

Grzesik Gąsior Joanna, Granisz Ewelina, Bień Agnieszka, Rzońca Ewa. Midwife in the prevention of preterm birth. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(8):1461-1476. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1064797>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5057>
<https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/838492>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).

1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Authors 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 05.08.2017. Revised: 12.08.2017. Accepted: 31.08.2017.

Położna w profilaktyce porodów przedwczesnych

Midwife in the prevention of preterm birth

Joanna Grzesik-Gąsior¹, Ewelina Granisz¹, Agnieszka Bień², Ewa Rzońca²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Student Research Group of the Department of the Basics of Midwifery, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin, Poland

² Zakład Podstaw Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Department of the Basics of Midwifery, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

STRESZCZENIE

Występowanie porodu przedwczesnego stanowi ogromne wyzwanie dla współczesnego położnictwa. Pomimo ciągłego rozwoju opieki prenatalnej częstość występowania porodu przedwczesnego pozostaje na stałym poziomie od wielu lat. Opracowywanie metod jego profilaktyki jest przedmiotem zainteresowań wielu badaczy zarówno w Polsce, jak i na świecie. Wskutek wieloczynnikowej etiologii postępowanie w przypadku tej patologii jest bardzo trudne i nie ma jednej drogi, która skutecznie wyeliminuje zagrożenie. Najbardziej skuteczna wydaje się być promocja zdrowia i wdrażanie postępowania profilaktycznego nie tylko w ciąży, ale także w okresie przedkoncepcyjnym, głównie poprzez edukację w zakresie prozdrowotnego stylu życia. Pracownicy ochrony zdrowia, w tym położne powinni dokładać wszelkich starań mających na celu zminimalizowanie skutków, jakie niesie ze sobą zagrożenie przedwczesnym porodem, między innymi poprzez wdrażanie działań profilaktycznych. Celem pracy jest ukazanie zadań położnej w profilaktyce porodu przedwczesnego, na wszystkich poziomach prewencji.

Słowa kluczowe: profilaktyka, położna, poród przedwczesny

ABSTRACT

Preterm birth is an enormous challenge for the modern obstetrics. Despite the fact that there is a continuous development of prenatal care, the frequency of preterm birth occurrence remains constant. The development of its prophylaxis methods is of utmost interest for many researchers and scholars in Poland and in the world. As a result of multifactorial etiology, the procedure in case of this pathology is vastly difficult and there is no one way, which could effectively eliminate the risk of preterm birth. The most effective way to prevent this kind of pathology, seems to be health promotion and the implementation of prophylaxis methods, not only during the period of pregnancy but also in the pre-pregnancy period. This can be achieved through the education in the field of healthy lifestyle. Health care workers, including midwives, should make every effort to reduce the effects of the preterm birth occurrence. This should be executed by the implementation of the prophylactic methods. The aim of this article is to show the midwife's responsibilities in the prevention of preterm birth at all levels of its prophylaxis.

Key words: prophylaxis, midwife, preterm birth

Wprowadzenie

Jednym z poważniejszych powikłań ciąży jest zagrożenie porodem przedwczesnym, którego częstość występowania, pomimo wielokierunkowego rozwoju medycyny perinatalnej, pozostaje na niezmiennym poziomie. Prawie połowa czynników powodujących porody przedwczesne jest niewyjaśniona. Niewątpliwie jednym z głównych elementów terapii przedwczesnych narodzin dziecka jest profilaktyka prowadzona u kobiet już od najmłodszych lat, kiedy kształtuje się styl życia i zachowania prozdrowotne. Również profilaktyczne wprowadzenie antybiotykoterapii, sterydoterapii i tokolizy pozwala uzyskać lepsze rezultaty w opiece nad kobietą z nieprawidłowym przebiegiem ciąży. Dodatkowo stałe dokształcanie się personelu położniczego jest nieodłącznym elementem realizowania wysokiej jakości

opieki, poprzez wczesne rozpoznawanie patologii w ciąży, a następnie wdrażanie odpowiedniego postępowania [1].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje poród przedwczesny jako urodzenie dziecka po ukończonym 22 tygodniu ciąży, a przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży, w wyniku którego rodzi się noworodek niedojrzały, o urodzeniowej masie ciała mniejszej niż 2500 g, wymagający wielofazowej, specjalistycznej opieki wykwalifikowanej kadry medycznej. Występowanie porodu przedwczesnego pomimo wielokierunkowego rozwoju medycyny prenatalnej pozostaje na niezmiennym poziomie: w Polsce określa się na 6-8%, w Europie 5-7%, a na świecie 6-10% [2]. Badania prowadzone w Polsce i na świecie podejmują próbę identyfikowania i klasyfikowania warunków wystąpienia porodu przedwczesnego, jednak w ponad 50% przypadków etiologia pozostaje niewyjaśniona [2,3].

Profilaktyka

Termin profilaktyka jest definiowany jako całokształt podejmowanych działań, który ma na celu niedopuszczenie do rozwoju jednostki chorobowej [4].

Odpowiednio do etapów rozwoju choroby wyodrębnia się fazy profilaktyki:

1. pierwszorzędowa – kontrolowanie czynników ryzyka choroby, aby nie dopuścić do jej rozwoju;
2. drugorzędowa – wczesne wykrycie i wdrożenie leczenia choroby, w celu zapobiegania wystąpienia negatywnych jej konsekwencji;
3. trzeciorzędowa – zahamowanie postępu procesu chorobowego i zminimalizowanie negatywnych skutków [4].

