

OD REDAKCJI



Fot. Radosław Kwiatecki

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Pewnie Państwo wiedzą, że jesteśmy w okresie przygotowań do zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu opieki nad ciężarną i rodzącą. Nie komentowałem pierwotnej wersji rozporządzenia Pani Ministry, bo byliśmy wtedy w okresie „nieomyślności” na Miodowej i jakkolwiek komentarz wydawał się niecelowy. Od kilku miesięcy były wymuszane pewne ruchy administracyjne, wynikające z faktu, że „nieomyślność” okazała się ciągiem błędów i niedociągnięć. Miałem więc nadzieję, że i ten, bardzo ważny dla polskich kobiet, problem określenia gwarantowanego minimum opieki w czasie ciąży i porodu zostanie również merytorycznie poprawiony. Niestety...

Zmiany w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia w porównaniu do załącznika z 2010 roku mają charakter kosmetyczny i z medycznego punktu widzenia nie zmieniają zasad prowadzenia opieki. Wykaz zakresu profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej jest w kilku punktach zmienionym wykazem z 2003 roku (2004). Część zaleceń znajdujących się w starym i nowelizowanym rozporządzeniu, w porównaniu do obowiązujących wcześniej zaleceń, jest zasadna – informacja o możliwości wykonania badań genetycznych (pkt 8 z wizyty w 10 t.c.), posiew z pochwy w kierunku paciorkowców β -hemolizujących (pkt 6 z 33-37 t.c.), przy czym powinien być to posiew zarówno z pochwy, jak i z odbytu. Błędem merytorycznym jest rekomendowanie pobrania tego posiewu z okolicy odbytu, powinien być on pobrany bezpośrednio z odbytu.

Niestety, ten projekt, tak samo jak poprzednie rozporządzenie, pełen jest błędów merytorycznych i jest w dużym stopniu niezgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Został on skonstruowany tak naprawdę głównie w celu umożliwienia prowadzenia ciąży i porodu przez położne.

Nie za bardzo rozumiem, po co w rozporządzeniu Ministra Zdrowia znajdują się definicje okresów porodu – informacje podstawowe, studenckie. Dość interesująca jest definicja porodu fizjologicznego – to taki, po którym matka i noworodek są w dobrym stanie. Niestety, ale definicja spełnialna jest dopiero *ex post*. Dopiero po porodzie będziemy mogli powiedzieć, że był to poród fizjologiczny. Jest to też ogromne uproszczenie, bo o sukcesie położniczym wcale nie świadczy ani punkta-

cja Virginii Apgar, ani nawet pH z krwi pępowinowej. Zawsze moim pacjentkom mówiłem, że dobra ciąża i poród to takie, po których dziecko, na własnych nogach, przynosi piątki z matematyki.

Punkt trzeci neguje możliwość podania farmakologicznego znieczulenia (nie tylko znieczulenia zewnątrzoponowego) w porodzie fizjologicznym. Jakikolwiek znieczulenie powoduje, że poród przestaje być porodem prawidłowym. To powrót do średniowiecza.

Zalecany zakres świadczeń obejmuje osiem wizyt. Co najmniej na sześciu z nich ciążarna ma być zbadana we wziernikach. Zupełnie nie wiem, co ma być tak co miesiąc oglądane we wziernikach. Ten element badania jest niezbędny do oceny szyjki macicy i ścian pochwy wzrokiem oraz pobrania rozmazu do badania cytologicznego. Rekomendowanie wielokrotnego powtarzania tego badania w ciąży jest niecelowe.

Na pierwszej wizycie rekomendowane jest zalecenie wykonania badania stomatologicznego – zgoda. Ale co ma wnieść „Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej” na wizycie drugiej, czwartej i szóstej? Co wyniknie z tego, że położna zajrzy do jamy ustnej ciężarnej?

Jaki jest cel powtórzenia badania w kierunku HIV? Jedno badanie na początku ciąży powinno wystarczyć.

Po co wykonywać badania anty-HCV, skoro i tak nie ma żadnych możliwości terapeutycznych?

Dlatego natomiast nie zaleca się badania nosicielstwa wirusa żółtaczkowego typu B, skoro jest udokumentowany i skuteczny sposób postępowania z noworodkiem zmniejszający ryzyko transmisji zakażenia?

