród w celu: określenia dobrostanu ciężarnej i płodu,

określenia prawdopodobnych powikłań porodu, określenia postępowania podczas porodu (np. *preferencje ciężarnej między in. co do analgezji porodu*), określenia preferencji co do stopnia referencyjności szpitala gdzie ma odbyć się poród oraz założenia dokumentacji zawierającej dane medyczne pacjentki. Było by to zadanie dla lekarza sprawującego nadzór nad ciężarną przed porodem. Nie jest to żadne *novum*, bo takie rozwiązania wprowadzono już w kilku krajach europejskich. Mam wrażenie graniczące z pewnością, po ponad dwudziestoletnim kierowaniu oddziałem anestezjologii w jednym z największych szpitali ginekologiczno-położniczych w Polsce, że zbyt wiele dyskutuje się nad organizacją analgezji rodzącej nie biorąc jednak pod uwagę problemów bezpieczeństwa analgezji podczas porodu a w szczególności bezpieczeństwa analgezji przewodowej podczas porodu.

Konkludując nie ma tylu anestezjologów aby do każdej znieczulanej rodzącej był de-sygnowany osobny anestezjolog dostępny przez cały czas porodu. Rozwiązaniem może być przyjęcie zasady, że anestezjolog wykonuje znieczulenie i pozostaje do dyspozycji (przywołania) w wypadku powikłań. Specjalnie przeszkolona położna pozostaje z rodzącą i prowadzi monitoring parametrów życiowych (w tym bólu) i przebiegu porodu. Prowadzący poród specjalista położnik przejmuje od anestezjologa „sterowanie” znieczuleniem i nadzór w warunkach porodu medykaliowanego. Nie powinno być tu problemu, jako że położnicy mają w ramach swojej specjalizacji, moim zdaniem zbyt krótki jednak, staż z anestezjologii, ale nie wszędzie to jednak działa poprawnie.

Stąd uważam, że niezbędne jest przyjęcie nowych zasad postępowania a nie „wygładzanie” dotychczas przyjętych zaleceń, których jestem również współautorem. Niezbędny jest, moim zdaniem, konsensus przedstawicieli: Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii a także odpowiednich nadzorów krajowych Ginekologii i Położnictwa, Neonatologii i Anestezjologii i Intensywnej Terapii a może również przedstawicieli „płatnika” by uzgodnić optymalne zasady postępowania w analgezji rodzących a *recenzowana rozprawa doktorska może stanowić ważny przyczynek do stanowiska położników w tych gremiach.*

Stąd uważam, że Autorka słusznie podjęła się opracowania naukowego, które jest uzasadnione zarówno z poznawczego punktu widzenia jak i praktyki medycznej. Szczególnie wartościowe są te części pracy, które wnoszą unikalne i istotne wartości poznawcze dotyczące skutków ciągłej analgezji zewnątrzoponowej przede wszystkim w przebiegu porodu.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska lek. Klaudii Radziejewskiej pt. „Analiza wpływu analgezji zewnątrzoponowej na przebieg, czas trwania i sposób za-kończenia porodu drogami natury” z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi jest starannie zredagowanym i oprawionym wydrukiem komputerowym.

Dysertacja ta liczy 150 stron tekstu, zawiera: 43 tabele i 10 rycin we właściwy sposób obrazujących przedstawiane zagadnienia. Literatura jest nowoczesna i została dobrana prawidłowo, świadczy również o dobrym znawstwie przedmiotu. Piśmiennictwo liczy 106 pozycji, jest wystarczająco nowoczesne i umieszczane w pracy według kolejności następowania odwołania. Jest to sposób cytowania używany obecnie często i moim zdaniem jest znacznie łatwiejszy w wyszukiwaniu pozycji piśmienniczych.

Układ pracy można nazwać konwencjonalnym, powszechnie przyjętym w dysertacjach doktorskich z dziedziny medycyny. Zawiera, bowiem za spisem treści:

- Wykaz zastosowanych skrótów
- Wstęp
- Metodologię badania własnego, i w tym
 - Cel i hipotezy badawcze
 - Materiał i metody badania
 - Kryteria włączenia do badanej próby
 - Zmienne badawcze
 - Narzędzia badawcze
 - Metody statystyczne
- Wyniki badania własnego,
i w tym mojej ocenie ze względu na moje kompetencje anestezjologa, będą podlegały jedynie:
 - Wysokość położenia cewnika do podaży leków analgezji zewnątrzoponowej
 - Całkowita zastosowana dawka ropiwakainy
 - Całkowita zastosowana dawka ropiwakainy w przeliczeniu na wzrost pacjentki
 - Techniki podaży znieczulenia zewnątrzoponowego
 - Czynniki wpływające na zakończenie ciąży przy pomocy kleszczy położniczych u kobiet rodzących w warunkach analgezji zewnątrzoponowej
 - Czynniki wpływające na zakończenie ciąży drogą cięcia cesarskiego ogółem u kobiet rodzących w warunkach analgezji zewnątrz oponowej.
 - Wpływ parametrów analgezji zewnątrzoponowej na sposób zakończenia porodu
 - Wpływ zastosowania indukcji porodu i analgezji zewnątrzoponowej na sposób zakończenia porodu
 - Wpływ analgezji zewnątrzoponowej na noworodka i dalej następują,

- Dyskusja
- Wnioski
- Streszczenie
- Aneks
- Spis tabel
- Spis rycin
- Bibliografia

Wstęp pracy oceniam bardzo pozytywnie. Mimo, że dość obszerny zawiera jednak niezbędne treści potrzebne w zrozumieniu zagadnienia i istoty łagodzenia bólu porodowego. Z wielką przyjemnością a także wyrażając pochwałę dla dr Radziejewskiej znajduję w tej części pracy sformułowania „łagodzenie bólu porodowego” oraz „analgezia przewodowa”. Chcę podkreślić, wagę nie tylko nazewnictwa, ale przede wszystkim poprawność merytoryczną, bowiem nie dążymy do zniesienia bólu porodowego a czynimy ten ból „akceptowalnym” no i po drugie posługiwanie się określeniem znieczulenie przewodowe, w tym zewnątrzoponowe, sugeruje przypisanie wszystkich cech znieczulenia czyli anestezja i analgezia oraz zniesienie odruchów a chodzi jedynie o złagodzenie bólu.

Proponując już bardzo dawno wytyczne PTaIT Pani prof. Ewa Mayzner-Zawadzka i współautorzy, na których wysiłki powołuje się autorka, przy określeniu wskazań do łagodzenia bólu porodowego przez analgezię zewnątrzoponową mieli na względzie to, że jedynym wskazaniem jest ból porodowy określając za to bardzo szczegółowo przeciwwskazania. Wytyczne wg NHS of the UK w Polsce będzie trzeba jednak przedyskutować.

Zamieszczone w pracy **sposoby i techniki podawania leku** (podrozdział 2.6.5.) oceniam pozytywnie, świadczą one bowiem o znawstwie przedmiotu autorki pracy.

Cel i hipotezy badawcze są ciekawe z poznawczego punktu widzenia, zrozumiałe i prawidłowo sformułowane. Wszystkie je oceniam pozytywnie. I znów muszę zastrzec się, że ze względu na kompetencje mogę ocenić jedynie niektóre co będzie miało odzwierciedlenie również w ocenie wniosków:

- Zastosowanie analgezji zewnątrzoponowej istotnie wydłuża całkowity czas trwania porodu w porównaniu z pacjentkami rodzącymi drogami natury bez zastosowania analgezji zewnątrzoponowej.
- Wyższy wiek ciężarnej w dniu porodu stanowi czynnik sprzyjający wydłużeniu drugiego okresu porodu u kobiet rodzących w analgezji zewnątrzoponowej.

- Dodanie opioidów (np. fentanylu) do ropiwakainy w analgezji zewnątrzoponowej modyfikuje całkowity czas trwania porodu.
- Większy stopień rozwarcia szyjki macicy w momencie rozpoczęcia analgezji zewnątrzoponowej zmniejsza prawdopodobieństwo zakończenia porodu drogą cięcia cesarskiego.
- Przebyte cięcie cesarskie w wywiadzie zwiększa ryzyko ponownego zakończenia porodu drogą cięcia cesarskiego, także wśród pacjentek rodzących w analgezji zewnątrzoponowej.
- Współistnienie chorób takich jak cukrzyca ciążowa i nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą istotnie wpływa na przebieg i czas trwania porodu u rodzących w analgezji zewnątrzoponowej.
- Zastosowanie analgezji zewnątrzoponowej nie wpływa na sposób zakończenia ani czas trwania porodu u pacjentek z BMI ≥ 30 kg/m².
- Zastosowanie analgezji zewnątrzoponowej nie wpływa istotnie na stan zdrowia noworodków oceniany na podstawie punktacji Apgar w 1. i 5. minucie życia, pH krwi pępowinowej oraz częstości kierowania noworodków do oddziału intensywnej terapii.

