

Komentarz do amerykańskich wytycznych postępowania klinicznego w indukcji porodu (ACOG Bulletin 107/2009)

Wumiejętnie opracowanym z punktu widzenia prawa dokumencie American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) opisano „wymagania, które muszą być spełnione, aby różne metody indukcji porodu były stosowane bezpiecznie”, ale jednocześnie zawarte informacje nie uwzględniają stanu współczesnej wiedzy położniczej na temat matczyno-płodowych uwarunkowań wszczęcia porodu. Słusznie uznano, że „przebudowa szyjki macicy stanowi element normalnego porodu mający dla niego kluczowe znaczenie”. Przytacza się zmodyfikowaną w 1964 r. przez E.H. Bishopa skalę podatności szyjki macicy do indukcji porodu bez właściwego uwzględniania indywidualnego terminu urodzenia dziecka, którego układy krążenia krwi i oddechowy przez ostatnie dni ciąży przystosowują się do rozpoczęcia oddychania równoległe ze zmianami w szyjce macicy i ze wzrostem wrażliwości macicy na oksytocynę. Niestety, pominięto zupełnie prognostyczne testy wrażliwości skurczowej macicy na oksytocynę i prostaglandyny oraz przedporodową ocenę stopnia dojrzałości płodowej dziecka do samodzielnego życia. To właśnie ma także decydujące znaczenie dla fizjologicznego zakończenia ciąży. Nic przecież nie może usprawiedliwiać faktu, że aż „ponad 22% ciężarnych w Stanach Zjednoczonych jest poddawanych indukcji porodu”. Te kilkakrotnie zawyżone odsetki wynikają z rozpowszechnienia w Stanach Zjednoczonych błędnie zaprogramowanego ultrasonograficznego wyznaczania statystycznego, a nie indywidualnego, terminu porodu, co od 1990 roku przyczynia się do zwiększenia częstości operacyjnych porodów na świecie.

W wytycznych docenia się znaczenie monitorowania czynności serca płodu i skurczów macicy, ale celowość kontynuacji indukcji opiera wyłącznie na podatności szyjki macicy na stymulację. Niestety, zupełnie zaniedbuje

się prognostyczne znaczenie pierwszych kardiograficznych zapisów częstości i rodzajów skurczów macicy. Natomiast za kryteria konieczne do zastosowania metod przyspieszających dojrzewanie szyjki macicy uznaje się wiek ciążowy i potencjalne ryzyko dla matki i płodu, niestety bez bliższego objaśnienia tego ostatniego zagadnienia.

W osobnej ramce uznano ciążę za donoszoną, jeśli trwa według oceny ultrasonograficznej 39 lub więcej tygodni lub ponad 36 tygodni od uzyskania dodatniego testu ciążowego i być może dlatego podkreślono konieczność udzielenia informacji pacjentce o „ewentualnej konieczności przeprowadzenia kolejnej indukcji lub wykonania cięcia cesarskiego” oraz, że „musi minąć co najmniej 12-18 godzin przed rozpoznaniem niepowodzenia indukcji, co może zmniejszyć ryzyko cięcia cesarskiego”.

W biuletynie stwierdzono, że „ogólne przeciwwskazania do indukcji porodu są takie same jak do porodu samoistnego i drogami natury”. Bardzo szczegółowo jednak odniesiono się tylko do stosowania prostaglandyn w przeciwieństwie do pobieżnie przedstawionych metod z użyciem cewnika Foleya i syntetycznej oksytocyny, jako najbardziej fizjologicznie działającego hormonu i mającego w Polsce priorytetową historię, sięgającą międzynarodowych publikacji od 1964 roku (*Oksytocyna i jej analogi. Oxytocin and its analogues* PTE Kraków 1964 – materiały międzynarodowego sympozjum z okazji 600-lecia Uniwersytetu Jagiellońskiego).

