

Analiza wskazań do cięcia cesarskiego w Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie

Analysis of cesarean section indications at New Hospital in Wąbrzeźno

STRESZCZENIE

Wstęp: Poród zabiegowy wykonany z właściwych wskazań ratuje życie dziecka i zdrowie kobiety rodzącej.

Materiał i metody: Analiza wskazań do cięcia cesarskiego w latach 2010 i 2011.

Wyniki: W 2010 roku w Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie przyszły na świat 264 noworodki, a w 2011 roku — 222. W 2010 roku wykonano 53 cięcia cesarskie, 1 raz (0,38%) pomoc ręczną w położeniu miednicowym płodu, a w roku 2011 wykonano 48 cięć cesarskich, 1 raz (0,45%) odebrano poród z pomocą ręczną oraz 1 raz (0,45%) założono kleszcze położnicze.

Wnioski: Niestety w ostatnich latach obserwujemy stały wzrost ilości cięć cesarskich, a ilość porodów operacyjnych drogą pochwową drastycznie spada. Te tendencje nie są charakterystyczne tylko dla wysokoreferencyjnych ośrodków, obserwujemy je również w małych szpitalach powiatowych.

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, tom 7, nr 6, 295–299

słowa kluczowe: cięcie cesarskie, poród

ABSTRACT

Background: Instrumental birth performed with correct indications is rescue child life and woman health.

Material and methods: Analysis of introductions to cesarean section in 2010 and 2011.

Results: During 2010 in New Hospital in Wąbrzeźno was born 264 neonates, and in 2011 — 222. In 2010 did 53 cesarean sections, 1 (0.38%) vaginal breech delivery in breech presentation, and in 2011 did 48 cesarean sections, 1 (0.45%) vaginal breech delivery, and 1 (0.45%) vaginal forceps delivery.

Karolina Waleśkiewicz-Ogórek^{1,2},
Paweł Rajewski³,
Natalia Kolesińska-Konkel^{1,4},
Marek Józefowicz²,
Michał Roślewski²,
Marek Grabiec¹,
Piotr Rajewski⁵,
Aleksandra Roślewska⁶

¹Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Nowy Szpital w Wąbrzeźnie

³Oddział Chorób Wewnętrznych, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Bydgoszczy

⁴Nowy Szpital w Szubinie i Nakle

⁵Katedra i Klinika Neurologii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁶Zakład Biochemii Środowiska, Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy w Bydgoszczy

Adres do korespondencji:

dr n. med. Karolina Waleśkiewicz
Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Ujejskiego 75, 85–168 Bydgoszcz

Conclusions: Unfortunately, we still observed permanent increase of cesarean sections number. And the number of instrumental vaginal birth drastically falling down. This trend is not only typical for high-references clinics, but we can observe it also in small district hospitals.

Forum Medycyny Rodzinnej 2013, vol 7, no 6, 295–299

key words: cesarean section, labour

WSTĘP

Poszczególne operacje położnicze stanowią elementy różnych systemów postępowania położniczego w różnych krajach, regionach, klinikach i szpitalach. Wśród operacji położniczych kończących ciążę lub poród znajdują się: cięcia cesarskie, porody instrumentalne, rękoczynny stosowane w położeniach miednicowych, a udział zabiegów położniczych jest różny w różnych ośrodkach. Różnice te wynikają nie tylko z innego podejścia do wskazań, warunków i typów znieczulenia, ale także z populacji leczonych pacjentek oraz indywidualnych preferencji lekarzy położników. Odsetek wykonywanych zabiegów, wzajemne proporcje między nimi, a także tendencje do ich zmian w czasie charakteryzują dany ośrodek.