Materiał: Badania przeprowadzono retrospektywnie analizując 1027 danych pacjentek. Do analizy zakwalifikowano ostatecznie 963 ciężarne w tym, 748 u których zastosowano analgezję zewnątrzoponową a 215 ciężarnych, u których analgezji zewnątrzoponowej nie wykonano, stanowiło grupę kontrolną.

Na uwagę zasługuje fakt sporządzenia kryteriów włączenia oraz wyłączenia do badanych grup, które są określone jasno i ze znanstwem technologii badań klinicznych.

Narzędzia badawcze uważam za właściwe i dobrze dobrane. Co istotne, zostały one w pracy opisane z uwzględnieniem szczegółów analizowanego protokołu badań.

Wiarygodność uzyskanych wyników potwierdza, niezwykle staranna i ze znanstwem dobrana **analiza statystyczna**.

Bardzo korzystne wrażenie robi **podrozdział 3.3. Uwagi terminologiczne i metodologiczne**. W istotny sposób, bowiem ułatwia przyswojenie, niełatwego jednak, materiału ocenianej dysertacji.

Uzyskane **wyniki badań** przedstawiono w konwencjonalny sposób tak, że są możliwe do przyswojenia. Przeprowadzono ten rozdział właściwie i ze znanstwem przedmiotu. Oprócz drobnych, nieumniejszających wartości pracy uchybień, głównie językowych a nie merytorycznych, których nie warto umieszczać w recenzji tej świetnej pracy doktorskiej, tę część dysertacji uważam za wykonaną prawidłowo. Bardzo odpowiada mi tabelaryczne przedstawienie uzyskanych wyników w zwięzłych i dobrze wykonanych tabelach. Nie obserwuje się, bowiem tak często zamieszczanych obecnie „upiększeń komputerowych” mających cechy przewagi formy nad treścią opracowania. Ryciny są proste i łatwe w odbiorze.

Prowadzona przez Autorkę **dyskusja** jest konsekwentna i prowadzi do właściwych wniosków i nie znajduję w niej istotnych błędów.

Szczególnie pragnę podkreślić zamieszczenie podrozdziału, w którym autorka opisuje swoje zastrzeżenia, co do ograniczeń wykonanych badań. Świadczy to o doskonałym znanstwie warsztatu badawczego jak i wyjątkowej dojrzałości Autorki, jako naukowca.

Wnioski - wynikają z uzyskanych wyników badań, są sformułowane ostrożnie i poprawnie. W pełni odpowiadają na założone przez Autorkę tezy badawcze.

Uważam, że założone przez lek. Klaudię Radziejewską cele badawcze zostały zrealizowane. Praca jest potrzebna i wydaje się oczekiwana przez środowisko medyczne.

Nie mam istotnych uwag merytorycznych do formy i treści ocenianej pracy, oprócz dwóch, które przedstawię poniżej.

- Pragnę doradzić pani doktor by unikała sformułowania *znieczulenie porodu*. Z przedstawionej mi do oceny pracy wynika, że oceniana jest na wysokim poziomie merytorycznym ale również ogólnolekarskim. Nie znieczulamy, bowiem porodu a rodzącą.
- Przed publikacją tej wyjątkowo rzetelnej pracy, proponuję aby zmienić określenie „*wysokość położenia cewnika do podaży leków analgezji zewnątrzoponowej*” na miejsce założenia cewnika zewnątrzoponowego. Nie wiemy przecież gdzie ten cewnik w rzeczywistości się znajduje mimo, że wybieramy określoną przestrzeń odcinka kręgosłupa, tu: lędźwiowego.

Konkludując sędzę, że rozprawa doktorska lekarz Klaudii Radziejewskiej jest interesująca i wnosi istotne wartości poznawcze. Merytoryczna strona pracy nie budzi zastrzeżeń. Doktorantka dowiodła tym samym swoją dojrzałość badawczą i naukową a także udowodniła umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Pozytywne wrażenie recenzenta z lektury pracy czyni zasadnym wniosek o dopełnienie przez Autorkę warunków, które powinna spełniać rozprawa doktorska by na jej podstawie można było uzyskać stopień doktora **w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne.**

Rozprawa doktorska lek. Klaudii Radziejewskiej pt. „Analiza wpływu analgezji zewnątrzoponowej na przebieg, czas trwania i sposób zakończenia porodu drogami naturalnymi” z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo szkolnictwie wyższym i nauce t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1571 z późn. zm.

Stawiam, przeto wniosek do Wysokiej Rady Naukowej Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi o dopuszczenie lek. Klaudii Radziejewskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



dr hab. med. Michał GACA

specjalista w anestezyjologii i intensywnej terapii

oraz w medycynie ratunkowej