

**Instytutu Matki i Dziecka
Klinika Położnictwa i Ginekologii**

Rozwój opieki perinatalnej na przełomie XX i XXI wieku

**Tomasz Maciejewski, Michał
Troszyński, Sławomir Janus**

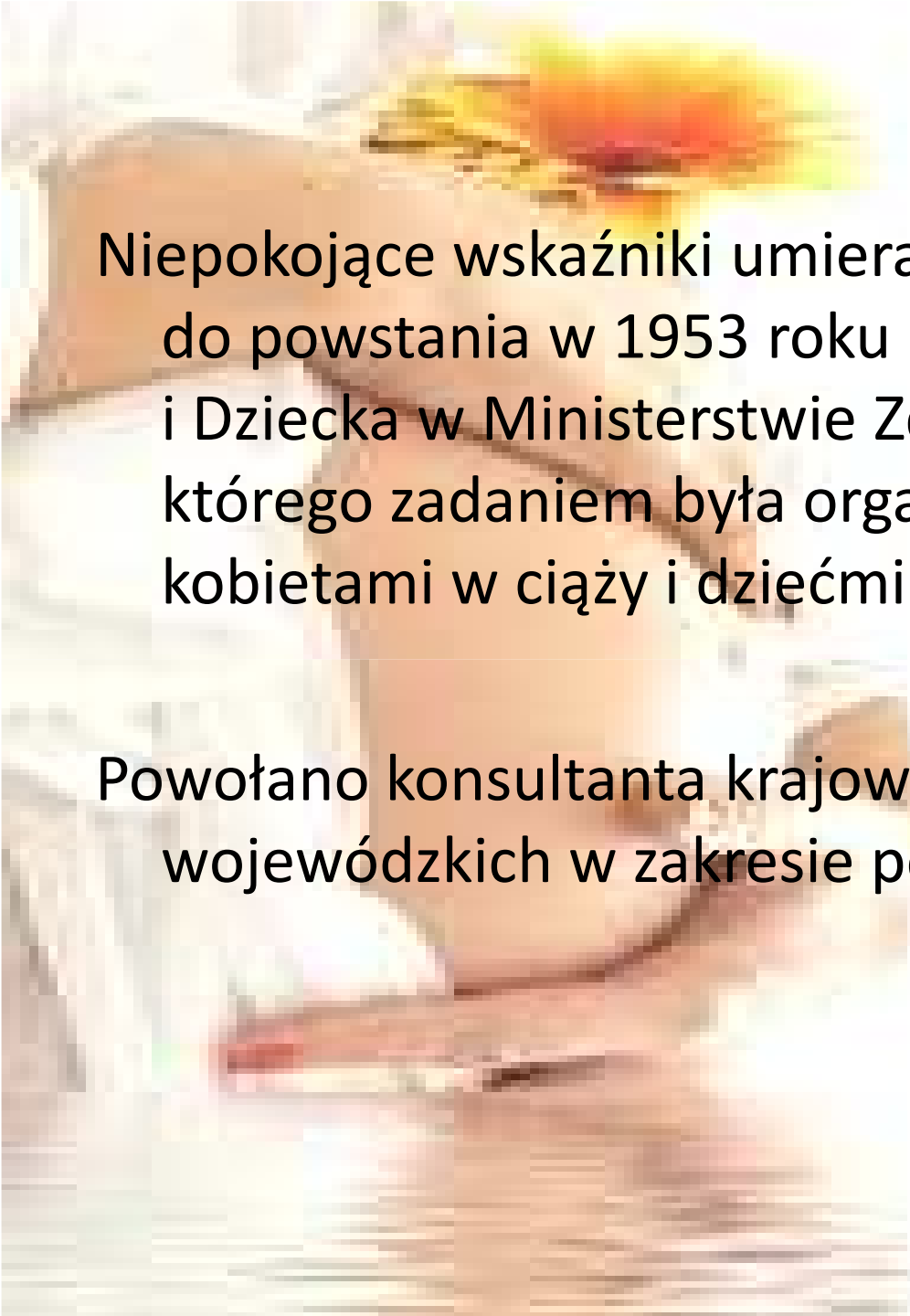
Poznań, wrzesień 2013 r.

**Zgony matek w Polsce
w latach 1951-2010
przyczyny położnicze i niepołożnicze
(współczynniki zgonów na 100 tys. żywych urodzeń)**

Rok	Urodzenia żywe w tys.	Zgony ogółem	Zgony położnicze	Zgony niepołożnicze
1951	783,6	96,0	50,0	46,0
1955	723,8	61,5	22,5	39,0
1960	669,5	37,4	11,0	25,8
1965	547,4	48,9	36,7	12,2
1970	547,8	46,2	34,9	11,3
1975	646,4	30,0	25,2	4,8
1980	695,8	23,4	16,8	6,6
1985	680,1	20,6	13,8	6,8
1990	547,7	22,3	15,2	7,1
1995	433,1	17,1	12,7	4,4
2000	378,3	10,6	6,6	4,0
2005	364,4	7,7	5,8	1,9
2010	413,3	5,6	3,9	1,2

Umieralność okołoporodowa 1950 – 2011

ROK	Umieralność okołoporodowa	w tym:	
		przedporodowa	poporodowa
1950	66,7		
1955	49,4		
1961	40,10	21,7	18,4
1965	30,00	14,5	17,5
1970	25,80	10,6	15,3
1975	19,90	7,8	12,1
1980	15,90	6,1	9,8
1985	15,40	6,2	9,2
1990	19,10	11,6	7,5
1995	13,70	7,2	6,5
2000	8,50	5,6	2,9
2005	7,20	4,4	2,8
2010	6,00	3,8	2,2
2011	5,80	3,8	2,0



Niepokojące wskaźniki umieralności przyczyniły się do powstania w 1953 roku Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, którego zadaniem była organizacja pionu opieki nad kobietami w ciąży i dziećmi w kraju.

Powołano konsultanta krajowego oraz konsultantów wojewódzkich w zakresie położnictwa i ginekologii.

Program I Narady Krajowej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

WALNE ZGROMADZENIE POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO

o godz. 15⁰⁰

1. Wybór Prezydium Zgromadzenia (Przewodniczącego, Sekretarza).
2. Odczytanie i przyjęcie protokołu dziennego.
3. Sprawozdanie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.
4. Sprawozdanie Redaktora czasopisma „Ginekologia Polska”.
5. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.
6. Ogłoszenie wniosków zgłoszonych przez Zarządy Oddziałów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego na 14 dni przed terminem Zjazdu. Dyskusja nad sprawozdaniem Zarządu, Redaktora, Komisji Rewizyjnej i nad wnioskami.
Udzielenie absolutorium ustępującemu Zarządowi Głównemu.
7. Wybór Komisji Skrutacyjnej i ustalenie formy wyborów.
8. Wybór Zarządu Głównego, Redakcji, Komisji Rewizyjnej.
9. Ustalenie terminów i miejsca następnych Narad Krajowych i Zjazdu.
Ustalenie tematów programowych.
10. Pożegnanie uczestników Narady.

Obrady odbywają się w sali wykładowej Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych Akademii Medycznej w Poznaniu, ul. Polna 33.
Uczestnikami Narady przybłądaje delegacja służbowa z miejsca zatrudnienia (Min. Zdr. S. I. X. N. III/50 z dnia 2. III. 53).

ZA KOMITET ORGANIZACYJNY NARADY:

SEKRETARZ PRZEWODNICZĄCY
(Dr med. W. Gromadzki) (Prof. Dr med. I. Roszkowski)

Poln 446373 - 2451-932 53 - K-4-1953 - Pap. dost. - 508

PROGRAM I NARADY KRAJOWEJ POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO

PIERWSZY DZIEŃ OBRAD

12. XII 1953

- Godz. 9⁰⁰ Otwarcie Obrad Narady — Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Profesor Dr med. Ireneusz Roszkowski.
- 9⁰⁰ Powitanie Uczestników Narady — Obywatelski Rektor Akademii Medycznej w Poznaniu, Profesor Dr med. Jan Ropański.
- 9⁰⁰ Wybór Prezydium Narady i Przewodniczących Posiedzeń.

I-sze posiedzenie (przedpołudniowe)

- 9⁰⁰ Referat Główny p. t. „Metody walki o obniżenie śmiertelności okołoporodowej” — Ireneusz Roszkowski.
- 10⁰⁰ Korespondent I-szy p. t. „Śmiertelność noworodków z punktu widzenia pediatrycznego” — Karol Jonacher.
- 11⁰⁰ Korespondent II-gi p. t. „Śmiertelność płodów i noworodków na podstawie badań anatomiczopatologicznych” — Józef Gronowski, Edmund Chwiakowski, Maria Różycka.
- 12⁰⁰ Dyskusja programowa — (zgodnie do dyskusji z określonym czasem przemówienia).
1. T. Bułki (Warszawa)
2. J. Lebiński (Warszawa)
3. S. Liebert (Lublin)
4. K. Ręplawiec (Bytom)
5. M. Sołtys (Kraków)
6. S. Socha (Białystok)
7. W. Sowiński (Warszawa)
8. E. Sigmund (Kraków)
9. J. Zabrzycki (Gdańsk)

Przerwa obiadowa (13⁰⁰—15⁰⁰)

II-gie posiedzenie (popołudniowe)

Dalszy ciąg dyskusji:

- Godz. 15⁰⁰ 10. A. Chwiakowski (Warszawa)
11. I. Dymowski (Lódź)
12. W. Jankowski (Kraków)
13. K. Jurgielowski (Poznań)
14. L. Kromska (Warszawa)
15. J. Smierski (Gdańsk)

16. W. Gęrzyński (Lódź)
17. S. Hefels (Kraków)
18. E. Kowalik (Poznań)
19. M. Kowalski (Szczecin)
20. W. Michalski (Poznań)
21. A. Mieczkowski (Zabrze)
22. J. Portyński (Lódź)
23. M. Prochorow (Szczecin)
24. T. Ziębiński (Białystok)

Wolna dyskusja

- Godz. 16⁰⁰ Podsumowanie dyskusji z punktu widzenia organizacji służby — Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia H. Słoneczka.
- 19⁰⁰ Podsumowanie dyskusji z punktu widzenia naukowego i politycznego — I. Roszkowski.