Zapobieganie porodom przedwczesnym na poziomie profilaktyki pierwotnej

Przewodnia zasada prewencji polega na przygotowaniu kobiety do koncepcji poprzez działania edukacyjne dotyczące prozdrowotnego sposobu życia kobiety. Prozdrowotny styl życia nie powinien być traktowany jako przejściowa moda [5]. Niedobory kaloryczne, brak witamin i składników mineralnych oraz nieprawidłowe proporcje składników pokarmowych mogą mieć wiele negatywnych konsekwencji począwszy od zaburzeń cyklu miesięcznego, na problemach z utrzymaniem ciąży skończywszy [6]. Propagowanie zalet odpowiednio zbilansowanej diety i unikanie stosowania używek zapobiega nie tylko powikłaniom położniczym, ale również niepomyślnym konsekwencjom zdrowotnym u rozwijającego się płodu i wystąpieniu wielu dietozależnych schorzeń (m.in. cukrzyca, otyłość, nadciśnienie tętnicze) [2]. Istotnym elementem edukacji zdrowotnej jest także wskazanie na konieczność

dbania o higienę jamy ustnej, gdyż aktywne zapalenie przyzębia wpływa na ryzyko wystąpienia porodu przed czasem [3]. Również masa ciała kobiet ciężarnych może wpływać na nieprawidłowy przebieg ciąży. Z reguły kobiety otyłe bądź niedożywione trafiają po opiekę położniczą, w momencie, gdy są już w ciąży. Powodem tego jest ograniczony kontakt z położną podstawowej opieki zdrowotnej, której zadaniem jest uświadamianie kobiet w zakresie opieki przedkoncepcyjnej i czynników ryzyka zagrożenia w ciąży, w tym porodem przedwczesnym. Wielu autorów wskazuje, że przed okresem zapłodnienia znaczenie ma zmiana sposobu odżywiania się i redukcja masy ciała, gdyż prowadzi to do ograniczenia częstości porodów wcześniaków. Wynika to z faktu, że medyczne wskazania do przedwczesnego ukończenia ciąży występują u kobiet z cukrzycą czy nadciśnieniem tętniczym, a choroby te częściej występują u kobiet otyłych [6, 7, 8]. Z deficytem masy ciała przed zajściem w ciążę łączą się zaburzenia rozwoju płodu, zmniejszenie masy łożyska i niedobory pierwiastków szczególnie ważnych w okresie ciąży np. żelaza. Powoduje to zaburzenia wymiany substancji między matką a łożyskiem i prowadzi do zwiększenia szansy porodu przedwczesnego [6]. Zarówno niedowaga, jak i otyłość należą do czynników ryzyka, które są modyfikowalne, więc współpraca położnej z dietetykiem i wdrożenie działań promujących utrzymanie poziomu masy ciała na optymalnym poziomie mogą prowadzić do redukcji ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego [6, 7].

Polskie normy żywienia rekomendują zwiększone zapotrzebowania energetyczne w okresie ciąży: II trymestr: +360 kcal/24h oraz III trymestr: +475kcal/24h [9]. We właściwym postępowaniu dietetycznym w ciąży należy uwzględnić styl życia (odżywianie i poziom aktywności fizycznej) z okresu przed zajściem w ciążę. Granice przyrostu masy ciała według Institute of Medicine Food and Nutrition Board powinny być zależne od wskaźnika BMI sprzed ciąży i wahać się w granicy 5 – 9 kg (u kobiet otyłych) do nawet 18 kg (u kobiet z niedowagą) [7, 9].

Zapotrzebowanie organizmu na niezbędne składniki budulcowe i witaminy jest wzmożone u kobiet w ciąży i karmiących piersią, ale również u kobiet, które planują ciążę. Szczególnie pożądana jest suplementacja kwasu foliowego, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (w tym kwasu dokozaheksaenowego – DHA), witaminy D₃, żelaza i jodu. W prewencji porodu przedwczesnego największą korzyść przynosi suplementacja DHA, gdyż udowodniono, że jego działanie obniża ryzyko porodu przedwczesnego przed 34 tygodniem ciąży. Głównym źródłem DHA są tłuste ryby morskie, których spożycie wśród populacji kobiet polskich jest zbyt niskie. Dlatego położna w edukacji powinna podkreślać korzyści spożywania ryb i dobroczynny wpływ DHA na ciążę [9, 10].

Niemniej ważna jest edukacja do życia w rodzinie, która nie ma na celu seksualizacji młodych ludzi, lecz służy uświadamianiu jak ważne jest dbanie o zdrowie prokreacyjne i unikanie czynników powodujących obniżenie płodności czy okoliczności sprzyjających wystąpieniu powikłań położniczych [5]. Ciąża u kobiet poniżej 18 lub powyżej 35 roku życia z medycznego punktu widzenia stanowi problem i zalicza się do ciąż wysokiego ryzyka [12]. Organizm dziewczyny nastoletniej nie jest odpowiednio przygotowany do prokreacji pod względem fizjologicznym i psychicznym. Młoda dziewczyna często potrzebuje również wsparcia socjalnoekonomicznego do pełnienia roli matki [11]. Natomiast u kobiety po 35 roku życia ryzyko niepowodzeń utrzymania ciąży w stanie fizjologii spowodowane jest komórką jajową słabszej jakości, która ma mniejszą możliwość do implantacji w jamie macicy. Dodatkowo u kobiety starszej zagrożenie porodem przedwczesnym niejednokrotnie wynika z wielorodności [5, 12]. Istotnym elementem korelującym z wiekiem, w którym kobieta zachodzi w ciążę jest poziom wykształcenia. Ciężarne w młodym wieku często mają wykształcenie zasadnicze zawodowe lub podstawowe, a kobiety z wykształceniem średnim lub wyższym częściej korzystają ze świadczeń opieki położniczej przed zajściem w ciążę, świadomie zachodzą w ciążę i odpowiednio przygotowują się do rodzicielstwa [12, 13].

