

GINEKOLOGIA

Narodziny spod noża

Polska jest w europejskiej czołówce, jeśli chodzi o cięcia cesarskie. W ten sposób na świat przychodzi niemal co drugie dziecko. Niepokojące jest to, że odsetek ten wciąż się zwiększa, a takie zabiegi niosą ze sobą wiele zagrożeń i obciążeń. Publikujemy listę porodówek, gdzie „tną na potęgę”. Co za tym stoi?

Na świecie liczba cięć cesarskich zwiększyła się z 12 proc. w 2000 r. do 21 proc. w 2015 r. – już te dane opisywane były w „The Lancet” jako epidemia.

Epidemia cięć cesarskich

Problem zauważali też polscy eksperci. W pracy zbiorowej z 2012 r. pod przewodnictwem prof. Bronisławy Pietrzak i prof. Mirosława Wielgosia „Czy epidemia cięć cesarskich jest wykładnikiem liberalizacji wskazań?” (Ginekologia Polska 2012; 83: 604-608) wyjaśniali, że w ciągu omawianych dziesięciu lat (2000 r. vs 2009 r.) zwiększył się odsetek cięć cesarskich, a także zaszły niewielkie zmiany we wskazaniach do ich wykonywania. Główną przyczyną wzrostu odsetka cięć cesarskich okazało się przebycie przez pacjentki cięcia cesarskiego w przeszłości.

Ekspertki wskazały, że w 2000 r. 19,5 proc. porodów w Polsce odbyło się drogą cięcia cesarskiego, a w 2009 r. już 32 proc. Od tej pory odsetek ten jeszcze wzrósł, zbliżając się do 50 proc.

W latach 2000 i 2001 najczęstszym wskazaniem do cięcia cesarskiego było zagrażające niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu. Po 10 latach odsetek porodów operacyjnych u pacjentek po cięciu cesarskim w przeszłości przewyższył odsetek cięć cesarskich wykonywanych z powodu zagrożenia dobrostanu płodu.

Polska w niechlubnej czołówce?

Jak zatem można określić to, co dzieje się w naszym kraju?

Według raportu Narodowego Funduszu Zdrowia w 2022 r. odebrano w Polsce 366 tys. porodów, z czego 45 proc. stanowiły cięcia cesarskie. Najwięcej porodów zakończonych w ten sposób odnotowano w tym czasie w województwie podlaskim (58 proc. porodów), a najmniej w województwie pomorskim (34 proc. porodów). To pokazuje, że w naszym kraju niemal co drugie dziecko przychodzi na świat drogą cięcia cesarskiego. Mimo apeli odsetek cięć cesarskich wciąż się zwiększa – tylko w ciągu jednej dekady liczba takich porodów się podwoiła.

To sytuacja alarmująca, gdyż według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik ten w populacji nie powinien przekraczać 15 proc. Jak jest w konkretnych szpitalach? Tabela 1 zawiera listę szpitali, w których w 2023 r. przyjęto więcej niż 400 porodów, z zestawieniem liczby porodów i cięć cesarskich oraz ich procentowym wskaźnikiem. Statystyki zostały poszegregowane według

ID znajdujących się w dokumentach Narodowego Funduszu Zdrowia – dlatego na przykład Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki jest podzielony na dwie pozycje.

Rekomendacje ginekologów

Ekspertki podkreślają, że jeśli nie ma ku temu przeciwwskazań, poród powinien się odbywać siłami natury. Ostatnie rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące cięcia cesarskiego pochodzą z 2018 r. Wynika z nich, że narodziny „z użyciem noża” zalecane są w następujących wskazaniach:

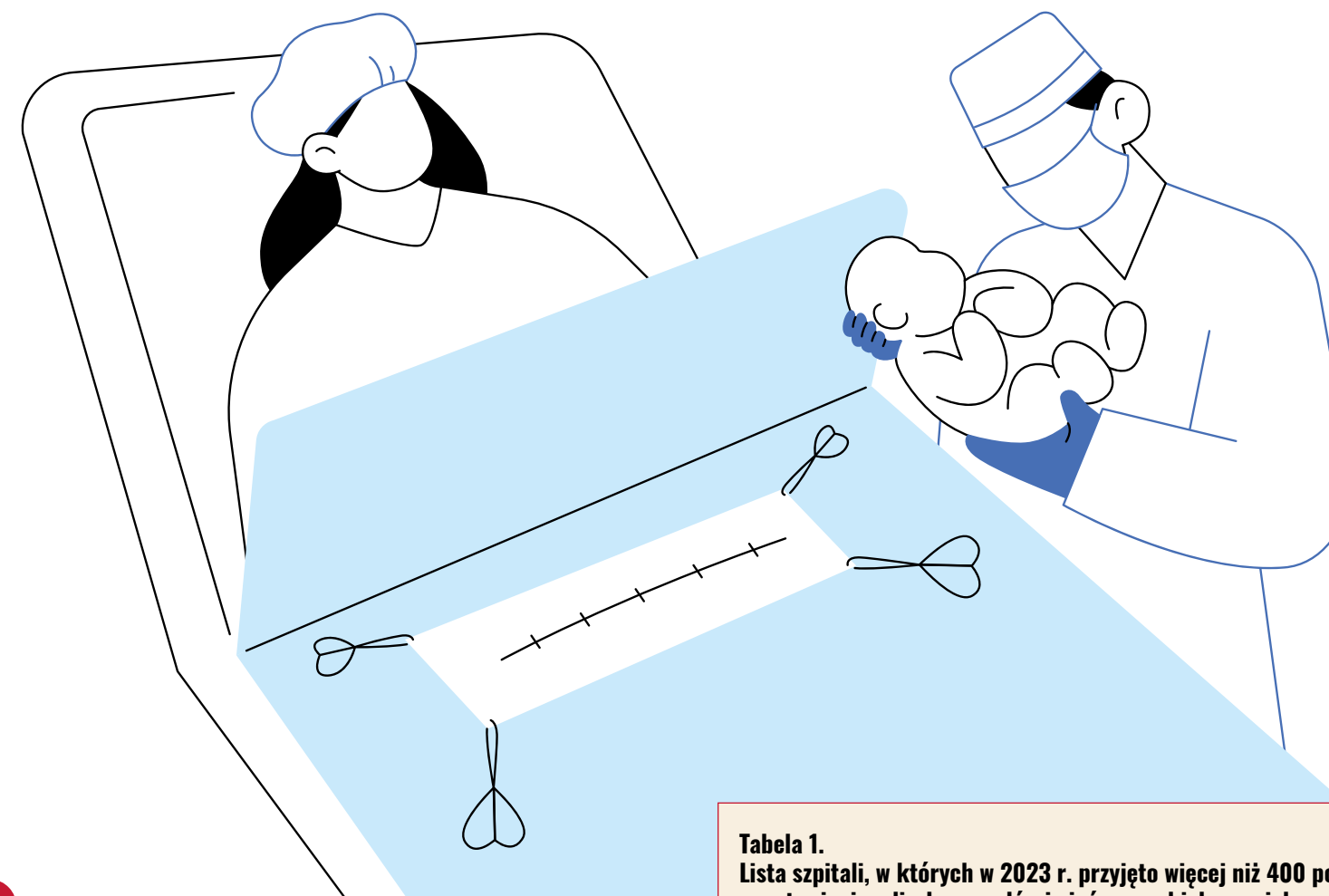
- **zatrzymanie postępu porodu** – poród należy ukończyć cięciem cesarskim, jeśli w aktywnej fazie pierwszego okresu porodu, przy otwarciu co najmniej 6 cm, nie dochodzi do dalszego rozwierania szyjki macicy co najmniej przez 4 godziny obserwacji, jeśli w drugim okresie porodu nie dochodzi do zstępowania lub rotacji główki płodu co najmniej przez 2 godziny lub w przypadku stosowania znieczulenia zewnątrzoponowego co najmniej przez 3 godziny. W przypadku nieudanej indukcji porodu, gdy pomimo stymulacji przez okres dłuższy niż 18 godzin nie udało się uzyskać aktywnej fazy porodu, należy dokonać ponownej kwalifikacji w celu rozważania odroczenia indukcji lub wykonania cięcia cesarskiego. Powtórna nieskuteczna indukcja porodu stanowi wskazanie do cięcia cesarskiego;
- **zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna płodu** – poród należy bezzwłocznie zakończyć cięciem cesarskim w przypadku stwierdzenia wypadnięcia pępowiny, podejrzenia oddzielenia łożyska, podejrzenia pęknięcia macicy. Poród należy ukończyć cięciem w przypadku występowania patologicznego zapisu kardiograficznego utrzymującego się pomimo zastosowania metod poprawiających wewnątrzmaciczny dobrostan płodu;
- **niegłówkowe położenie płodu** – poród należy ukończyć cięciem w przypadku położenia poprzecznego lub miednicowego żywego płodu, w ciąży bliźniaczej przy położeniu miednicowym drugiego płodu, a także w przypadku samoistnego porodu przedwczesnego przed 25. tygodniem ciąży, występowania letalnych wad płodu, rozpoznania położenia miednicowego w trakcie znacznego zaawansowania porodu samoistnego;
- **cięża wielopłodowa** – poród w ciąży z większą niż dwa liczbą płodów należy ukończyć cię-