DRUGI DZIEŃ OBRAD

12. XII 1953

III-cie posiedzenie (przedpołudniowe)

- Godz. 9⁰⁰ Otwarcie „posiedzenia urazowe” Zespołu Katedr z omówieniem wybranych przypadków (ogólna dyskusja).
Ostateczne podsumowanie wniosków.
- 11⁰⁰ Zwiedzanie Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych Akademii Medycznej w Poznaniu.



Zasadniczym przełomem w medycynie

perinatalnej, który nastąpił w drugiej połowie XX wieku, było wprowadzenie nowych technologii - aparatury elektronicznej.

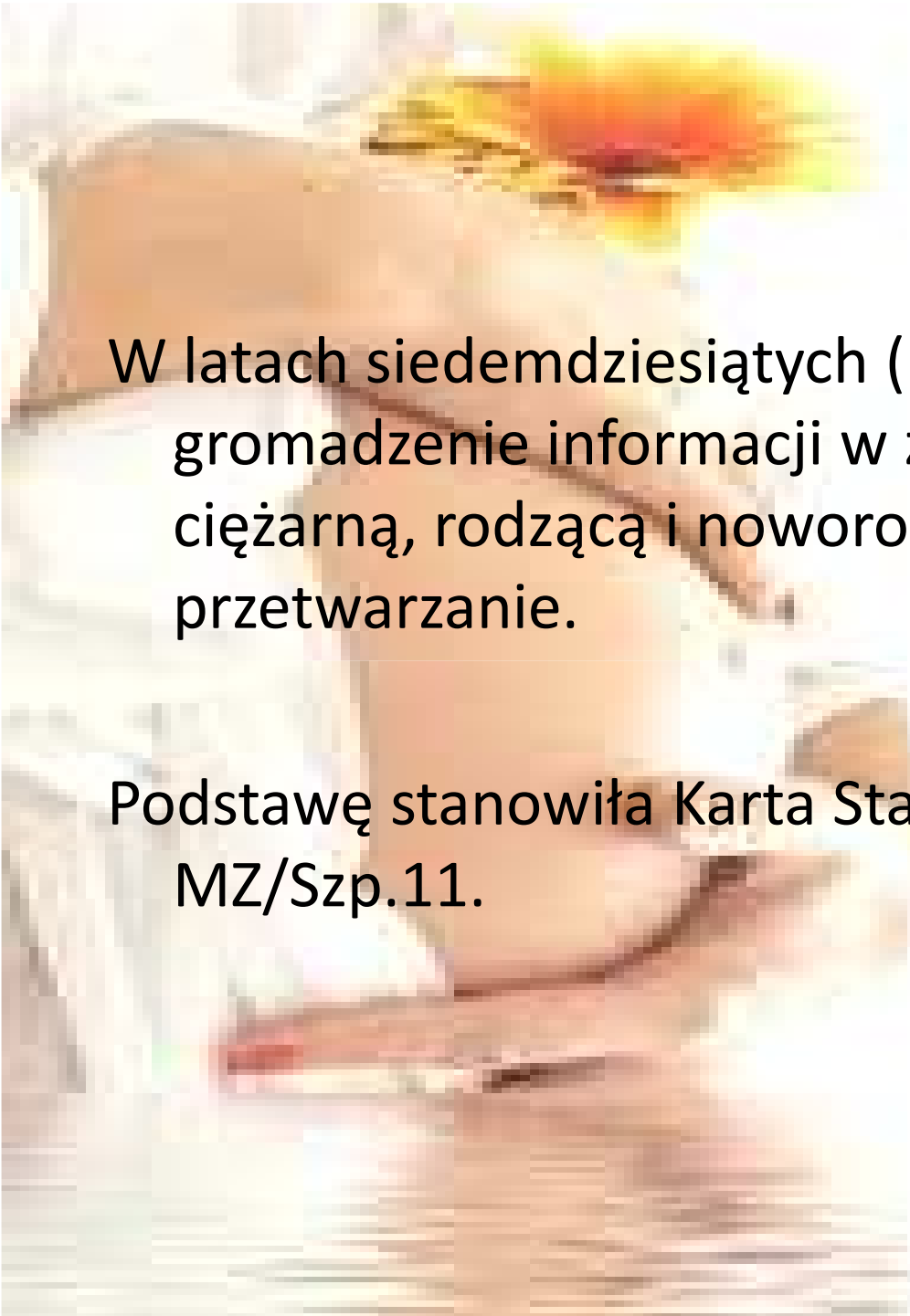
W latach 60-tych była nią kardiotokografia (KTG) umożliwiająca monitorowanie stanu płodu w łonie matki, a w drugiej połowie lat siedemdziesiątych ultrasonografii (USG) nowej metody obrazowania.

Dzięki temu od 1975 roku w klinikach położniczych wzmocnił się nadzór nad przebiegiem ciąży i porodu.



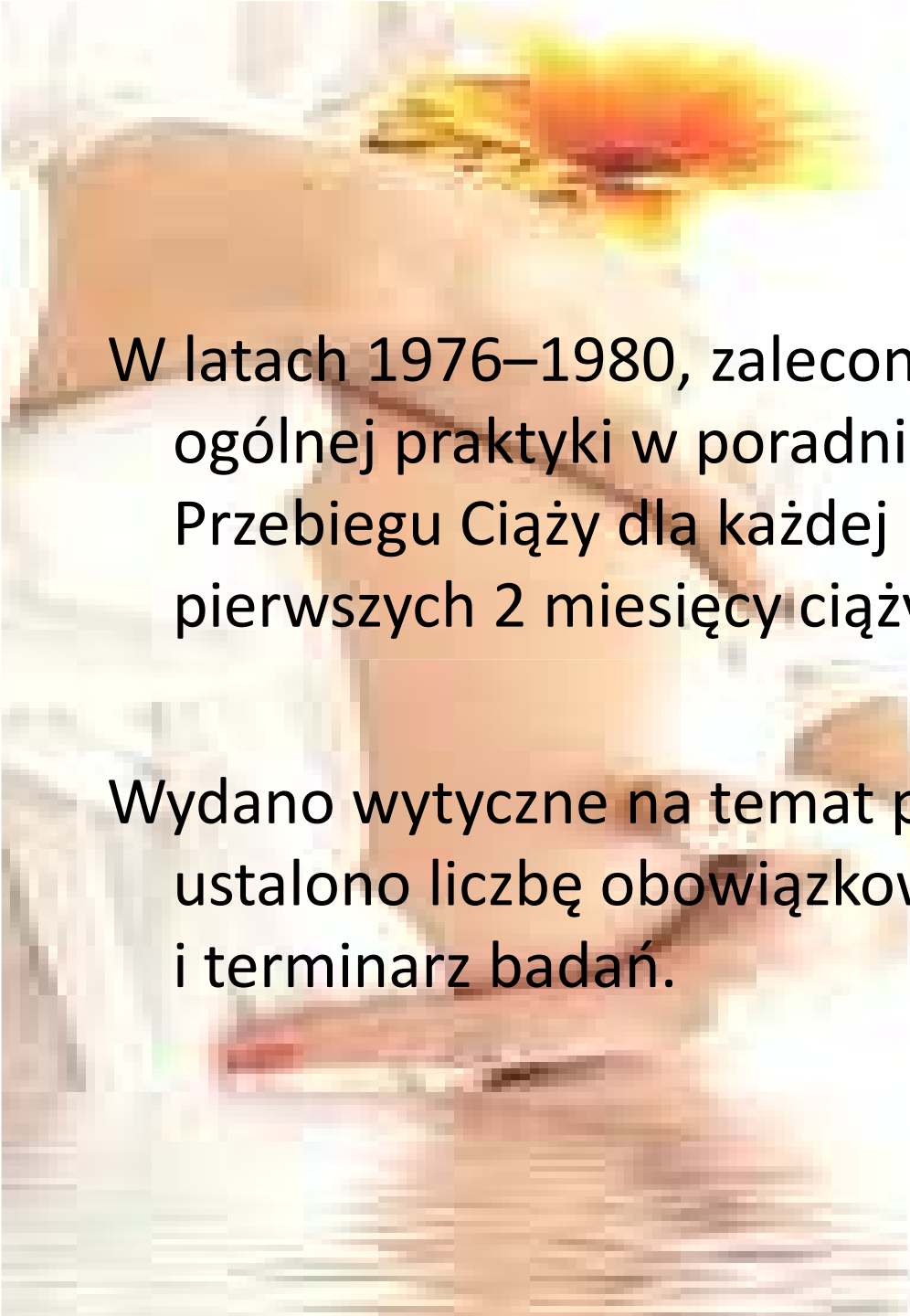
Rozwój położnictwa zaznaczył się powstaniem nowego kierunku - **medycyny perinatalnej**.

Perinatologia, jako nauka i wiedza praktyczna rozwinęła się w późnych latach 60-tych ubiegłego stulecia na Zachodzie, a do Polski dotarła o dekadę później, w latach 70-tych.



