

Meghan Markle chciała urodzić w domu, tak jak na świat przyszły dzieci Elżbiety II

Przez kilka miesięcy Europejczycy czekali na narodziny nowego royal baby – dziecka księcia Harry'ego i Meghan Markle. Tym samym poród świeżo upieczonej księżniczki stał się najgorętszym tematem pierwszej połowy roku. Początkowo poinformowano, że księżniczka chce urodzić w domu, wracając do pałacowej tradycji. Tak przecież na świat przyszły dzieci Królowej Elżbiety II. W Anglii porody w domu są prawnie dopuszczalne i refundowane przez państwo. Z takiej formy mogą więc skorzystać nie tylko księżniczki. Państwo zapewnia wówczas opiekę położnej w domu, karetkę pogotowia przed domem ciężarnej, w razie konieczności transport do szpitala. Największą popularnością porody domowe cieszą się jednak w Holandii, gdzie stanowią wyraźny odsetek.

**Czy porody w domu to sprawa tradycji, mody czy systemu opieki zdrowotnej? Jakie czynniki muszą być spełnione, żeby poród w domu był możliwy i, co najważniejsze, bezpieczny?**

Przede wszystkim system opieki zdrowotnej, w którym porody domowe są odpowiednio zabezpieczone. Trzeba pamiętać, że każdy taki poród jest porodem wysokiego ryzyka, ponieważ nawet przy dobrze zakwalifikowanej do takiego porodu pacjentce, podczas porodu może wystąpić jakiś problem medyczny. Nawet w Holandii, gdzie porody domowe cieszą się popularnością, nie ma konsensusu co do tej formy porodu. W Holandii bardzo ważną rolę sprawują położne, które od zawsze lobbowały za porodami domowymi. To się nie zmienia. Środowiska lekarskie są jednak temu przeciwnie, wskazując

na duże ryzyko powikłań, brak możliwości szybkiej reakcji i pomocy ciężarnej, a także noworodkowi. Duże znaczenie ma też kwestia przyzwyczajenia i nawyków samych ciężarnych.

**Czy w Polsce też pojawił się taki trend? Pacjentki pytają o taką możliwość?**

W większości krajów świata to moda bardzo alternatywna. W całej karierze miałem może dwa czy trzy pytania od pacjentek o poród w domu. Motywowane bardziej ciekawością niż rzeczywistą chęcią. Konsensus lekarski w Polsce jest taki, że poród w domu jest wysoceryzykowny i nie mamy systemu, który skutecznie zabezpieczyłby ciężarną i rodzącą. Pacjentki są tego świadome.

**Księżniczka Meghan Markle ostatecznie urodziła syna**

**w szpitalu. Z doniesień medialnych wiemy, że lekarze radzili księżniczce poród w szpitalu, ze względu na wskazania medyczne: wiek księżnej (ma 37 lat), pierwszy poród, ryzyko rozwiązania przez cięcie cesarskie. Szpital jest bezpieczniejszym miejscem.**

Oczywiście. Zarówno dla księżniczek, jak i wszystkich kobiet. Porody w domu mogą być modą, mocno alternatywną, która pojawia się co jakiś czas, ale ze względu na bezpieczeństwo nie będzie powielana na całym świecie. Podobna moda dotyczyła kiedyś porodów w wodzie. Szpital im. Madurowicza w Łodzi był pierwszym w Polsce, który wprowadził porody w wodzie. Dziś też już jednak ich nie robimy.

**Dotknął Pan kolejnego gorącego tematu. Kiedy Wielka Bryta-**

# KSIEŻNICZKI rodzają INACZEJ

**CZY CELEBRYTKI  
ROZPROPAGUJĄ MODĘ  
NA PORODY SIŁAMI NATURY?  
– MOGĄ ZROBIĆ WIĘCEJ NIŻ  
EDUKACJA LEKARZY – mówi  
prof. Jarosław Kalinka, który  
ubolewa nad rosnącą liczbą  
cesarskich cięć w Polsce**

FOT. DOMINIC LIPINSKI/PRESS ASSOCIATION/EAST NEWS

nia czekała na poród księżniczki Meghan Markle, w Polsce bardzo głośno zrobiło się o poródzie Sary Boruc – żony piłkarza Artura Boruca, wieloletniego bramkarza reprezentacji Polski. Żona piłkarza, która na co dzień mieszka w Wielkiej Brytanii, zdecydowała się właśnie na poród w domu i w wodzie. Relację tuż po porodzie para zamieściła na Instagramie, chwalać warunki porodu domowego i relaksującą moc wody. Czy to zapowiedź powrotu mody na porody w wodzie?

Ta moda już w Polsce była i ma, ze względu na najnowsze wyniki badań medycznych. Porody w wodzie wprowadzono w połowie lat 90. Wówczas bardzo mocny był trend odchodzenia od medycyny obstawionej sprzętem, na rzecz naturalności. Metoda porodu w wodzie miała właśnie

stworzyć takie wrażenie. Powołano się m.in. na historię ludów Polinezji, gdzie kobiety rodziły w wodach Pacyfiku. Należy sobie uświadomić, że wówczas na wyspach nie było szpitali ani lekarzy, dlatego ludzie szukali naturalnych sposobów, które pomogą w łagodzeniu bólu. Na Zachodzie wykorzystano tę koncepcję i prawie w każdym szpitalu zaczęto budować wanny na blokach porodowych.