”

W 2000 r. 19,5 proc. porodów w Polsce odbyło się drogą cięcia cesarskiego, a w 2009 r. już 32 proc. Od tej pory odsetek ten jeszcze wzrósł, zbliżając się do 50 proc.

ciem cesarskim, o ile wiek ciążowy przekracza 25 tygodni. Cięcie cesarskie jest też konieczne w przypadku rozpoznania bliźniąt nierozdzielonych, ciąży bliźniaczej jednoosmówkowej jednoowodniowej, ciąży bliźniaczej w przypadku położenia niegłówkowego pierwszego płodu. W przypadku ciąży bliźniaczej jednoosmówkowej dwuowodniowej można rozważyć wykonanie cięcia cesarskiego w związku z ryzykiem wystąpienia ostrego zespołu przetoczenia między bliźniętami. W przypadku ciąży bliźniaczej można rozważyć wykonanie cięcia cesarskiego w przypadkach występowania na macicy bliźny pooperacyjnej. Cięcia cesarskie po porodzie drogami natury pierwszego z bliźniąt należy wykonać w przypadku wypadnięcia pępowiny drugiego z bliźniąt, przedwczesnego oddzielenia łożyska, położenia poprzecznego drugiego z bliźniąt, objawów zagrożenia życia drugiego płodu;