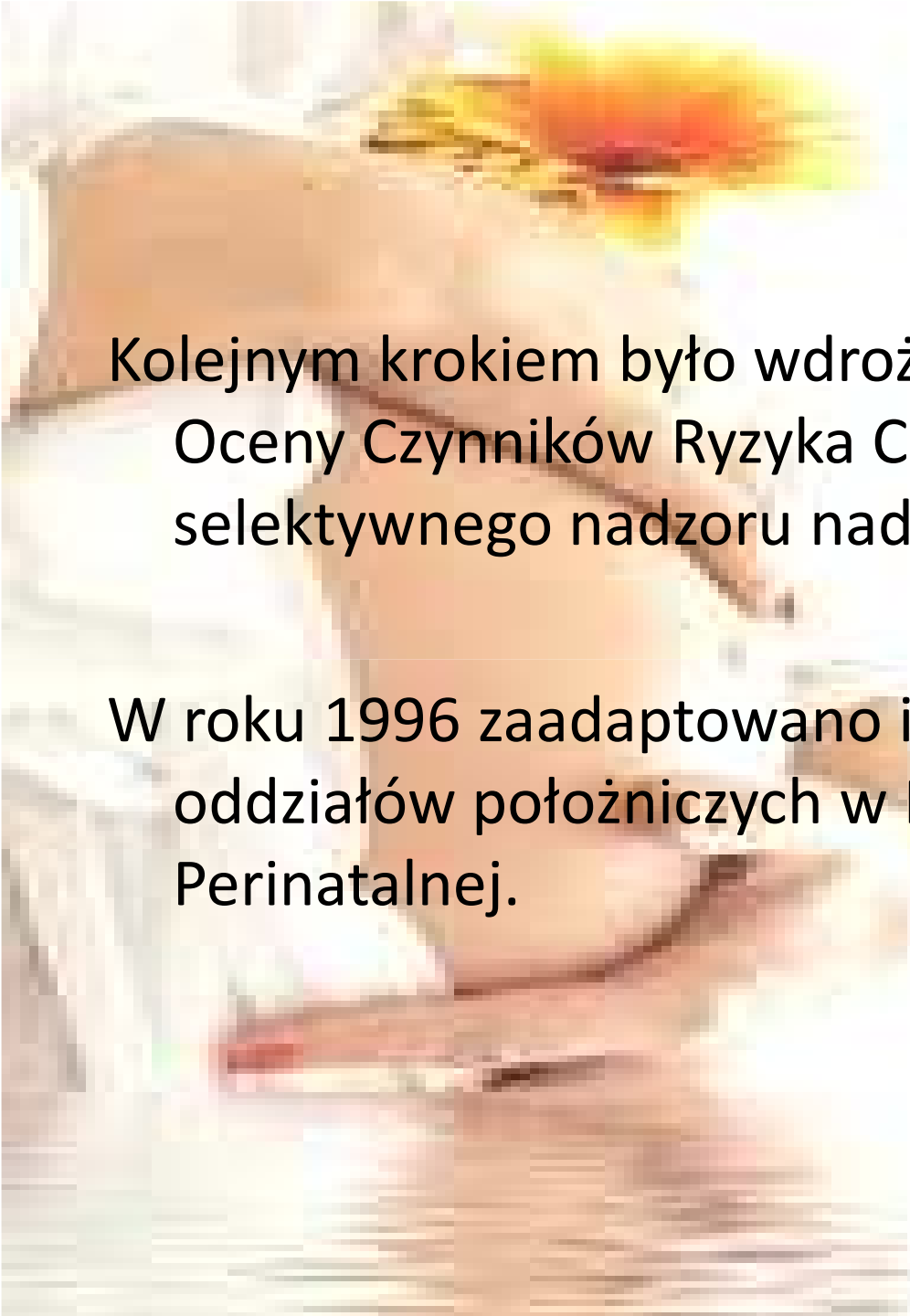
W latach siedemdziesiątych (1971) rozpoczęto gromadzenie informacji w zakresie opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i noworodkiem oraz ich przetwarzanie.

Podstawę stanowiła Karta Statystyczna Położnicza MZ/Szp.11.



W latach 1976–1980, zalecono wprowadzenie do ogólnej praktyki w poradniach dla kobiet Kartę Przebiegu Ciąży dla każdej kobiety ciężarnej od pierwszych 2 miesięcy ciąży.

Wydano wytyczne na temat profilaktyki wcześniactwa, ustalono liczbę obowiązkowych wizyt w okresie ciąży i terminarz badań.



Kolejnym krokiem było wdrożenie w 1981 roku Karty Oceny Czynników Ryzyka Ciężowego w celu selektywnego nadzoru nad ciążą wysokiego ryzyka.

W roku 1996 zaadaptowano i wprowadzono do oddziałów położniczych w Polsce Kartę Analizy Perinatalnej.

Karta oceny czynników ryzyka ciążowego

Instytut Matki i Dziecka
Klinika Położnictwa i Ginekologii
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Samodzielna Pracownia Analiz

KARTA OCENY STANU ZDROWIA KOBIETY CIĘŻARNEJ CZYNNIKI RYZYKA CIĄŻOWEGO

Stan zdrowia kobiety ciężarnej i istniejące lub przewidywane ryzyko matczyne i płodowe należy ocenić już przy pierwszym badaniu położniczym i podczas kolejnej wizyty

CIĄŻA PRAWIDŁOWA

Warunki wskazujące na dobry stan matki i płodu

1. Wiek matki od 18 do 35 lat
2. Nie było porodów przedwczesnych, poronień, przerwania ciąży
3. Poprzednie ciąże i porody były niepowikłane
4. Nie jest liczną wieloródką (powyżej 4 urodzeń)
5. Urodzone dzieci żyją, ich rozwój jest prawidłowy
6. Nie leczyla się z powodu niepłodności, nie była operowana
7. Nie chorowała przewlekłe, nie ma ognisk zakażenia i stanów zapalnych
8. Nie pije alkoholu, nie pali tytoniu, nie używa leków
9. Obecna ciąża przebiega prawidłowo, ogólny stan zdrowia jest prawidłowy
10. Ma dobre warunki domowe, warunki pracy zawodowej nie są uciążliwe, odżywia się prawidłowo

A. CIĄŻA RYZYKA

1. Czynniki stwierdzone na początku ciąży i wynikające z przeszłości

1. Wiek matki poniżej 18 lub powyżej 35 roku życia
2. Masa ciała poniżej 45 kg lub powyżej 90 kg
3. Wzrost poniżej 145 cm
4. Niepłodność
5. Przerwanie ciąży
6. Poriwienie samoistne
7. Poród przedwczesny
8. Urodzenie martwego płodu
9. Wady rozwojowe noworodka, nieprawidłowy rozwój dziecka
10. Zgon dziecka w pierwszym roku życia
11. Powikłany przebieg poprzednich ciąż, porodów
12. Stan po cięciu cesarskim
13. Stan po operacji macicy lub przydatków
14. Liczna wieloródka (powyżej czterech porodów)
15. Choroby przewlekłe w przeszłości stany zapalne, ogniska zakażenia, skłonność do nadciśnienia

B. CIĄŻA RYZYKA

2. Czynniki powstałe i ujawnione w czasie obecnej ciąży

1. Krwawienie na początku ciąży, wymioty
2. Gotowość skurczowa mięśnia macicy, niewydolność szyjkowo-cieśniowa
3. Położenie płodu miednicowe lub poprzeczne po 36 tygodniu
4. Ciąża wielopłodowa
5. Hipotrofia płodu późna
6. Nadciśnienie tętnicze
7. Cholestaza ciężarnych
8. Niedokrwistość
9. Choroba serca bez objawów niewydolności
10. Cukrzyca GDMG1
11. Zapalenie dróg moczowych, upławy
12. Inna choroba układu moczowego stopnia
13. Pali papierosy
14. Pije alkohol
15. Trudne warunki domowe, uciążliwa praca, męczące dojazdy, złe odżywianie

C. CIĄŻA WYSOKIEGO RYZYKA

3. Znaczny stopień zagrożenia matki i płodu

1. Łóżysko przodujące lub nisko usadowione z krwawieniem
2. Przedwczesna czynność skurczowa macicy
3. Przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego
4. Hipotrofia wczesna
5. Wielowodzie, małowodzie
6. Wada wrodzona płodu
7. Stan przedrzucawkowy
8. Cukrzyca GDMG2 i PGDM
9. Choroba nerek z upośledzeniem wydolności
10. Choroba serca z objawami niewydolności
11. Konflikt serologiczny
12. Inne poważne choroby matki, zakażenia o poważnym przebiegu, cholestaza ciężarnych znacznego stopnia, inne choroby
13. Stale nadużywa leków silnie działających

W ciąży prawidłowej konieczne jest odbycie 10 wizyt w poradni „K” i pilne przestrzeganie zaleceń lekarza i położnej

W ciąży ryzyka obowiązuje, co najmniej 15 wizyt kontrolnych w rejonowej poradni „K” lub w poradni konsultacyjnej. Przy wystąpieniu 2 lub więcej czynników ryzyka, Pacjentka powinna być zaliczona do grupy WYSOKIEGO RYZYKA i otoczona specjalną opieką w poradni konsultacyjnej.

UWAGA:

1. W każdej ciąży w ciągu ostatnich 4 tygodni ciąży (od 36 tyg. ciąży) obowiązuje cotygodniowe wizyta w poradni „K” celem kontroli ciśnienia krwi i stanu płodu (bicie serca płodu, ruchy płodu) oraz stanu zdrowia ciężarnej.
2. W ciąży ryzyka zaleca się od 25 tygodnia ciąży mierzenie i notowanie na wykresie odległości od spojenia łonowego do dna macicy przy każdej wizycie (Gravidogram Westina), po 30 tyg. ciąży – codzienne liczenie ruchów płodu przez matkę.
3. Przy zagrożeniu porodem przedwczesnym, obowiązuje zebranie badanie gotowości porodowej i stanu szyjki macicy (test Menekinga) przy każdej wizycie.