Rozwój metod diagnostycznych pozwala na wcześniejsze wykrycie zagrożenia dla matki i płodu. Zmniejsza się wyraźnie akceptacja niepowodzeń położniczych, w tym także przemijających powikłań płodowych. W czasach, gdy zmniejsza się ilość dzieci w poszczególnych rodzinach i istnieje podsycane przez media pragnienie urodzenia noworodka w idealnym stanie, po nieurazowym porodzie, położnicy muszą się liczyć z roszczeniami, u podstaw których leżą powikłania nie tylko okresu noworodkowego i dziecięcego, ale również w późniejszych latach życia [1]. Stale obserwuje się tendencje do częstszego kończenia ciąży z położeniem miednicowym płodu drogą brzuszną, pomoc ręczna jest zabiegiem wykonywanym coraz rzadziej na salach porodowych. Zarówno na świecie, jak i w Polsce obserwuje się ujemny przyrost naturalny z jednoczesnym wzrostem liczby porodów ukończonych cię-

ciem i tendencję do rozszerzania wskazań do wykonania cięcia cesarskiego. Częstość wykonywanych cięć cesarskich w krajach europejskich według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) oscyluje w granicach 30%, a ich ilość z roku na rok systematycznie wzrasta. Natomiast wskazania do cięcia cesarskiego w praktyce klinicznej w ostatnich latach nie zmieniły się w sposób istotny [2, 3].

CEL PRACY

W niniejszej pracy podjęto próbę przeanalizowania wskazań do zabiegowego ukończenia porodu w ostatnich 2 latach działalności Nowego Szpitala w Wąbrzeźnie. Jest to szpital powiatowy w miasteczku liczącym niespełna 15 tysięcy mieszkańców, gdzie kobiety stanowią ponad 50% populacji.

MATERIAŁ I METODY

Na podstawie dokumentacji medycznej — książka porodowa oraz książka operacyjna — przeanalizowano wskazania do cięcia cesarskiego w roku 2010 i 2011. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej i wyciągnięto wnioski.

WYNIKI

W 2010 roku w Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie przyszły na świat 264 noworodki, a w 2011 roku — 222. W 2010 roku wykonano 53 cięcia cesarskie, 1 (0,38%) pomoc ręczną w położeniu miednicowym płodu, a w roku 2011 wykonano 48 cięć cesarskich, 1 raz (0,45%) odebrano poród z pomocą ręczną, oraz 1 raz (0,45%) założono kleszcze położnicze (tab. 1).

Tabela 1

Porody w Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie w 2010 i 2011 roku

Rok	Ilość porodów	Cięcia cesarskie	Cięcia cesarskie (%)
2010	264	53	20
2011	222	48	21,6

Tabela 2

Charakterystyka pacjentek ze względu na ilość odbytych porodów

Rok	Pierwiastki	Cięcia cesarskie (%)	Wieloródki	Cięcia cesarskie (%)
2010	23	43,5	31	58,5
2011	31	64,5	16	33,5

Tabela 3

Wskazania do cięcia cesarskiego w Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie w 2010 i 2011 roku

Wskazanie do cięcia cesarskiego	2010		2011	
	Cięcia cesarskie	Cięcia cesarskie (%)	Cięcia cesarskie	Cięcia cesarskie (%)
Brak postępu porodu	26	49,05	15	31,25
Niewspółmierność porodowa	18	33,96	10	20,83
Wysokie proste stanie główki	5	9,43	3	6,25
Zagrażająca zamartwica	10	18,86	9	18,75
Stan po cięciu cesarskim	10	18,86	4	8,33
Stan po 2 cięciu cesarskim	7	13,20	2	4,16
Stan po 3 cięciu cesarskim	2	3,77	1	2,08
Ułożenie stópkowe	1	1,88	1	2,08
Ułożenie odgięciowe	1	1,88	0	0
Rozejście się blizny po cięciu cesarskim	1	1,88	0	0
Położenie miednicowe u pierwiastki	2	3,77	3	6,25
Przedwczesne odklejenie łożyska	1	1,88	0	0
Stan przedrzucawkowy	0	0	1	2,08
Stan po złamaniu miednicy	1	1,88	0	0
Wypadnięcie pępowiny	1	1,88	0	0
Cholestaza	0	0	1	2,08
Wskazanie okulistyczne	0	0	2	4,16