Stosowanie substancji psychoaktywnych wpływa destrukcyjnie nie tylko na organizm kobiety, ale także na rozwijający się płód. Udowodniono, że nikotynizm w ciąży predysponuje do zagrożenia porodem przedwczesnym, a ryzyko wzrasta u kobiet powyżej 30 roku życia. Substancje zawarte w dymie papierosowym mają działanie destrukcyjne na łożysko, a także zmniejszają przepływ łożyskowo-maciczny. Ponadto dzieci palących w ciąży obarczone są większym ryzykiem wystąpienia śmierci łożeczkowej noworodków. Nikotyna jest bardzo wolno metabolizowana i wydalana z organizmu płodu, którego komórki nerwowe są bardzo wrażliwe na niedotlenienie i poddają się trującemu działaniu tlenku węgla, co może rzutować na jego rozwój psychomotoryczny. U kobiet karmiących piersią, które nie zrezygnowały z nałogu palenia papierosów, wykrywa się obecność nikotyny w pokarmie. Oddziałuje to negatywnie nie tylko na rozwój noworodka, ale także na dalszy rozwój dziecka [14]. Z kolei u dzieci kobiet pijących alkohol w ciąży rozpoznaje się płodowy zespół alkoholowy (FAS). Ponadto oprócz większego zagrożenia porodem przedwczesnym, dzieci częściej zapadają na choroby nowotworowe centralnego układu nerwowego o podłożu embrionalnym (np. rdzeniaki, wyściółczaki) [15]. Noworodki kobiet uzależnionych od substancji psychoaktywnych są narażone na wystąpienie zespołu abstynencyjnego (NAS – Neonatal Abstinence Syndrom), który objawia się m.in. wysokotonowym płaczem, wysoką gorączką, luźnymi stolcami oraz utratą masy ciała [16].

Jak wynika z literatury przedmiotu więcej niż 50% badanych kobiet deklaruje brak otrzymania informacji na temat problemu stosowania alkoholu w ciąży od lekarza, który ciążę prowadził. Wskazuje to jednoznacznie, że wymagane jest zwrócenie szczególnej uwagi na aspekt nieprawidłowych zachowań zdrowotnych nie tylko w ciąży, ale także przed planowaniem powiększenia rodziny [16]. Korzystne jest również informowanie o wpływie kofeiny na organizm ludzki, a także o konieczności ograniczenia ilości wypijanej kawy czy herbaty. British Food Standards Agency rekomenduje, aby ilość spożywanej kofeiny nie przekroczyła dawki 200 mg dziennie (ok. 2 filiżanki kawy, 5 szklanek herbaty) [17].

Świadczenie działań edukacyjnych powinno być realizowane przez położną nie tylko w aspekcie seksualnym, ale też biologicznym i wychowawczym, dlatego warto zachęcać kobiety do korzystania z wizyt w ramach opieki przedkonceptyjnej, gdzie poruszane są zagadnienia odnośnie optymalnego czasu planowania rodziny i wieloaspektowości okresu ciąży [5].

Zapobieganie porodom przedwczesnym na poziomie profilaktyki wtórnej

Profilaktyka II rzędu w opiece położniczej nad kobietą w ciąży ma za zadanie obniżyć wskaźnik urodzeń przed czasem. Należy wyodrębnić grupę pacjentek z zagrożeniem porodem przedwczesnym i dokładnie zaplanować postępowanie [4, 18].

Już przy pierwszym kontakcie z kobietą należy przeprowadzić szczegółowy wywiad dotyczący stylu życia, przeszłości położniczej, chorób współistniejących, a także problemów dotyczących ciąży, które występowały w rodzinie. Wywiad położniczy powinien obejmować pytania o przebieg poprzednich ciąż: liczbę, czas trwania, sposób rozwiązania, czy występowały poronienia i porody przedwczesne [19]. Najkorzystniejszym czynnikiem jest niewątpliwie brak powikłań ciążowych w wywiadzie. Gdy poród przedwczesny już wcześniej wystąpił jest to najistotniejszy czynnik ryzyka i w tym przypadku kolejna ciąża powinna być profilaktycznie wspomagana dopochwowym podawaniem progesteronu [20]. Podobnie przebyte 2 lub więcej poronienia predysponują do wystąpienia w kolejnej ciąży przedwczesnej akcji skurczowej czy przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego, a tym samym zagrożenia porodem przedwczesnym. Także ciąża wielopłodowa predysponuje do wystąpienia tej patologii; wzrost ryzyka jest wprost proporcjonalny do liczby płodów: ciąża dwupłodowa – 25%, trzyplodowa – 50%, czteropłodowa – 75%. Zaburzenia porodowe ciąży wielopłodowej spowodowane są różnym położeniem i ułożeniem płodów, ale również zaburzeniami czynności skurczowej macicy [2]. Również, jak wskazują dane statystyczne, poród przedwczesny częściej występuje w ciążach po zapłodnieniu pozaustrojowym [21].