W latach 90-tych sytuacja była nadal wysoce niezadowalająca.

Wskaźnik umieralności okołoporodowej (płody i noworodki)

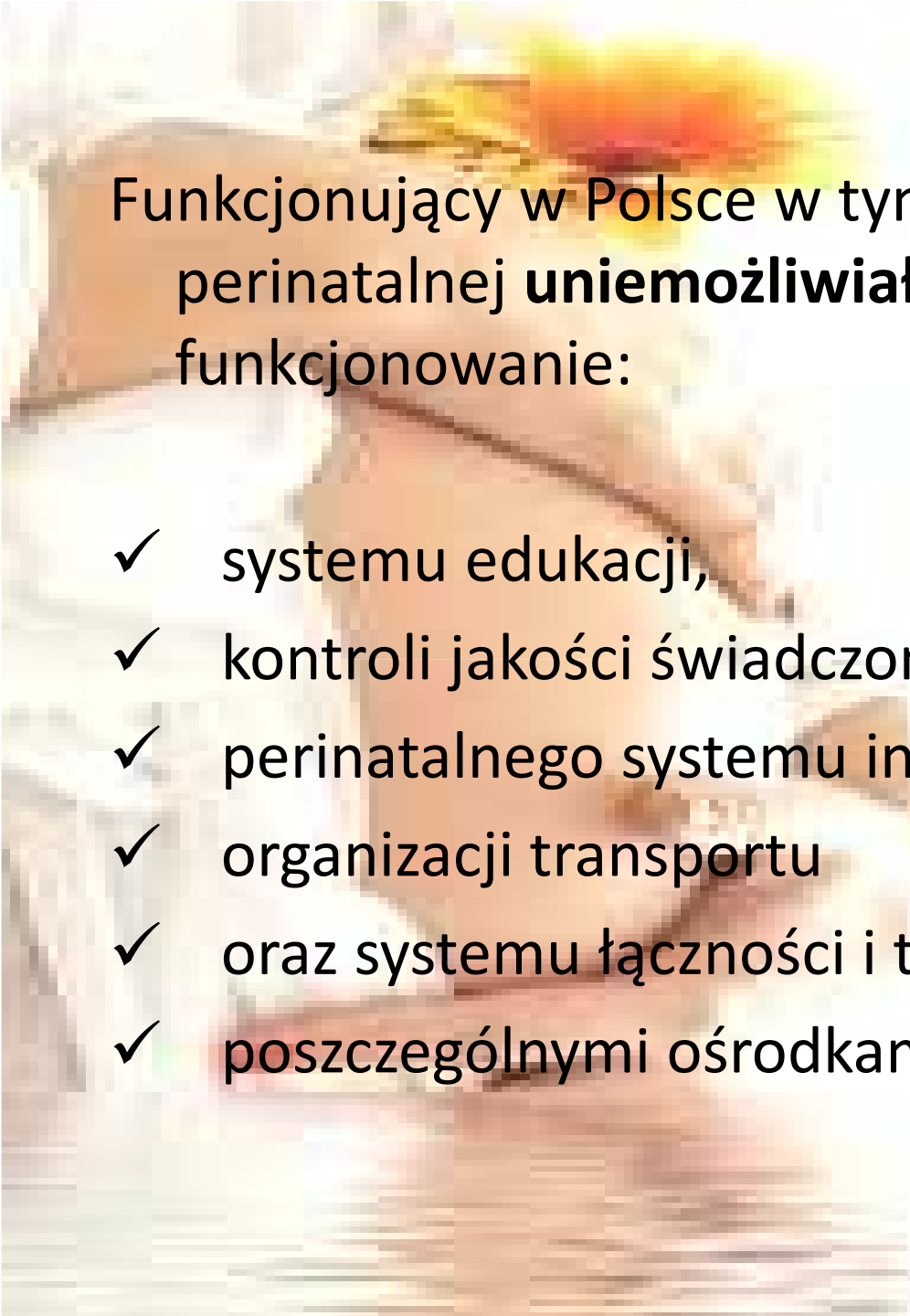
w 1992 roku wynosił 17,4 ‰;

w 1995 roku - 15,3 ‰;

w 1996 roku - 12,2 ‰

i przy znacznym zróżnicowaniu jego wielkości w różnych regionach kraju był jednym z najwyższych w Europie.

Ponad 55 % zgonów dotyczyło dzieci z małą i bardzo małą masą ciała, a 70 % umierało w okresie noworodkowym (w ciągu pierwszych 28 dni życia).



Funkcjonujący w Polsce w tym okresie system opieki perinatalnej **uniemożliwiał prawidłowe** funkcjonowanie:

- ✓ systemu edukacji,
- ✓ kontroli jakości świadczonych usług,
- ✓ perinatalnego systemu informacji,
- ✓ organizacji transportu
- ✓ oraz systemu łączności i telekomunikacji pomiędzy
- ✓ poszczególnymi ośrodkami



Uznano, że przyczyny umieralności noworodków mają bezpośredni związek z okresem okołoporodowym.

W krajach wysoko rozwiniętych był on ponad dwukrotnie niższy.

Odsetek noworodków urodzonych z małą masą ciała był wysoki i wynosił:

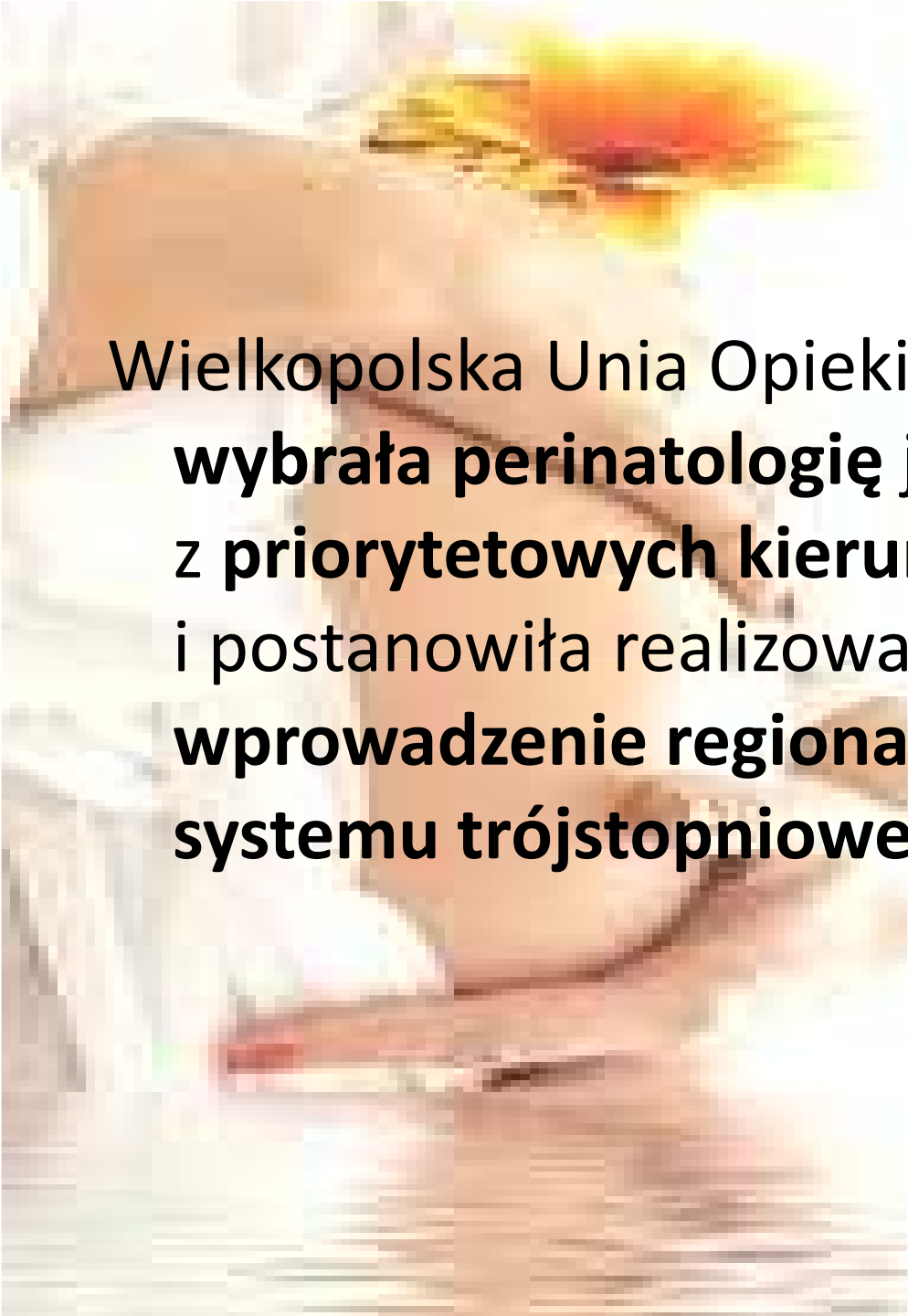
w 1992 roku - 8 %,

w 1995 roku - 6,7 %

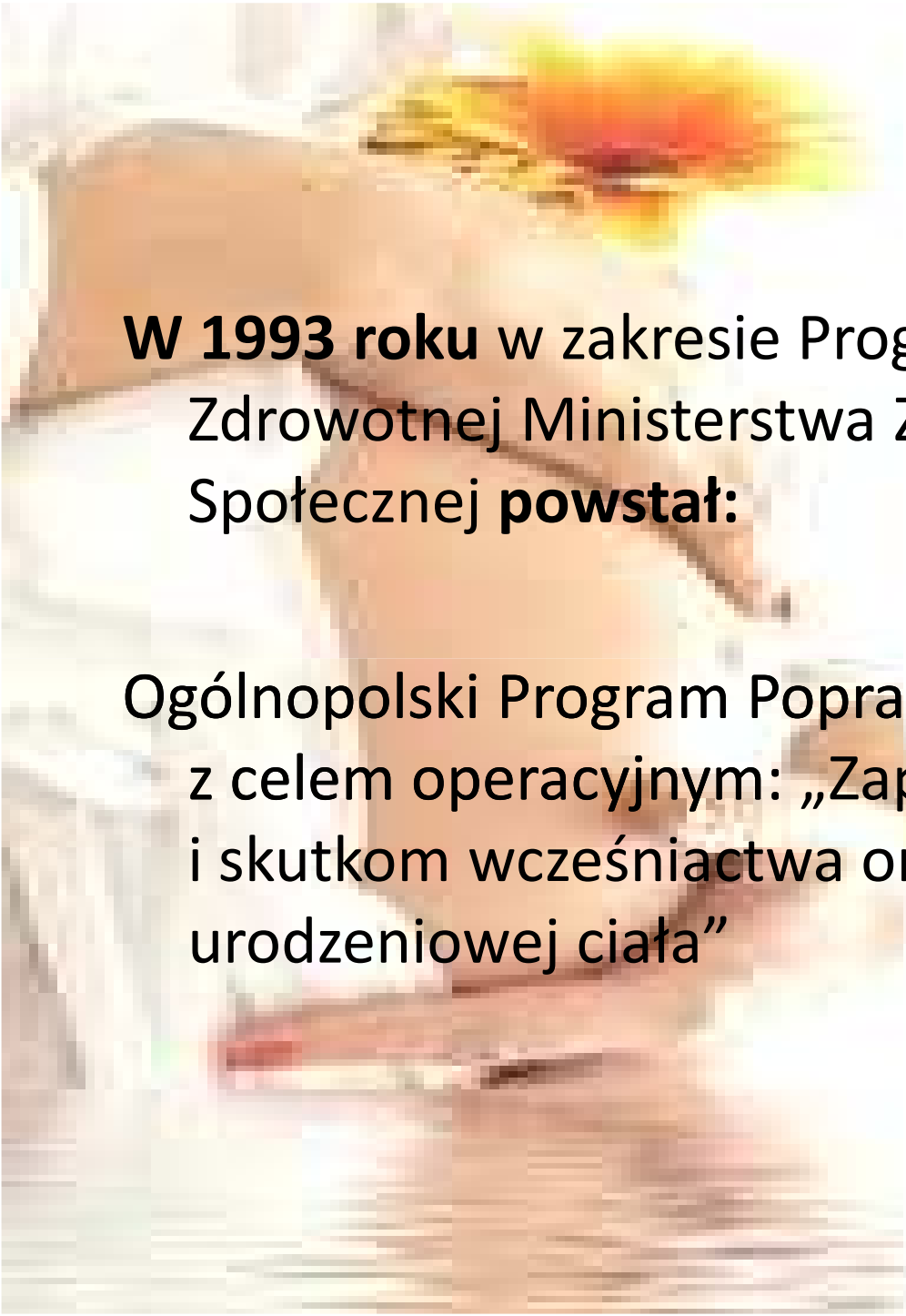


Odsetek porodów przedwczesnych w Polsce
był również wysoki - około 8 % w 1993 r.

w porównaniu z około 3 % w Finlandii w tym
samym czasie.



Wielkopolska Unia Opieki Zdrowotnej (1992)
wybrała perinatologię jako jeden
z **priorytetowych kierunków** działania
i postanowiła realizować program poprzez
wprowadzenie regionalnego kompleksowego
systemu trójstopniowej opieki perinatalnej



W 1993 roku w zakresie Programów Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia i Polityki Społecznej **powstał:**

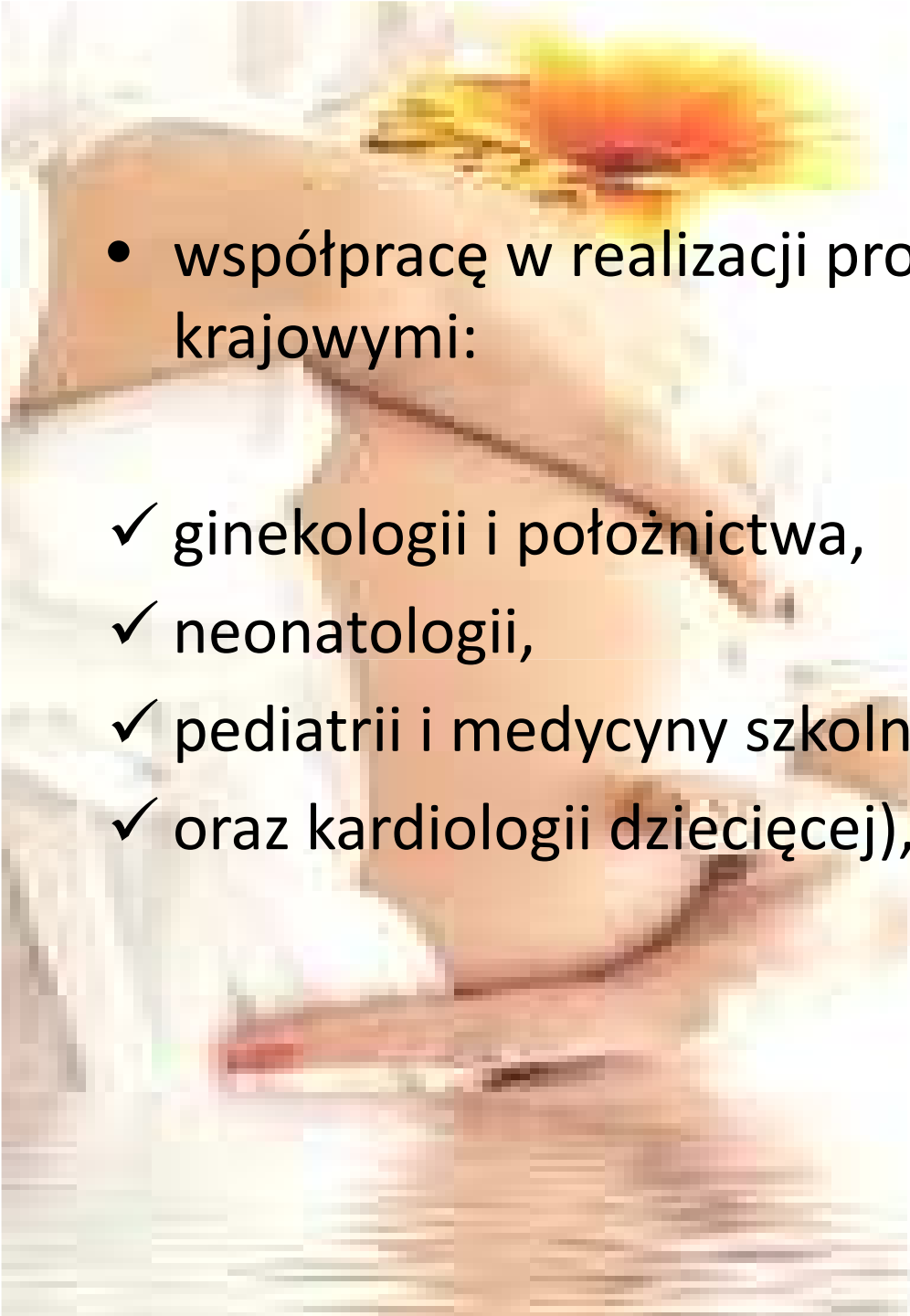
Ogólnopolski Program Poprawy Opieki Perinatalnej –
z celem operacyjnym: „Zapobieganie występowaniu
i skutkom wcześniactwa oraz małej masie
urodzeniowej ciała”



W 1995 roku decyzją Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej powstał zespół do opracowania programu poprawy opieki perinatalnej, który opracował i opublikował program.

Podstawę funkcjonowania programu w Polsce stanowiło ujęcie regionalne i wielokierunkowe, oznaczało to, że w skali regionu równolegle podejmuje się działania, które doprowadzić mają do:

- podziału kompetencji oddziałów położniczych i noworodkowych na trzy poziomy opieki perinatalnej,