W przeciwieństwie do omawianego biuletynu z 2009 roku w ostatnim wydaniu w 2008 roku naszego *Położnictwa* profesorowie K. Czajkowski i W. Szymański właściwie zredagowali współczesne zasady indukcji porodu, zapoczątkowane w Polsce przez opracowanie nadal aktualnego dawkowania oksytocyny i tym samym prostaglandyn i biorące pod uwagę

względność czasu trwania ciąży. Dzięki temu już w latach 60. XX w. wyjaśniono przyczyny pęknięcia macicy z powodu niewłaściwego stosowania syntetycznych uzyskanych i przez to ściśle określonych jednostek oksytocyny. Warto przypomnieć, że te aktualne polskie zasady zostały ponownie opublikowane w 1994 roku w Londynie i Nowym Yorku przez The Parthenon Publishing Group w książce pt. *Monitoring of Pregnancy and Prediction of Birth-date*, gdy jeszcze nie doszło do gwałtownego zwiększenia się liczby porodów operacyjnych i związanego z tym wcześniactwa, a w konsekwencji i nowotworów. Aktualnie Hermes Management S.A. rozprowadza w Polsce poradnik dla rodziców i lekarzy *Poród: kiedy i jak rodzić zdrowe dziecko, które kochasz*, będący reprintem najistotniejszych dla noworodków rozdziałów drugiego opracowanego przez kilkudziesięciu polskich ginekologów wspomnianego podręcznika specjalistycznego położnictwa. Łączy się to bezpośrednio z wymienioną także w biuletynie dopuszczalnością wykonywania indukcji porodu ze wskazań pozamedycznych, jak to określono psychospołecznych, gdy spełnione jest jedno kryterium wieku ciążowego ≥ 39 tygodni, czyli obejmujące 82%(!) wszystkich ciąż, z których co piąta powinna się zakończyć za 2-3 tygodnie! Dopiero wtedy nie tylko szyjka macicy, ale przede wszystkim układ krążenia dojrzeje do porodu, co następuje w czasie ostatnich 2-3 dni każdej ciąży niezależnie od tego, czy ciąża naturalnie trwa 37 0/7 tygodni czy 42 2/3 tygodni. Dlatego przy ocenie trafności wyboru terminu porodu należy posługiwać się skalą dojrzałości płodowej noworodka, a tylko dodatkowo skalą Apgar, która jedynie określa poporodową adaptację oddechową dziecka.

Pięćset lat temu Mikołaj Kopernik wprowadzał matematykę do medycyny, w XX wieku wykorzystano mechanikę kwantową na całym świecie,

a mimo to nadal wielu położników uznaje średni czas trwania ciąży za przewidywaną datę porodu. Eksperci amerykańscy w swym biuletynie nawet dopuszczają możliwość kończenia każdej ciąży, która w połowie przypadków powinna naturalnie trwać dłużej niż wskazuje średnia dat w populacji wszystkich kobiet, których ciąży rozpoczęły się w tym samym dniu ostatniego cyklu miesiączkowego. Nie pomagając ciężarnym z możliwymi porodami przedwczesnymi w 37-38 tygodniu kalendarzowego trwania ludzkiej ciąży, zalecają indukcję porodu i rodzą wcześniaki w 40-42 tygodniu.

Nasze polskie piśmiennictwo od kilkunastu lat zawiera wyniki metod właściwej indukcji porodu, ostatnio z użyciem przy tym także komputero-

wo wspomaganego określenia dojrzałości płodowej, i to również w języku angielskim. Ponadto *Ginekologia po Dyplomie*, przytaczając piśmiennictwo zagraniczne, odpowiedzialnie i zarazem krytycznie je ocenia przez komentatorów i redaktora naczelnego, który we wstępach „Od Redakcji” zawsze broni „prawd, które przekładają się bezpośrednio na nasze sukcesy i porażki”. Poruszany w omawianym biuletynie temat był bardzo szczegółowo komentowany z dużym wyprzedzeniem już w numerze marcowym w 2005 roku („Szkodliwość kalendarzyków ciążyowych podobna do talidomidu”) i w styczniu 2004 roku („Poród przedwczesny i wcześniactwo”). Warto o tym pamiętać, by unikać jatrogennych działań. Poród siłami natury

i drogami rodnymi jest i pozostanie najbardziej naturalnym zjawiskiem obarczonym tylko kilkuprocentową patologią. Wskaźniki powyżej 15% wzniesienia porodu czy przeprowadzania instrumentalnych ukończeń ciąży, zwłaszcza drogą cięcia cesarskiego, nie tylko świadczą o braku należytej dbałości o dobro pacjentów, ale są niezgodne z międzynarodową „Deklaracją porodu XXI wieku” opracowaną i opublikowaną w Polsce (*Archives of Perinatal Medicine*. 2001; 7(3):8-14; *Gin Pol.* 2002;73:3-13 i *Gin Prakt.* 2001; 8:6-13).

*Rudolf Klimek,
em. profesor zwyczajny
Uniwersytetu Jagiellońskiego*