Stres ciężarnej powoduje wzrost częstości porodów przedwczesnych ze względu na pobudzenie osi podwzgórze – przysadka u matki oraz u rozwijającego się dziecka [32]. Często stres związany jest z występowaniem lęku, określonych sytuacji życiowych, a także z wykonywaniem pracy zarobkowej. Kobieta ciężarna powinna zostać poinformowana o konieczności ograniczenia pracy w pozycji stojącej, zbyt długiego czasu pracy, pracy w nocy i ciężkiej pracy zmianowej. Warto zaprezentować podopiecznej sposoby umożliwiające relaksację i zachęcić jej partnera i rodzinę do pomocy [12, 13].

Nadciśnienie w ciąży kwalifikuje pacjentkę do ciąży z grupy wysokiego ryzyka. W Polsce około 6-8% ciąży jest powikłane nadciśnieniem tętniczym. Powikłanie to predysponuje do wystąpienia innych komplikacji położniczych takich jak: stan przedrzucawkowy i rzucawka, IUGR (wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu), przedwczesne odklejenie się łożyska, a także wewnątrzmaciczna śmierć dziecka. W tym przypadku przedwczesne ukończenie ciąży występuje w sposób jatrogenny (indukowany). Pacjentka z nadciśnieniem tętniczym powinna otrzymać od położnej informacje na temat diety bogatej w białko i inne substancje odżywcze, ograniczenia wysiłku fizycznego. Ważny jest dokładny instruktaż dotyczący regularnej kontroli ciśnienia tętniczego krwi. Należy uświadomić kobietę o konieczności częstszego wykonywania badań w ciąży, np. poziom białka w moczu, ocena parametrów nerkowych czy morfologii krwi, a także regularnego monitorowania stanu płodu [22, 23].

Wskazuje się również na istotną korelację pomiędzy występowaniem cukrzycy i porodu przedwczesnego. U kobiet z cukrzycą typu 1 ponad 30% ciąży zakończona jest urodzeniem wcześniaka. Zaburzenia tolerancji glukozy po raz pierwszy zdiagnozowane w ciąży (GDM) rozpoznane są u około 3,4% Polek (dla porównania 2-6% w Europie). Predysponują one do wystąpienia porodu przedwczesnego. Pacjentka z cukrzycą powinna być objęta odpowiednią opieką medyczną, zarówno ze strony lekarza, jak i położnej. Konieczna jest edukacja pacjentki na temat normalizacji poziomów glikemii, sposobu pomiarów glikemii, a także uświadomienie zagrożeń, jakie niesie ze sobą cukrzyca. Niezbędna jest także ocena białkomoczu i klirensu kreatyniny, parametry te świadczą o wydolności nerek. Właściwie prowadzona kontrola metaboliczna powinna skutkować obniżeniem odsetka powikłań położniczych, nie tylko porodu przedwczesnego, ale także stanu przedrzucawkowego [7, 11].

Wewnątrzwartrobowa cholestaza ciężarnych jest chorobą wątroby typową dla okresu ciąży, a jej częstość szacuje się na poziomie 1-2% w krajach Europy. Najczęstszym objawem jest świąd skóry ograniczony początkowo do dłoni i stóp nasilający się wieczorem i w nocy.

Choroba ta nie zagraża życiu kobiety, jednak stanowi poważne zagrożenie dla płodu, np. bradykardia, a nawet obumarcie oraz predysponuje do wystąpienia porodu przedwczesnego (ryzyko wynosi 19-60%). Związane jest to ze zwiększeniem uwrażliwienia komórek mięśniowych macicy na oksytocynę pod wpływem kwasów żółciowych [25].

Zakażenia układu moczowego dotyczą 2-10% kobiet w ciąży i powodują 2,5-krotnie większe ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego, niż u ciężarnych bez powikłań zdrowotnych. Bezobjawowy bakteriomocz prowadzi także do powikłań u płodu i noworodka, dlatego zasadne jest profilaktycznie wykonywanie badania ogólnego i posiewu moczu, co umożliwi szybką identyfikację patogenów i wdrożenie leczenia [26]. Ciąża powoduje zmiany w homeostazie wodno-elektrolitowej [27]. Przewlekłe choroby nerek powodują u kobiet obniżenie libido i zaburzenia cyklu miesięczkowego, dlatego pacjentki te (również poddawane dializoterapii) rzadko zachodzą w ciążę. Najczęściej ciąża zdarza się w krótkim czasie po rozpoczęciu dializoterapii u kobiet młodych i jest obarczona dużym ryzykiem [28]. Częściej rozwija się nadciśnienie tętnicze, stan przedrzucawkowy, a nawet rzucawka, co może prowadzić do przedwczesnego porodu dziecka [27]. Leki stosowane w chorobach nerek są niebezpieczne dla płodu. Zatem ciąża u kobiet z chorobami nerek jest możliwa, ale wymaga intensywnego nadzoru i ścisłej współpracy m. in. ginekologa, położnej, nefrologa, neonatologa [27, 28].