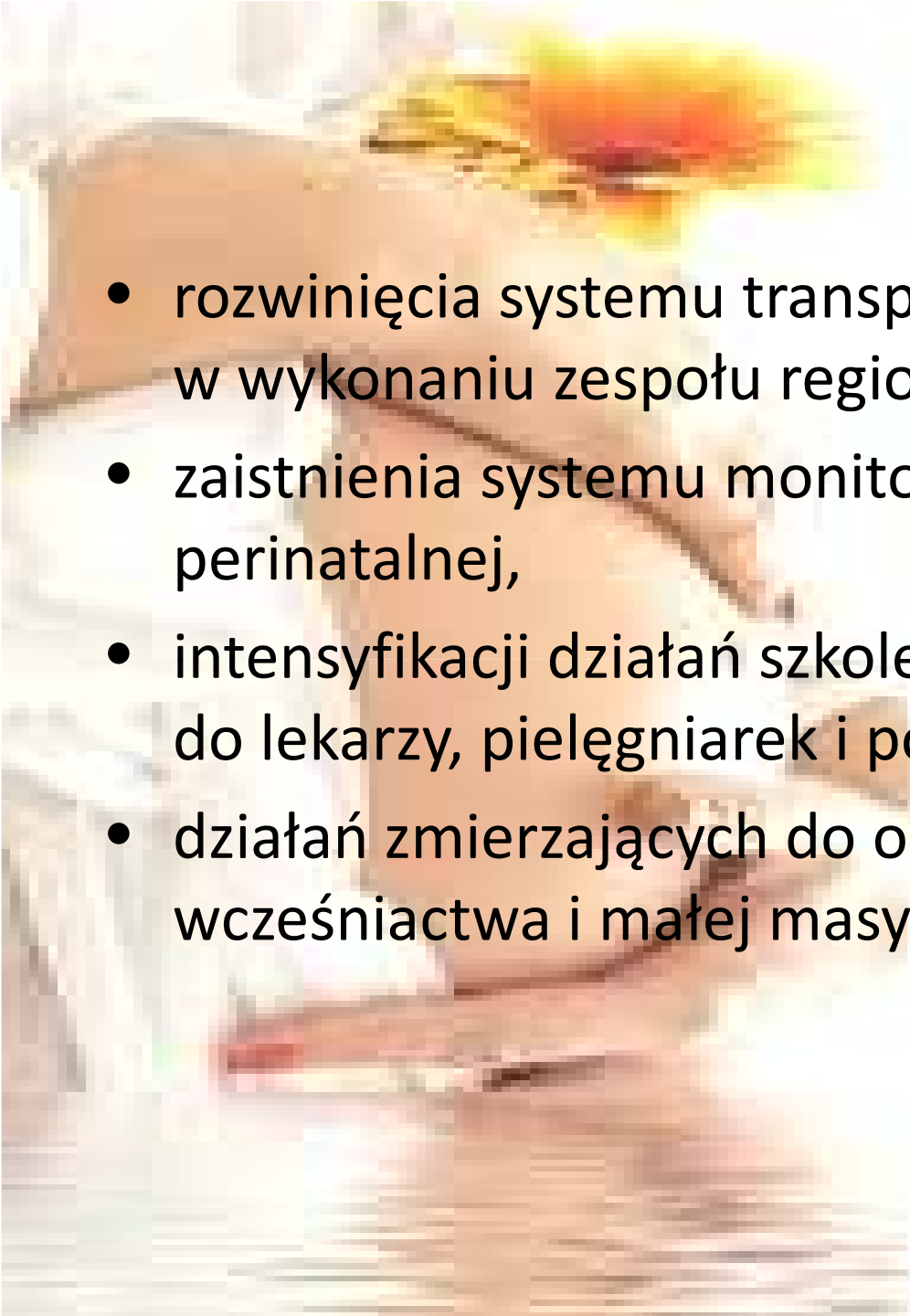
- współpracę w realizacji programu z nadzorcami krajowymi:

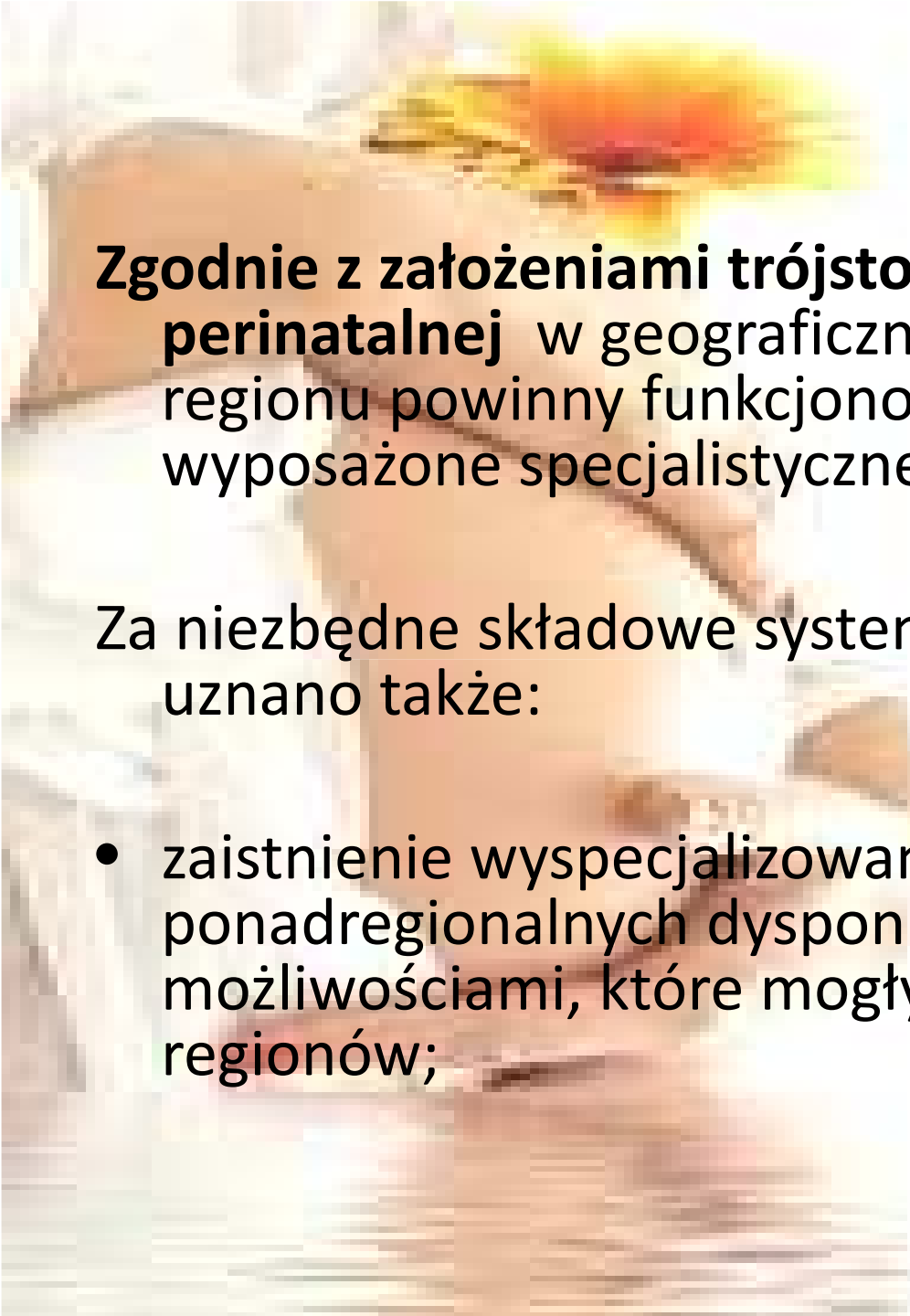
- ✓ ginekologii i położnictwa,
- ✓ neonatologii,
- ✓ pediatrii i medycyny szkolnej
- ✓ oraz kardiologii dziecięcej),



a także towarzystwami naukowymi:

- ✓ Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej,
- ✓ Polskie Towarzystwo Ginekologiczne,
- ✓ Polskie Towarzystwo Pediatryczne
- ✓ oraz Polskie Towarzystwo Chirurgii Dziecięcej

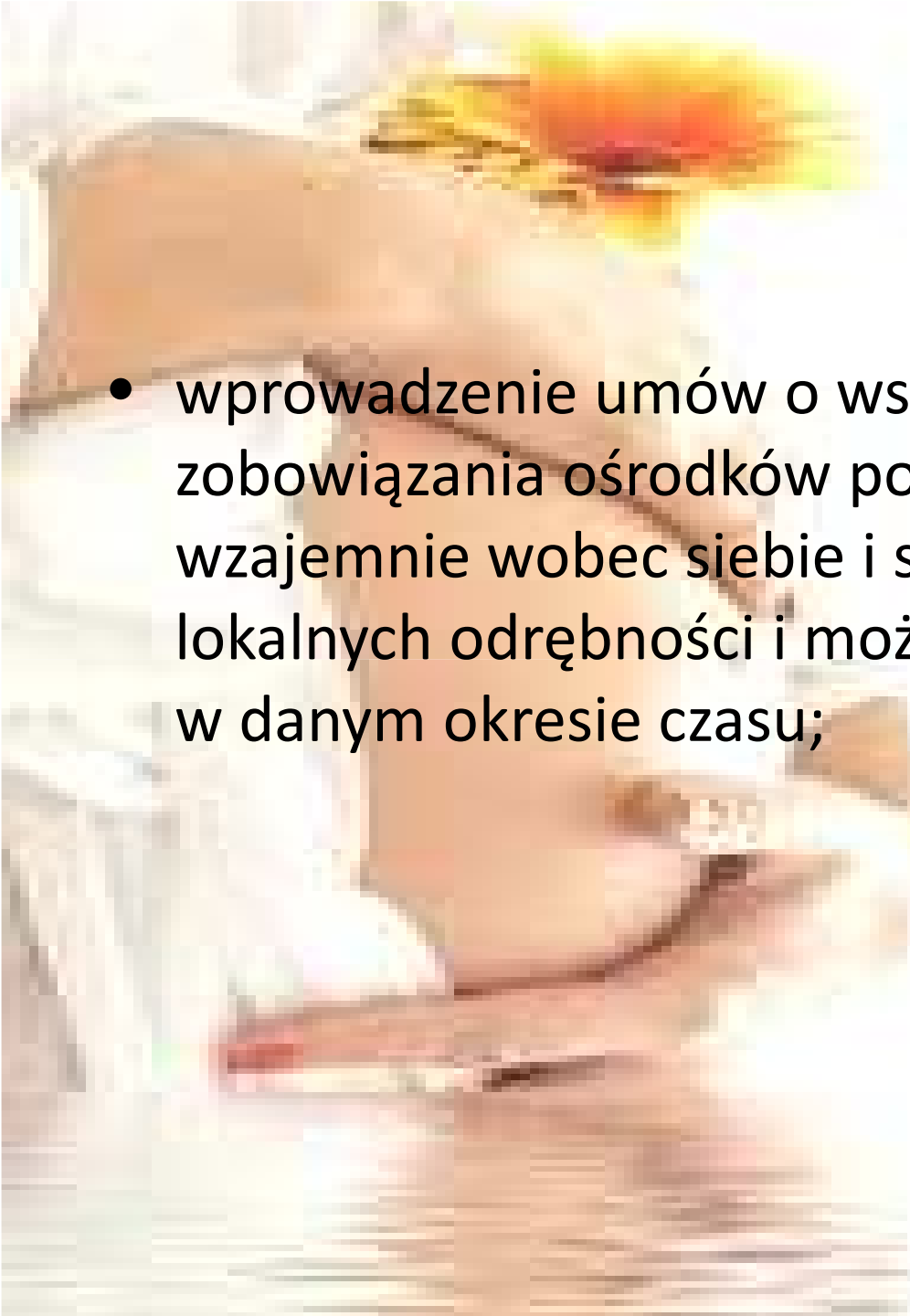
- 
- rozwinięcia systemu transportu noworodków w wykonaniu zespołu regionalnego,
 - zaistnienia systemu monitorowania jakości opieki perinatalnej,
 - intensyfikacji działań szkoleniowych w odniesieniu do lekarzy, pielęgniarek i położnych,
 - działań zmierzających do obniżenia wskaźnika wcześniactwa i małej masy ciała