Na przestrzeni dwóch analizowanych lat najczęstszym wskazaniem do wykonania cięcia cesarskiego był brak postępu porodu — odpowiednio 49,05% w 2010 roku i 31,25% w 2011 roku. W 2010 roku kolejnymi wskazaniami były: stan po przebytych cięciach cesarskich (jednym lub więcej — 35,85%), a następnie niewspółmierność porodowa (33,96%). Natomiast w 2011 roku drugim co do częstości wskazaniem była niewspółmierność porodowa (20,83%), a następnie

stan po przebytych uprzednio cięciach cesarskich (14,58%). Zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna płodu była na czwartym miejscu w rankingu wskazań zarówno w 2010 roku (18,86%), jak i w 2011 roku (18,75%) (tab. 2). Wskazania nagłe, takie jak stan przedrzucawkowy, rozejście się blizny po przebytym cięciu cesarskim, czy wypadnięcie pępowiny, stanowią łącznie około 6% wskazań. Wskazania pozapolożnicze stanowiły poniżej 5% (tab. 3).

Tabela 4

Rozkład cięć cesarskich w zależności od sytuacji położniczej

Sytuacja położnicza	2010		2011	
	Cięcia cesarskie	Cięcia cesarskie (%)	Cięcia cesarskie	Cięcia cesarskie (%)
Rozwarcie: brak	5	9,43	4	8,33
Rozwarcie: 1–3 cm	12	22,64	20	41,66
Rozwarcie: 4–7 cm	11	20,75	11	22,91
Rozwarcie: 8–9 cm	10	18,86	4	8,33
Rozwarcie: całkowite	15	28,30	9	18,75

Należy zwrócić uwagę na fakt, że część wskazań współistniała ze sobą. I tak na przykład najczęściej brak postępu porodu związany był z niewspółmiernością porodową lub nieprawidłowym wstawianiem się części przodu do kanału rodowego. Natomiast stan po przebytym cięciu cesarskim związany był z rozpoznaniem zwężonej miednicy u pacjentki.

W 2010 roku znacznie częściej wykonywano cięcia cesarskie ze wskazań pojawiających się w trakcie przebiegu porodu, przy dużym rozwarciu szyjki macicy (około 19%), a zwłaszcza przy pełnym rozwarciu ujścia (30%). Natomiast w 2011 roku widać zdecydowany wzrost cięć cesarskich wykonywanych przy mniejszym rozwarciu ujścia części pochwy (ok. 50%), co jest skorelowane z większą ilością cięć cesarskich wykonywanych ze wskazań pozapołożniczych.

DYSKUSJA

W Polsce od ponad 20 lat obserwuje się stały wzrost cięż i porodów zakończonych cięciem cesarskim. W 1994 roku procent cięć cesarskich wynosił 13,8%, w 1999 wzrósł do 18,1%, w 2001 do 21,1%, w 2003 roku do 24,8%, a w 2005 roku do 28% [4]. W oddziałach III stopnia referencyjności odsetek ten w 2009 roku wynosił 40,9%, a w oddziałach I stopnia — 30,2% (średnio 32,0%) [5]. W niniejszej pracy podjęto próbę przeanalizowania wskazań do zabiegowego ukończenia porodu w ostatnich dwóch latach działalności oddziału ginekologiczno-położniczego. Aby

trafnie wyciągnąć wnioski, należy pamiętać, że jest to oddział mały, I stopnia referencyjności, gdzie głównie odbywają się porody fizjologiczne. Pacjentki z ciążą powikłaną, cukrzycą ciążową, nadciśnieniem indukowanym ciążą, cholestazą bądź innymi patologiami przekazywane są w trybie planowym do ośrodków o wyższej referencyjności — do oddalonego o około 30 km Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu (II stopień referencyjności) bądź do Kliniki Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej w Bydgoszczy (ośrodek III stopnia referencyjności, oddalony o 80 km od Wąbrzeźna). Stąd też profil pacjentek rodzących w Nowym Szpitalu w Wąbrzeźnie oscyluje głównie wokół porodów fizjologicznych, cięcia cesarskie są wykonywane przede wszystkim ze wskazań nagłych, wynikających z nieprawidłowości przebiegu porodu. Jednakże, podobnie jak w ośrodkach wyższej referencyjności, można zaobserwować tendencję wzrastającą w kierunku zwiększonej ilości cięć cesarskich ze wskazań pozapołożniczych, takich jak wskazania okulistyczne czy ortopedyczne.