WHO definiuje niedokrwistość ciężarnych jako obniżenie stężenia hemoglobiny poniżej 11g/dl (10,5 g/dl w drugim tryestrze ciąży). W związku ze zmianami jakie zachodzą w organizmie ciężarnej wartości hemoglobiny są niższe, niż wartości przyjęte dla kobiet nie ciężarnych. Problem anemii w ciąży określa się na poziomie 18-41% kobiet w Europie. Konsekwencje jej są poważne dla matki i dla płodu: niedostateczne utlenowanie tkanek w tym mięśnia macicy, co może spowodować przyspieszenie porodu, zaburzenia pracy łożyska i urodzenie dziecka o niskiej masie ciała. Sposobem profilaktyki jest dieta bogata w żelazo, np. czerwone mięso, ryby, wątróbka drobiowa, brokuły, rośliny strączkowe oraz suplementacja żelaza. Kobieta powinna wiedzieć, że żelazo lepiej przyswaja się przy obecności witaminy C, dlatego w codziennym jadłospisie powinny znaleźć się produkty takie jak pomidory czy truskawki, które są doskonałym źródłem tej witaminy. Zaleca się ograniczenie mocnej herbaty i kawy. Zależnie od przyczyny niedokrwistości u kobiety ciężarnej planowane jest różne postępowanie lecznicze: w przypadku anemii z niedoboru kwasu foliowego – podawanie preparatu kwasu foliowego w zwiększonej dawce, anemia z niedoboru witaminy B12 – uzupełnienie braków witaminy B12 [23, 30].

Zespół antyfosfolipidowy (APS) objawia się podwyższonym mianem przeciwciał antyfosfolipidowych, zakrzepicą żylną lub tętniczą oraz bardzo często niepowodzeniami położniczymi takimi jak: poronienie, poród przedwczesny, IUGR, stan przedzruciawkowy. Ryzyko utraty ciąży u pacjentki z nieleczonym APS sięga 90%, jednak wdrożenie leczenia obniża ryzyko do 25%. Schemat leczenia obejmuje podawanie aspiryny, heparyn drobnocząsteczkowych, a rzadziej immunoglobuliny i sterydów. Kobiety w ciąży z tym zespołem wymagają intensywnej opieki położniczej, edukacji na temat powikłań i działań profilaktycznych, które zwiększają szansę na urodzenie zdrowego dziecka. W leczeniu wykorzystuje się również metody USG dopplerowskiego oraz test Manninga, co dodatkowo pomaga zminimalizować ryzyko powikłań ciążowych [31].

Waginoza bakteryjna (BV) jest tak samo niebezpiecznym czynnikiem wystąpienia przedwczesnego porodu, jak obciążony wywiad położniczy. Niemal 50% pacjentek z BV diagnozowanym w I trymestrze ciąży jest hospitalizowana później ze względu na zagrożenie porodem przedwczesnym. Niespecyficzne zakażenie pochwy jest rozpoznawane, gdy spada kwasowość wydzieliny pochwowej wskutek obniżenia liczby bakterii *Lactobacillus* oraz gdy pojawiają się drobnoustroje egzogenne m.in. *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus mulieris*, *Mobiluncus curtisii*. Powoduje to dobre warunki dla rozwoju bakterii beztlenowych, ponieważ ograniczone są mechanizmy naturalnej obrony [33]. Profilaktyczne postępowanie położnicze polega na wczesnym zidentyfikowaniu zaburzeń flory bakteryjnej pochwy za pomocą łatwych do wykonania testów – badanie pH pochwy oraz badanie czystości pochwy. Wykonanie tych testów już na samym początku ciąży pomaga szybko wdrożyć leczenie i przewidywać dalsze losy ciąży [33, 34].

Jednym z czynników predysponujących do wystąpienia porodu przedwczesnego są nieprawidłowości w budowie mięśnia macicy. Jednak nie każda anomalia macicy prowadzi do pewnego niepowodzenia położniczego. Całkowita przegroda macicy może powodować bolesne stosunki płciowe, częstsze występowanie porodów przedwczesnych, również wczesne utraty ciąży. Nieprawidłowość ta jest możliwa do diagnozy dzięki zastosowaniu rezonansu magnetycznego i można ją usunąć przy pomocy leczenia chirurgicznego. Efektywność zabiegu jest duża, jednak nie przynosi pomocy pacjentkom z pierwotną niepłodnością. Macica przegrodzona jest często mylona z macicą dwurożną. W przypadku macicy dwurożnej korzystne rokowania dla ciąży wynoszą 60%, jednak częściej występuje niewydolność cieśniowo-szyjkowa, co może prowadzić do porodu przed czasem. Zwiększone ryzyko wczesnej i późniejszej utraty ciąży obserwuje się u pacjentek z macicą jednoróżną. Szansa na donoszenie ciąży jest określana na 40% i zależy od wielkości jamy macicy.

Częściej obserwuje się niewydolność szyjki oraz nieprawidłowe usytuowanie płodu w macicy. Postępowanie profilaktyczne położnej w polega głównie na asystowaniu lekarzowi przy diagnostyce i leczeniu wad macicy oraz wyjaśnieniu kobiecie, że zdiagnozowanie określonej wady nie daje 100% prawdopodobieństwa utraty ciąży. Pomocne jest przekazanie kontaktu do kobiet w podobnym przypadku, a także uświadomienie, że współpraca z zespołem leczniczym i ściśle stosowanie się do zaleceń może skutkować urodzeniem zdrowego dziecka i szansą na kolejną ciążę [35].