Czym są przeciwciała odpornościowe zlecane na pierwszej wizycie? Powinno zostać sprecyzowane, że przeciwciała odpornościowe to przeciwciała skierowane przeciw krwinkom czerwonym. Zapis jest dodatkowo niejednoznaczny, ponieważ między 21 a 26 tygodniem zalecona jest ocena obecności przeciwciał anty-Rh u kobiet Rh ujemnych.

Drugie badanie ultrasonograficzne powinno zgodnie ze standardami m.in. Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego być wykonane około 20 tygodnia ciąży (± 2 tygodnie). Badanie to ma ocenić anatomię płodu, rozpoznanie wady rozwojowej może być podstawą do wdrożenia inwa-

zyjnych badań prenatalnych, a ostateczny wynik powinien być uzyskany przed ukończeniem 24 tygodnia ciąży, bo to jest górna granica wieku ciążowego, w którym, wyrokiem Sądu Najwyższego, można podjąć decyzję o wcześniejszym ukończeniu ciąży ze względu na ciężkie i/lub nieodwracalne uszkodzenie płodu. Wykonanie tego badania po 22 tygodniu ciąży może utrudniać, a po 24 uniemożliwić realizację ustawy o dopuszczalności przerywania ciąży.

Budująca jest propozycja wdrożenia w Polsce profilaktyki śródciażowej konfliktu serologicznego w przypadku występowania wskazań – podanie globuliny anti-D (28-30 tydzień ciąży). Po pierwsze nie określono dawki, a budzi ona ogromnie dużo kontrowersji – 150 czy 300 µg. Ponadto żyjemy w kraju, w którym borykamy się z brakami immunoglobuliny do podania po porodzie czy poronieniu, czyli w najważniejszym momencie, dzięki czemu redukuje się ryzyko rozwoju konfliktu o 98%. W konsekwencji kilku nieprzemyślanych prób upowszechnienia w Polsce profilaktyki śródciażowej, zwiększającej skuteczność z 98 do 99,8%, doprowadzono do okresowych braków immunoglobuliny do stosowania w warunkach szpitalnych. Jeżeli MZ zapewni odpowiednią ilość immunoglobuliny anti-D w naszym kraju, czyli prawie potroi jej dostępność, to jestem gorącym zwolennikiem takiego zapisu. W innym przypadku przyniesie on tylko dużo szkody. Musimy jednak pamiętać, że profilaktyka jest uzasadniona u wszystkich kobiet Rh ujemnych, bez przeciwciał anti-D w surowicy, niezależnie od nieznanego zazwyczaj jeszcze grupy krwi dziecka. Obecnie dawkę 150 µg otrzymują kobiety Rh ujemne, bez przeciwciał, rodzące dzieci Rh dodatnie, co stanowi około 10% rodzących. Profilaktykę śródciażową powinna otrzymać grupa 14% ciężarnych Rh ujemnych, mających partnera Rh dodatniego, albo jeszcze bezpieczniej 17% Rh ujemna subpopulacja ciężarnych. Oczywiście te kobiety, które urodzą dzieci Rh dodatnie, powinny otrzymać dawkę poporodową. I jeszcze drobiazg, immunoglobulina anti-D jest dostępna albo w aptekach jako preparat pełnopłatny i wcale nie taki tani, albo w szpitalach na podstawie zapotrzebowania składanego po porodzie albo poronieniu. Zapis ten jest niemożliwy do realizacji.

Wątpliwości budzi zamiana pomiaru pH pochwy na trzykrotnie wykonywane badanie czystości pochwy (ocena mikroskopowa wydzieliny z pochwy, która z oczywistych względów nie jest środowiskiem jałowym, jest badaniem historycznym i tak samo jak posiew z pochwy, ma minimalną wartość diagnostyczną ze względu na ogromną liczbę wyników fałszywie dodatnich). Jako badanie przesiewowe rekomendowana jest ocena kliniczna wydzieliny, ocena pH pochwy, ewentualnie test z KOH. Jeżeli istnieje uzasadnienie do oceny mikrobiologicznej środowiska pochwy, to wykonywany jest posiew z kanału szyjki macicy i jako badanie przesiewowe rekomendowany jest posiew z pochwy i z odbytu w kierunku paciorkowców β-hemolizujących.