W tak krótkim czasie obserwujemy spadek ilości porodów o 26% przy jednoczesnym wzroście odsetka wykonywanych cięć cesarskich. Natomiast pochwyne porody zabiegowe wykonywane są sporadycznie, a ich częstość nie przekracza 1% wszystkich porodów w ciągu roku.

Aby zredukować ciągle wzrastający odsetek cięć cesarskich, sugerowane jest częstsze przeprowadzanie porodów operacyjnych

drogą pochwową [6]. Królewskie Kolegium Położników i Ginekologów (RCOG, *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*) zaleca używanie próżniociągu położniczego jako metody z wyboru, a kleszczy wyjściowych w ułożeniach wierzchołkowych lub położeniach miednicowych [7]. W Polsce wykorzystanie kleszczy w porodach miednicowych raczej nie jest brane pod uwagę, tym bardziej że według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) wszystkie pierwiastki z położeniem miednicowym płodu są kwalifikowane do planowego cięcia cesarskiego.

Jedną z wielu przyczyn wysokiego odsetka zastosowania cięć cesarskich jest wykonywanie tego zabiegu w II okresie porodu bez podejmowania próby operacyjnego ukończenia porodu drogą pochwową [8]. Wilczyński i wsp. stwierdzili, że w każdym przypadku pojawienia się nagłych wskazań do zakończenia porodu przy główce ustalonej w próżni należy przeprowadzić próbę porodu drogami naturalnymi celem uniknięcia komplikacji wynikających w trakcie ewentualnego cięcia cesar-

skiego, gdyż stan urodzeniowy noworodków w obu badanych grupach nie wykazywał zasadniczych różnic statystycznych [8]. Stanowisko takie prezentuje również Komitet ds. Praktyk Położniczych (*Clinical Practice Obstetrics Committee*) oraz Kanadyjskie Towarzystwo Położników i Ginekologów (COGC, *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*) [9]. Podobne wytyczne ustalone zostały przez RCOG, który celem zwiększenia liczby porodów drogą pochwową zaleca stosowanie kleszczy wyjściowych w ułożeniach wierzchołkowych lub w położeniach miednicowych płodu, natomiast używanie próżniociągu położniczego jako metody z wyboru [7].

Należy pamiętać, że w krajach rozwijających się śmiertelność matek po cięciu cesarskim może być nawet 10-krotnie większa niż po porodzie drogami natury; natomiast w krajach rozwiniętych jest ona 2–4-krotnie większa. Dlatego nasze dążenia powinny być ukierunkowane na obniżenie odsetka wykonywanych cięć cesarskich i próbę ograniczenia dalszego wzrostu liczby tych operacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Poręba R., Jędrzejko M., Poręba A., Sioma-Markowska U. Wskazania do cięcia cesarskiego. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2008; 1: 11–18.
2. Szachulowicz J., Karwan-Płońska A., Balcer A., Donarska-Suchańska B., Mielczarek W. Sposób ukończenia ciąży i porodu po przebytych cięciach cesarskich. *Gin. Pol.* 1999; 70 (9): 588–592.
3. Perveen F., Shah Q. Obstetric outcome after one previous cesarean section. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 1997; 23 (4): 341–346.
4. Bręborowicz H.G. *Operacje położnicze*. Poznań 2007: 165–257.
5. Troszyński M. Umieralność okołoporodowa wczesna (0–6) płodów i noworodków w Polsce 2009 oraz 1999–2009. Materiały Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 2010.
6. Towner D. i wsp. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *New England Journal of Medicine* 1999, 341 (23): 1709–1714.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Effective procedures in obstetrics: Suitable Audit*. National Audit Unit, Manchester 1993.
8. Wilczyński A., Krzemieniowska J., Gryboś M., Matusiak M. Kleszcze średnie czy cięcie cesarskie? *Gin. Pol.* 2006; 1 (supl. 2): 163–172.
9. Guideline for operative vaginal birth. Prepared and reviewed by Clinical Practice Obstetrics Committee and approved by Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2004; 26: 747–753.