Stan niezdolności szyjki macicy do utrzymania ciąży do czasu terminu porodu nazywany jest niewydolnością cieśniowo-szyjkową, a jej częstość szacowana się na 0,1-1,8%. Stanowi ona jedną z najczęstszych przyczyn porodów przedwczesnych i poronień. Objawy sugerujące niewydolność cieśniowo-szyjkową to: skrócona i rozwierająca się szyjka macicy oraz wpuklenie dolnego bieguna jaja płodowego do pochwy, choć rozpoznanie jest często utrudnione ze względu na bezobjawowy przebieg [35]. Diagnostyka oparta jest na przeprowadzeniu badania klinicznego i UGS transwaginalnego. Zadaniem położnej jest wykonanie badania USG, jeśli jest do tego uprawniona bądź skierowanie pacjentki do lekarza, wyjaśnienie konsekwencji niewydolności szyjki i jeśli konieczne jest wdrożenie postępowania leczniczego – asystowanie lekarzowi i okazanie wsparcia kobiecie [35, 36].

Ważny jest także udział położnej w procesach diagnostycznych, potwierdzających bądź wykluczających patologie wikłające ciążę. Należy tu uwzględnić wykonanie testu fibronektyny płodowej, co jest ważnym wskaźnikiem zagrożenia porodem przedwczesnym. Zwiększone stężenie fibronektyny płodowej w wydzielinie pochwowej między 24 a 34 tygodniem ciąży może zwiastować przedwczesne ukończenie ciąży. Łatwym testem jest także oznaczenie estriolu w ślinie ciężarnej, który wykonuje się po 30 hbd, 30 minut po posiłku w ciągu dnia. Poziom estriolu najszybciej wzrasta na 3-4 tygodnie przed porodem, dlatego nawet przed wystąpieniem objawów można przewidywać wystąpienie porodu przedwczesnego [37, 38].

Zapobieganie porodom przedwczesnym na poziomie profilaktyki trzeciorzędowej

W przypadku, gdy pojawiają się objawy porodu przedwczesnego, profilaktyka trzeciorzędowa obejmuje wczesne działania takie jak reżim łóżkowy, hamowanie czynności skurczowej macicy, sterydoterapia, podawanie antybiotyków, udzielenie wsparcia psychicznego [4, 39].

Identyfikacja czynności skurczowej macicy powinna opierać się na obserwacji zachowania pacjentki i jej doświadczeń subiektywnych oraz ułożeniu ręki na jej brzuchu

w celu wycucia napięcia mięśni. Gdy rozpoznaje się regularną czynność skurczową macicy w 24-33 tygodniu ciąży należy rozważyć wdrożenie leczenia tokolitycznego. Za wdrożenie terapii odpowiada lekarz, jednak położna jako osoba należąca do zespołu terapeutycznego powinna znać wszystkie przeciwwskazania do leczenia hamującego skurcze macicy i ryzyko wystąpienia powikłań u matki i płodu. Tokoliza może trwać najdłużej 48 godzin i ma stworzyć warunki do przeniesienia kobiety do ośrodka o odpowiednim stopniu referencyjności i wdrożenia sterydoterapii stymulującej rozwój płuc płodu. Lekami stosowanymi są atosiban (antagonista receptora oksytocyny), fenoterol (β -memetyk) oraz nifedypina (bloker kanały wapniowego). Położna, jako osoba współodpowiedzialna za podanie leku jest zobligowana do znajomości schematu podawania oraz obserwacji stanu ogólnego i położniczego pacjentki, a także szybkie reagowanie w przypadku wystąpienia nieprawidłowości (np. kaszel, sinica, nadmierna potliwość) [40]. Podobne postępowanie jest przy podawaniu sterydoterapii. Rekomendowanymi glikokortykosteroidami są betametazon i deksametazon, podaje się je przed ukończeniem 34 tygodnia ciąży. Sterydy stymulują produkcję surfaktantu, zwiększają objętość oddechową płuc, pomagają eliminować płyn owodniowy z układu oddechowego płodu [41].

Profilaktyka na trzecim szczeblu obejmuje także podawanie antybiotyków, gdy płyn owodniowy odpływa przedwcześnie i zwiększa się ryzyko zakażenia wewnątrzmacicznego, a także posocznicy. Antybiotykiem najczęściej rekomendowanym jest erytromycyna [41]. Jednym ze sposobów postępowania w tym przypadku jest amnioinfuzja [42].

Zastosowanie postawy wyczekującej ma za zadanie zyskanie czasu na wdrożenie sterydoterapii celem przyspieszenia dojrzewania płuc płodu oraz tokolizę. W tym czasie należy pacjentkę uspokoić, wyjaśnić spokojnie i rzeczowo co się z nią dzieje, jakie mogą być tego konsekwencje, zapewnić jej kontakt z bliskimi i psychologiem [40]. Opieka położnicza powinna opierać się nie tylko na wykonywaniu zleceń i asystowaniu lekarzowi przy procedurach medycznych, ale także na współtowarzyszeniu kobiecie w trudnej dla niej chwili, zaspokojeniu jej potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych [13].