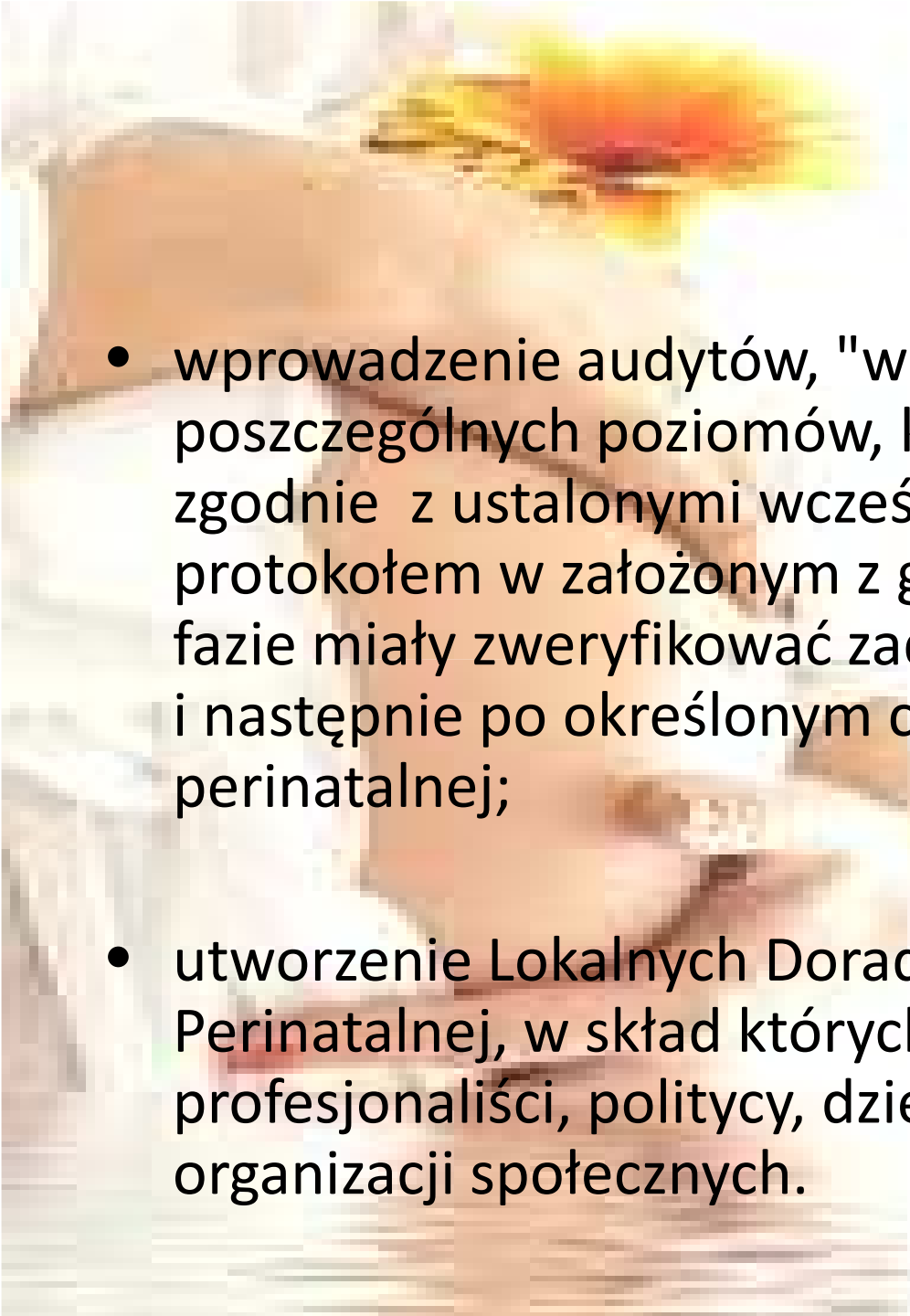


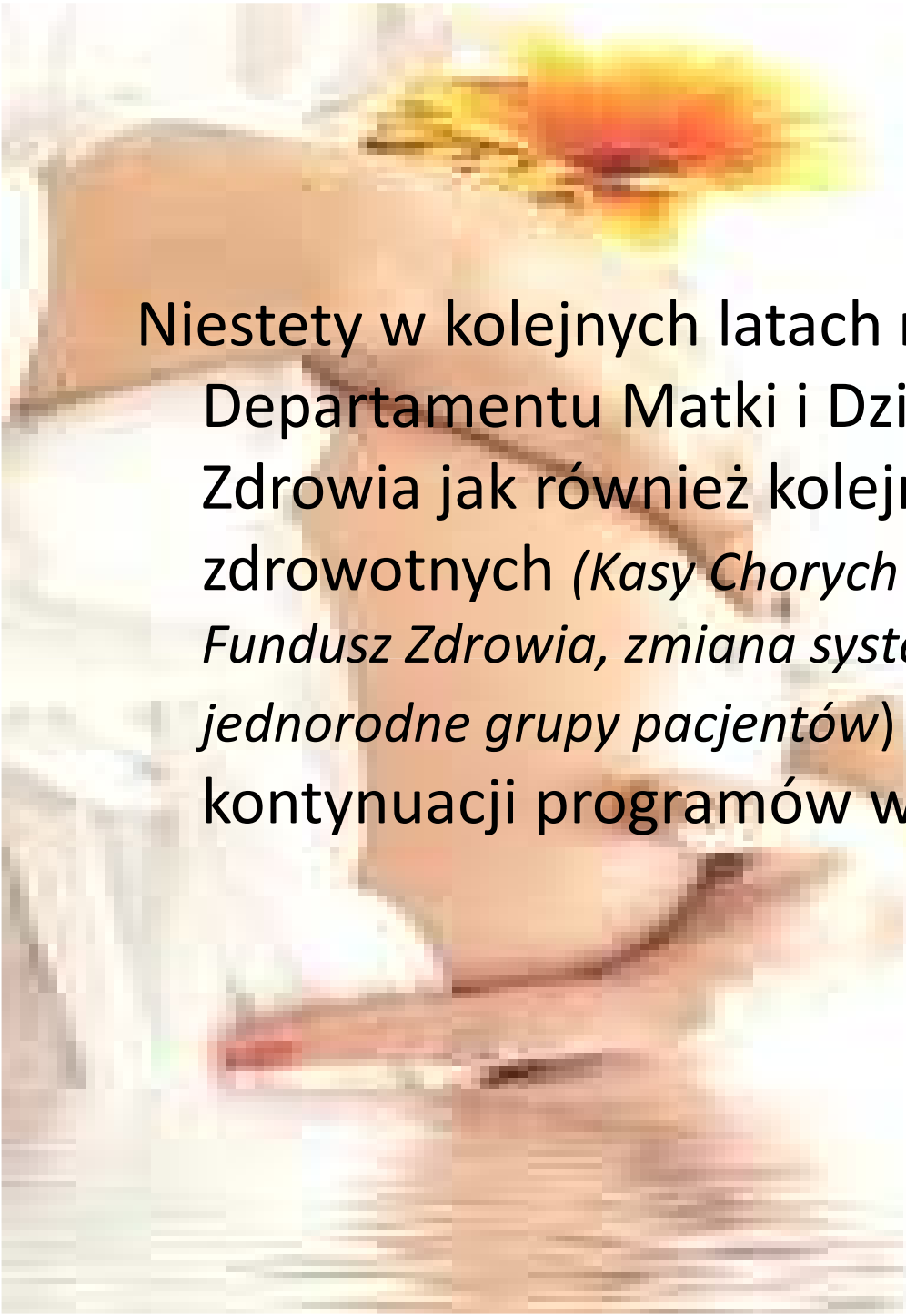
Zgodnie z założeniami trójstopniowego systemu opieki perinatalnej w geograficznym centrum każdego regionu powinny funkcjonować bardzo dobrze wyposażone specjalistyczne oddziały.