Błędny jest zapis o zaleceniu badania stężenia glukozy we krwi między 21 a 26 tygodniem ciąży. W rekomendacji powinien być zapis o zaleceniu wykonywania testu obciążenia glukozą (można nie precyzować, o jaki konkretnie test chodzi), ale minimum jest to, że pacjentka z grupy ryzyka powinna mieć ocenioną krzywą obciążenia 75 g, zaś badaniem przesiewowym w grupie małego ryzyka jest test obciążenia 50 g glukozy.

Ocena wymiarów miednicy między 33 a 37 tygodniem ciąży nie ma sensu. Badanie to, jeżeli w ogóle powinno być wykonywane, z wielu względów należy zrobić w chwili rozpoczęcia porodu, choćby dlatego, że wymiary kostne kanału rodniego zmieniają się w ostatnich tygodniach ciąży.

Podczas wizyt po 33 tygodniu ciąży rekomendowana jest ocena aktywności płodu, (po 40 t.c. ocena ruchów płodu). Zapis taki jest wyjątkowo nieprecyzyjny i tak naprawdę w ciąży fizjologicznej nie wykazano zysków wynikających np. z liczenia ruchów płodu.

Moje wątpliwości budzą również badania wewnętrzne i KTG wykonywane co 2-3 dni po terminie porodu. Biorąc pod uwagę fakt, że do terminu porodu rodzi 50% ciężarnych, a po terminie drugie 50%, rocznie w Polsce po terminie rodzi 200 000 kobiet, zatem zakładając, że rozrzut normy czasu trwania ciąży to co najmniej dwa tygodnie, przeciętnie u każdej z tych kobiet powinny być wykonane 2-3 badania. Daje to łącznie około 500 000 badań, których celowości wykonywania nie wykazano w żadnym opracowaniu naukowym. Większość poradni K, w których prowadzona jest opieka nad kobietami w ciąży fizjologicznej, nie dysponuje w ogóle aparatami kardiograficznymi. Jaka jest logika wykonywania najczęściej bezzasadnych badań kardiograficznych co 2-3 dni po 40 tygodniu ciąży i nierekomendowania wykonywania tego badania w trakcie porodu (str. 11 pkt 3, 4)? Zupełnie bezzasadny, a nawet z prawnego punktu widzenia groźny, jest zapis o obligatorycznej hospitalizacji po 41 tygodniu ciąży. Odchylenie standardowe prawidłowego czasu trwania ciąży to co najmniej 2 tygodnie, więc obligatoryczna hospitalizacja w ciąży fizjologicznej w 7 dni po terminie porodu jest hospitalizacją najczęściej bezsensowną.

Co najmniej zabawne jest pisemne przedstawianie planu porodu, z którego niewiele w końcu wynika, gdyż „może być on modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej (a dziecka już nie?) w trakcie opieki”. Żartuję sobie, że powinniśmy zarekomendować rodzącej odbywanie porodu zgodnie z planem: pierwszy okres, drugi okres, trzeci, czwarty okres i tylko w wyjątkowych sytuacjach akceptować zmianę tej kolejności.

Również zabawne są ustawowe zapisy o tym, że osoba sprawująca opiekę nad rodzącą ma być miła i uśmiechnięta – „prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę”. Postuluję, żeby w kodeksie karnym znajdował się zapis o konieczności uśmiechania się mecenasowi do obwinionego.

Dramatem jest fragment dotyczący znieczulenia porodu. Zakwalifikowanie porodu jako patologicznego w konsekwencji zastosowania jakiegokolwiek środka przeciwbólowego jest absurdalne. Jeżeli Pan Minister ma podpisać standard opieki położniczej w trakcie porodu w domu, to proszę bardzo, ale dlaczego ma to obowiązywać w warunkach szpitalnych? Na Miodowej opracowywany jest równoległe zapis o dostępności do znieczulenia, ale propozycje tego zapisu są co najmniej niespójne, żeby nie powiedzieć sprzeczne, z nowelizowanym rozporządzeniem.