Podsumowanie

Opracowanie metod przewidywania i zapobiegania porodom przedwczesnym jest celem badań na całym świecie. Wskutek wieloczynnikowej etiologii postępowanie w przypadku tej patologii jest bardzo trudne i nie ma jednej drogi, która skutecznie wyeliminuje zagrożenie [39]. Najbardziej skuteczną wydaje się być promocja zdrowia i wdrażanie postępowania profilaktycznego nie tyle przed ciążą, co od najmłodszych lat życia kobiet. Do

zadań położnej należy przeprowadzenie edukacji seksualnej, przedstawianie odpowiedniego odżywiania się i aktywności fizycznej nie jako modę, lecz jako najlepszy styl życia, omawianie wpływu czynników zagrażających zdrowiu na ciążę oraz płód i noworodka. Kobiety powinny być świadome, że zdrowy styl życia jest konieczny nie tylko w ciąży, ale także przez całe życie [5]. Do działań prewencyjnych porodu przedwczesnego należy również analiza czynników ryzyka, które mogą zagrażać w ciąży oraz zachęcanie do eliminacji zagrożeń, gdyż większość z nich podlega modyfikacji i zależy głównie od postępowania pacjentki. Już na pierwszej wizycie w ciąży należy zlecić wykonanie szeregu badań, szczególnie ważnym elementem jest przeprowadzenie wyczerpującego wywiadu, który pozwoli poznać przeszłość położniczą, predyspozycje rodzinne, a także prowadzony styl życia [2]. Kobiety z grupy ryzyka powinny pozostać pod ścisłym nadzorem, jednak nie powinno się wprowadzać elementów stresu do wizyt w ciąży [13]. Konieczność częstszego wykonywania badań powinna zostać rzetelnie wyjaśniona, aby zmotywować pacjentkę do samokontroli i zgłaszania wszelkich niepokojących objawów [2]. W sytuacji, gdy poród przedwczesny zostanie rozpoznany należy niezwłocznie wdrożyć postępowanie lecznicze w celu zminimalizowania skutków wcześniactwa [19].

Opieka położnicza opiera się na ścisłej współpracy położnej i lekarza, jednak zadania położnej nie są ograniczone do realizacji zleceń i asystowania lekarzowi w procesie terapeutycznym. Położna jako towarzysz kobiety i jej rodziny powinna zaspokajać potrzeby nie tylko w sferze biologicznej, ale także psychicznej i społecznej [43]. Poród przedwczesny jako poważny problem pomimo ciągłego rozwoju medycyny perinatalnej, powinien stanowić przedmiot częstych szkoleń personelu medycznego, aby dążyć do zapewniania wysokiej jakości opieki okołoporodowej [39].

Piśmiennictwo

1. Żukowski D, Preis K, Yatskevich E, Kielbratowska B. Wpływ zmian w profilaktyce i leczeniu porodu przedwczesnego na wyniki perinatalne u noworodków wcześniaczych w ciągu ostatnich 25 lat. *Ginekologia i położnictwo - medical project* 2017; 1(43): 71-79.
2. Mikulak I, Jodzis A, Borszewska-Kornacka M, Czajkowski K. Znaczenie matczynych czynników ryzyka powikłań ciąży ze szczególnym uwzględnieniem porodu przedwczesnego. *Ginekologia i położnictwo - medical project* 2015; 2(36): 46-54.
3. Bilińska M, Osmola K. Aktywne zapalenie przyzębia jako potencjalny czynnik ryzyka wystawienia porodu przedwczesnego. *Ginekologia Polska* 2014; 85: 382-385.
4. Kulik T., Latański M. (red.): *Zdrowie publiczne: podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
5. Stadnicka G. (red.) *Opieka przedkoncepcyjna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
6. Kanadys W, Leszczyńska-Gorzelał B, Jędrych M, Oleszczuk J. Ryzyko porodu przedwczesnego u kobiet ciężarnych z niedowagą – przegląd systematyczny z metaanalizą badań kohortowych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2011; 4(4): 213-222.
7. Lockwood Ch. Samoistne porody przedwczesne. Istotne znaczenie sposobu odżywiania w okresie przed czasem. *Ginekologia po Dyplomie* 2013; 15(5): 38-39.
8. Kanadys W, Leszczyńska-Gorzelał B, Jędrych M, Oleszczuk J. Matczyzna otyłość przedciążowa a ryzyko porodu przedwczesnego – przegląd systematyczny badań kohortowych z metaanalizą. *Ginekologia Polska* 2012; 83: 270- 279.
9. Wendołowicz A, Stefańska E, Ostrowska L. Żywnienie kobiet w okresie ciąży. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 3(20): 341-345.
10. Dębski R, Karowicz-Bilińska A, Oszukowski P, Paszkowski T, Spaczyński M. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące zastosowania suplementacji kwasem dokozaheksaenowym w profilaktyce porodu przedwczesnego. *Ginekologia Polska* 2014; 85: 318-320.
11. Bień A, Iwanowicz-Palus G, Włoszczak-Szubzda A, Witkowska M. Ciężarne niepełnoletnie – współczesny problem bio-psycho-społeczny. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015; 4(2): 125-131.