- **nieprawidłowe wzrastanie wewnątrzmaciczne płodu** – ograniczenie wzrostu wewnątrzmacicznego płodu w przypadkach objawów niewydolności łożyska stanowi wskazanie do zakończenia ciąży cięciem. Wskazaniem do cięcia cesarskiego jest też przewidywana masa płodu równa lub wyższa 4250 g u ciężarnych z cukrzycą, równa lub wyższa 4500 g u kobiet bez cukrzycy, równa lub wyższa 4000 g u kobiet z bliźnią na macicy po poprzednim cięciu. W przypadku wystąpienia dystocji barkowej podczas poprzedniego porodu należy rozważyć ukończenie obecnej ciąży cięciem, jeżeli szacowana masa płodu jest porównywalna lub wyższa;
- **wady rozwojowe płodu** – zakończenie ciąży cięciem w przypadku rozpoznanej prenatalnie wady płodu jest wskazane, jeśli nieprawidłowość może stanowić przeszkodę porodową, a także w sytuacjach, w których poród drogami natury może zmniejszyć szanse na skuteczne leczenie pourodzeniowe. Ciężę należy zakończyć cięciem, jeśli podczas ciąży przeprowadzono procedurę leczenia wewnątrzmacicznego wymagającą otwarcia mięśnia macicy;
- **poród przedwczesny** – poród drogą cięcia w ciąży niedonoszonej zalecany jest w przypadkach położenia miednicowego płodu powyżej 25. tygodnia ciąży. Wskazaniem do cięcia są też objawy zagrażającej zamartwicy podczas porodu samoistnego w ciąży niedonoszonej powyżej 25. tygodnia;
- **nieprawidłowa implantacja łożyska** – łożysko przodujące stanowi wskazanie do cięcia



”

Ekspertki podkreślają, że jeśli nie ma ku temu przeciwwskazań, poród powinien się odbywać siłami natury

cesarskiego, a podejrzenie nieprawidłowej implantacji łożyska może stanowić wskazanie do cięcia cesarskiego oraz okołoporodowego usunięcia macicy;

- **zagrożenie zdrowia i życia matki** – nagłe zatrzymanie krążenia u ciężarnej i podjęcie resuscytacji jest wskazaniem do natychmiastowego cięcia cesarskiego, gdy dno macicy sięga do pępka lub powyżej lub w przypadku braku czynności serca płodu. Wskazanie do cięcia stanowi także przedwczesne oddzielenie łożyska lub wystąpienie rzucawki;
- **pozapolożnicze wskazania do cięcia cesarskiego** należy ustalić indywidualnie dla każdej ciężarnej w ramach zespołu interdyscyplinarnego;
- **poród po przebytym cięciu cesarskim** – w przypadku występowania u ciężarnych po przebytym cięciu cesarskim określonych czynników zwiększających ryzyko rozejścia się bliźny, jak również obciążonego wywiadu położniczego i niepowodzenia próby porodu drogami natury w przeszłości należy rozważyć wykonanie elektrycznego cięcia cesarskiego.

Krystian Lurka, Marzena Sygut-Mirek

”

Według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik cięć cesarskich w populacji nie powinien przekraczać 15 proc.

Tabela 1. Lista szpitali, w których w 2023 r. przyjęto więcej niż 400 porodów, z zestawieniem liczby porodów i cięć cesarskich oraz ich procentowym wskaźnikiem

Nazwa świadczeniodawcy	Liczba porodów	Liczba cięć cesarskich	Wskaźnik cięć cesarskich (%)
Prywatna Klinika Położniczo-Ginekologiczna w Białymstoku	493	483	97,97
Poliklinika Ginekologiczno-Położnicza w Białymstoku	1051	904	86,01
Tomaszowskie Centrum Zdrowia w Tomaszowie Mazowieckim	401	299	74,56
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	1892	1385	73,2
Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu	1026	751	73,2
Szpital Specjalistyczny Duchy Świętego w Sandomerzu	463	335	72,35
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu	648	458	70,68
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	617	412	66,77
Pleszskie Centrum Medyczne w Pleszewie	911	601	65,97
Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy	636	419	65,88
Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	870	566	65,06
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	510	327	64,12
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach	675	430	63,7
Szpital Specjalistyczny Pro-Familia w Rzeszowie	3754	2378	63,35
Centrum Zdrowia Tuchów – Szpital Położniczo-Operacyjny im. św. Elżbiety w Tuchowie	1562	987	63,19
Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – UCK WUM	1148	720	62,72
Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	577	359	62,22
Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich	563	348	61,81
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskiej	1564	960	61,38
Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie	401	245	61,1
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie	687	418	60,84
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. T. Sokolowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie	1047	635	60,65
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	1031	621	60,23