Odnoszę wrażenie, że załącznik do rozporządzenia pisany był przez osoby teoretycznie przygotowane do zawodu w latach 80. ubiegłego wieku, nieposiadające obecnie większego doświadczenia praktycznego. Na przykład w rozdziale „Postępowanie w I okresie porodu” punkt 2g brzmi: „przeprowadzenie badania położniczego wewnętrznego z oceną zaawansowania porodu”, zaś punkt 2h to „dokonanie oceny czynności skurczowej macicy i ciągłości pęcherza płodowego”. Jaki jest sens tych zaleceń, skoro ciągłość pęcherza płodowego ocenia się w trakcie badania wewnętrznego i zupełnie nie można tego określić, oceniając czynność skurczową macicy, co *nota bene* przy założeniu niestosowania zapisu kardiograficznego polegać będzie na położeniu ręki na dnie macicy i zapytaniu rodzącej, czy ma mocne skurcze. Zapis ten tworzyły osoby, które po prostu nie wiedzą, że jedna rodząca przychodząca do porodu po lekturze Gazety Wyborczej nie będzie się zgadzać na nic: żadnych zapisów, oksycyliny, nacięć, cięcia, ... ale skieruje sprawę do sądu, jak dziecko urodzi się w stanie nie do końca spełniającym jej oczekiwania, a inna, wchodząc na salę porodową, stwierdzi, że ma wskazania okulistyczne do cięcia, bo „nie widzi szans na poród drogami natury”.

Co najmniej zabawne jest na przykład stwierdzenie (str. 11, pkt 3, 1a), że badanie położnicze wewnętrzne powinno być wykonywane: „nie częściej niż co 2 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej.”

Nie za bardzo mogę sobie wyobrazić, jak położna odbierająca poród „przygotowana do przyjęcia porodu zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki”, czyli chyba jednak z umyтыми rękami i założonymi sterylnymi rękawiczkami, po każdym skurczu przez co najmniej minutę (a co zrobić, kiedy w drugim okresie przerwa międzyskurczowa trwa krócej?) przykładą słuchawkę Pinarda i ocenia czynność

serca płodu. Chyba musi mieć przywiązaną słuchawkę do ucha. Osluchiwanie czynności serca płodu przez położną w sterylnych rękawiczkach może być szczególnie zabawne w przypadku pozycji wertykalnej rodzącej (kolejny punkt rekomendacji).

Groźny, szczególnie w warunkach prowadzenia porodu w domu, jest zapis o tym, że trzeci okres porodu można prowadzić w sposób wyczekujący. Aktywny sposób prowadzenia III okresu porodu jest chyba najmocniej udokumentowanym sposobem zmniejszającym śmiertelność okołoporodową matek. Jest to zalecenie zarówno WHO, jak i towarzystw naukowych. Problem tylko taki, że polega to na podaniu środka naskurczowego, którego zastosowanie, zgodnie z wcześniejszą definicją, czyni poród patologicznym.

W dwóch rozporządzeniach Minister Zdrowia sam sobie przeczy. W opiniowanym załączniku jest zalecenie, żeby dziecko tuż po porodzie leżało przez dwie godziny na brzuchu matki, natomiast drugie rozporządzenie mówi o tym, żeby w pierwszej godzinie zostało zważone, zatem wagę noworodkową kładziemy na brzuch położnicy i wazymy tam dziecko.

Moje wątpliwości budzi zapis o prowadzeniu ciąży przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy położne. W Polsce liczba położników i ginekologów jest zupełnie wystarczająca do otoczenia opieką wszystkich ciężarnych, a zapis taki, będący konsekwencją innych zapisów ustawowych, jest nie do końca przemyślanym ukłonem w stronę lobby lekarzy POZ (którzy wcale się do tego tak bardzo nie palą) i położnych, które po prostu szukają sposobu na godne zarobkowanie. Dobrze to rozumiem, każdy chce lepiej zarabiać. Tylko dlaczego z ryzykiem dla rodzących kobiet? I zanim mnie panie pochwirtują, niech przeanalizują zgon poporodowy dziecka położnej, głównej animatorki porodów domowych w Australii.

Z wyrazami szacunku



Prof. CMKP dr hab. n. med. Romuald Dębski