12. Piekarska E, Krasomski G, Dominowska J, Tabor E. Ocena wpływu wybranych czynników socjalno – demograficznych na przedwczesne zakończenie ciąży i urodzeniową masę ciała noworodków. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2010; 3(4): 277-281.
13. Iłska M, Kołodziej-Zaleska A, Iłski A. Obawy prenatalne kobiet w ciąży prawidłowej i zagrożonej – analiza wpływu czynników ryzyka i czynników ochronnych. *Ginekologia i położnictwo - medical project* 2015; 2(36): 61-69.
14. Sitarz A, Wójtowicz A. Wpływ dymu tytoniowego na płodność kobiety. *Medycyna Środowiskowa* 2015; 18(2): 11-16.
15. Marek M. Spożywanie alkoholu przez kobiety w czasie ciąży – zagrożeniem dla rozwoju dziecka. *Studia Sociala Cracoviensa* 2013; 2(9): 145-153.
16. Kicel B, Hołody-Zaręba J, Kinalski P. Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. *Ginekologia i położnictwo - medical project* 2014; 1(30): 47-53.
17. Pawłowska-Muc A, Łepecka-Klusek C, Stadnicka G, Pilewska-Kozak A. Użytki w ciąży – kofeina. *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5(6): 395-406.
18. Kalinka J. Progesteron w profilaktyce porodu przedwczesnego. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2011; 4(1): 6-10.
19. Pięta-Dolińska A. Poród przedwczesny – propozycja standardu. *Standardy Medyczne. Pediatria*. 2014; 11: 267-271.
20. Bomba-Opoń D, Czajkowski K, Karowicz-Bilińska A, Nowak-Markwitz E, Oszukowski P, Paszkowski T, i wsp. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące stosowania progesteronu w ginekologii i położnictwie. *Ginekologia Polska* 2012; 83: 76-79.
21. Jakimiuk A, Fritz-Rdzanek A. Powikłania położnicze wspomaganego rozrodu. *Pediatria i Medycyna Rodzinna* 2012; 8(1): 33-36
22. Borrego Conde L, Umans J. Nadciśnienie tętnicze oraz choroby nerek w okresie ciąży. W: Wilcox Ch, Tisher C, (red.). *Podręcznik nefrologii i nadciśnienia tętniczego*. Lublin: Wyd. Czelej; 2006: 237-240.
23. Bręborowicz G. (red): *Położnictwo i Ginekologia Tom 1*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013
24. Drews K, Lorenc A. Poród przedwczesny w ciąży powikłanej cukrzycą. *Ginekologia i położnictwo - medical project* 2011; 1(19): 31-40.
25. Milkiewicz P. Cholestaza ciążowa – wybrane aspekty. *Gastroenterologia Kliniczna* 2010; 2(1): 10-13.

26. Kupilas A. Zakażenia układu moczowego u kobiet. *Przegląd Urologiczny* 2013; 5(84): 17-21.
27. Lichodziejewska-Niemerko M, Kicińska A, Rutkowski B. Wpływ ciąży na funkcje i strukturę nerek. *Forum Nefrologiczne* 2009; 2(4): 250-253.
28. Kuczyński A. Cięża u kobiet z krańcową niewydolnością nerek. *Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia* 2012; 5(1): 30-33.
29. Bręborowicz G, Paszkowski T. (red.) *Poród przedwczesny*. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2006.
30. Grochal M. Niedokrwistość ciężarnych – wpływ na przebieg ciąży i wyniki porodu. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2014; 7(1): 37-41.
31. Sajdak S, Paluch A, Kampioni M, Wójcicka K. Zespół antyfosfolipidowy w przebiegu ciąży. *Ginekologia i położnictwo - medical project* 2011; 2(20): 52-67.
32. Skoczylas M, Baczyńska M, Chudzik A, Krajewski P, Pokrzywnicka M, Kalinka J. Późny poród przedwczesny – punkt widzenia położnika. Część II. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2011; 4(2): 65-69.
33. Milewicz T, Hejnar J, Jach R, Jaworowski A, Piskorz T, Gach A, Krzysiek J. Bakteryjna choroba pochwy a ryzyko zagrożenia porodem przedwczesnym. *Przegląd Lekarski* 2010; 67(2): 119-122.
34. Sikora J, Bakon I, Dembnicki T. Znaczenie czynników infekcyjnych w poronieniach i porodzie przedwczesnym. *Ginekologia i położnictwo - medical project* 2011; 2(20): 35- 46.
35. Rechberger T, Kulik-Rechberger B. Wady wrodzone układu moczowo-płciowego u kobiet – diagnostyka i postępowanie. *Ginekologia Polska* 2011; 82: 137-145.
36. Sawicki W, Wnuk A, Cendrowski K. Diagnostyka ultrasonograficzna porodu przedwczesnego. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna* 2012; 8(1): 37-39.
37. Marszałek A, Rychlik U, Rychlik M, Palka J. Fibronektyna płodowa w ocenie ryzyka porodu przedwczesnego. *Diagnostyka laboratoryjna* 2014; 50(2): 173-175.
38. Semczuk M, Krzyżanowski A. Badania biochemiczne w predykcji porodu przedwczesnego z uwzględnieniem badań własnych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2011; 4(1): 16-21.
39. Czajka R. Metody przewidywania i zapobiegania porodom przedwczesnym. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 2007; 43(3): 15-18.
40. Wielgoś M, Bomba-Opoń D. Tokoliza w porodzie przedwczesnym – aktualne wytyczne. *Ginekologia Polska* 2014; 85: 332-334.

41. Poniedziałek-Czajkowska E, Mierzyński R, Leszczyńska-Gorzela B, Szymula D, Oleszczuk J. Poród przedwczesny – aktualne metody postępowania. *Ginekologia i położnictwo - medical project* 2013; 4(30): 22-31.
42. Knapik D, Światała J, Olejek A. Pęknięcie błon płodowych przed 34 tygodniem ciąży jako problem medyczny. *Ginekologia Polska* 2016; 87: 211-216.
43. Karkowska D. Status zawodowy położnej zarys problemu. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa: 2007.