Za niezbędne składowe systemu w tamtym czasie uznano także:

- zaistnienie wyspecjalizowanych ośrodków ponadregionalnych dysponujących wybranymi możliwościami, które mogły być oferowane grupie regionów;

- 
- wprowadzenie umów o współpracy określających zobowiązania ośrodków poszczególnych poziomów wzajemnie wobec siebie i systemu z uwzględnieniem lokalnych odrębności i możliwości występujących w danym okresie czasu;

- 
- wprowadzenie audytów, "wizytacji", ośrodków poszczególnych poziomów, które odbywałyby się zgodnie z ustalonymi wcześniej zasadami przyjętym protokołem w założonym z góry składzie w pierwszej fazie miały zweryfikować zadeklarowane możliwości i następnie po określonym czasie ocenić wyniki opieki perinatalnej;
 - utworzenie Lokalnych Doradczych Komitetów Opieki Perinatalnej, w skład których mieli wejść profesjonaliści, politycy, dziennikarze, przedstawiciele organizacji społecznych.



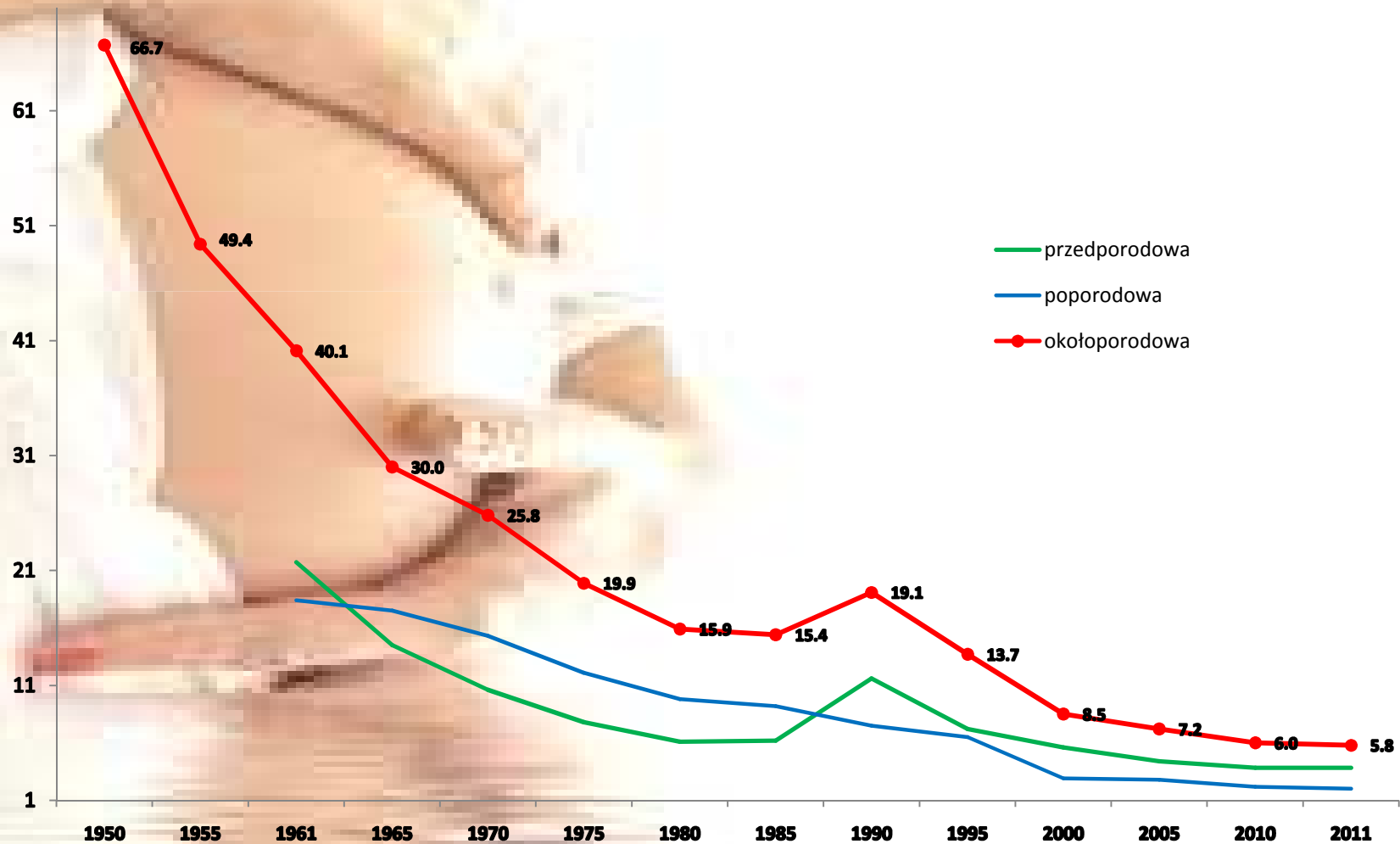
Niestety w kolejnych latach **na skutek likwidacji** Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia jak również kolejnych reform ubezpieczeń zdrowotnych (*Kasy Chorych przekształcone w Narodowy Fundusz Zdrowia, zmiana systemu rozliczeń z procedur na jednorodne grupy pacjentów*) spowodowały brak kontynuacji programów wdrożonych w 1995 roku.



System trójstopniowej opieki funkcjonuje w zasadzie siłą tradycji i uporem zespołów skupionych wokół perinatologii.

Efektom oficjalnego braku kontynuacji programu jest **spowolnienie poprawy** w opiece nad matką i dzieckiem, na co wskazują wskaźniki m.in. umieralności okołoporodowej noworodków i matek.

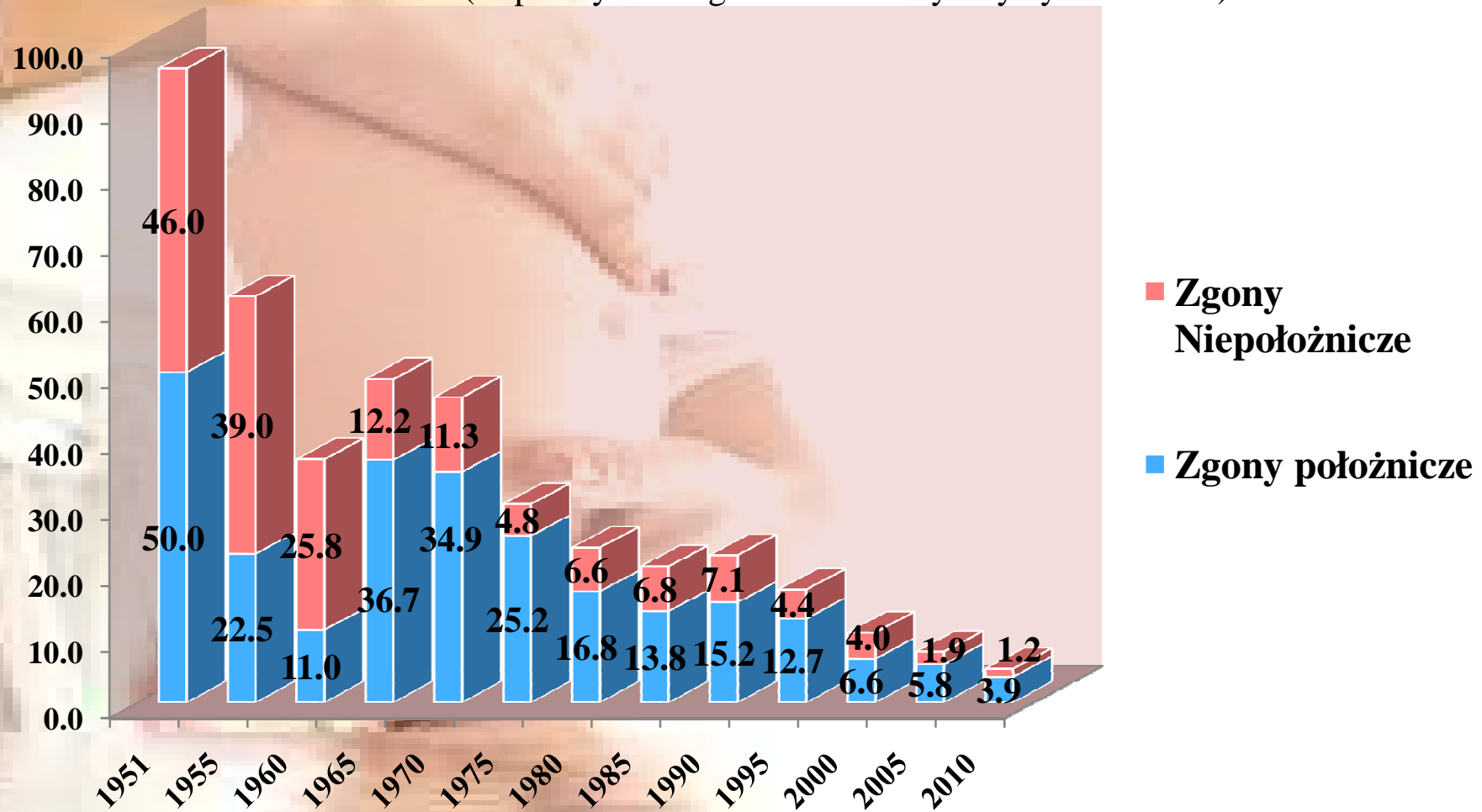
Umieralność okołoporodowa w latach 1950-2011



Zgony matek w Polsce w latach 1951 - 2010

przyczyny położnicze i niepołożnicze

(współczynniki zgonów na 100 tys. żywych urodzeń)



Zgony matek w Polsce w latach 1951 - 1972

Rok	Żywe urodzenia (tys.)	Zgony położnicze	Współczynnik zgonów matek
1951-1955	3913,5	1358	34,7
1956-1960	3710,0	706	18,9
1961-1965	2827,7	987	34,9
1966-1970	2659,5	869	32,7
1971-1972	1142,3	242	21,2
1951-1972	14253,0	4161	29,2