## Jak wyglądał taki poród w wodzie? Czy był bezpieczny?

Żeby pacjentka przystąpiła do porodu w wodzie, musiała spełnić szereg warunków, m.in. poród drogami natury, brak czynników ryzyka, wykluczenie infekcji. Ciężarna musiała być także przeszkolona, a personel dostosować systemy do nadzoru dziecka w wodzie, np. do nadzoru

kardiograficznego potrzebne były specjalne głowice. Trzeba pamiętać też o względach higienicznych. Pytanie pojawiało się także wówczas, gdy pacjentka rodząca w wannie wymagała zabiegu użycia kleszczy? Kiedy wyjmemy moką pacjentkę z wody, będzie odczuwała chłód i dyskomfort, a przeprowadzenie zabiegu w wodzie jest ryzykowne. Musimy zdawać sobie sprawę, że w porodach gwiazd czy księżniczek najczęściej bierze udział kilku lekarzy i położnych, którzy cały czas zajmują się jedną osobą. W Polsce, w naszych szpitalach, gdzie występuje niedobór personelu medycznego od lekarza, po salową, takiego zespołu przy jednej pacjentce nie ma. Porody w wodzie były stosowane wyłącznie u wąskiej grupy pacjentek, a i tak nie każda mogła go ukończyć. W międzyczasie pojawiły się szersze badania medyczne, pokazujące gorsze wyniki położnicze przy porodach w wodzie – nawet u wyselekcjonowanej grupy. Zalecenia medyczne zmieniły się. Uznano, że bezpieczna jest tzw. imersja wodna wyłącznie w pierwszym okresie porodu, podczas bolesnych skurczy. Wówczas można relaksować się w wannie lub pod prysznicem. Dowiedziano, że sam poród w wodzie nie przynosi korzyści, a niektóre badania wskazywały nawet, że wyniki dla dziecka są gorsze. Dużą część świata odeszła od porodów w wodzie.

## Często słyszymy w mediach, że gwiazdy mają fanaberie także podczas porodu i wybierają poród w wodzie, w domu, drogami natury lub przez cesarskie cięcie. W „rzeczywistości” takiej dowolności jednak nie ma. Jakie decyzje dotyczące porodu może dziś podjąć kobieta?

Przy każdym porodzie ważną jest rozmowa między lekarzem i pacjentką, a tak naprawdę z pacjentką i jej mężem, ponieważ dziś 70 proc. par uczestniczy w wizytach i badaniach lekarskich razem. Coraz częściej naszym życiem zawodowym rządzą też rekomendacje tworzone przez towarzystwa naukowe na podstawie wyników aktualnych badań. Tych rekomendacji muszą się trzymać lekarze. Do niedawna kobieta po cięciu cesarskim miała możliwość wyboru – czy kolejny poród ma być rozwiązany w ten sam

sposób, czy drogami natury. Zdecydowana większość pacjentek od razu podejmowała decyzję o kolejnym cięciu cesarskim. Wiodące jest to zwłaszcza w statystykach w Stanach Zjednoczonych, gdzie odsetek porodów naturalnych po cięciu cesarskim spadł praktycznie do zera. Inne badania pokazują, że jak pacjentki są dobrze zakwalifikowane i dobrze przygotowane, to mają szansę na poród drogami natury. Świadczą o tym statystyki z mojej Kliniki – Oddziału Perinatologii i Bloku Porodowego, szpital im. M. Pirogowa (d. M. Madurowicza), gdzie 15-20 proc. kobiet po cięciu cesarskim kolejny raz rodzi naturalnie. Najnowsze rekomendacje PTGiP mówią, że jeżeli nie ma czynników ryzyka, a poród rozpoczął się w sposób naturalny – to rozmawiamy z pacjentką o możliwości porodu naturalnego. Staramy się przedstawić plusy i minusy, także te długofalowe. A o tych długofalowych nikt nie myśli.

## Jakie są plusy krótko- i długofalowe?

Pacjentka po porodzie drogami natury po 48 godzinach jest sprawna. Nie ma długofalowych następstw, których ryzyko rośnie wraz z każdym cięciem cesarskim, tj. wrastające łożysko, krwotok, usunięcie macicy. Coraz częściej mówi się też o następstwach dla zdrowia noworodków w wieku późniejszym. Przyjście na świat operacyjne pozbawia dziecko procesu porodu drogami natury, przejścia przez kanał rodny, styku z mikrobiologią dróg rodnych kobiety. Światowe badania wskazują, że choroby immunologiczne u dzieci w wieku późniejszym, tj. astma, uczulenia, a nawet cukrzyca czy nawet nadwaga, są konsekwencją m.in. cięcia cesarskiego. Przy porodach naturalnych dzieci mają odpowiednio ukształtowany system immunologiczny. Dobrze by było, gdyby decyzja matki o rodzaju porodu była oparta na znajomości takich faktów.

## Kiedy rozmawia się z pacjentką o porodzie?

To zależy od pacjentki i wskazań medycznych. U kobiety w trzeciej ciąży, po dwóch cięciach cesarskich wskazania są raczej jasne – będzie kolejne cesarskie cięcie. U pierworódki zaczynam konkretną rozmowę o porodzie około 30-35 tygodnia ciąży, ale pierw-



szere informację dotyczące porodów przekazywane są od pierwszych wizyt z uwzględnieniem istotnej roli, m.in. szkoły rodzenia. Wówczas mamy już obraz ciąży, wiemy czy położenie płodu jest prawidłowe, czy nie ma wad, czy pacjentka nie ma np. nadciśnienia czy cukrzycy. To są sygnały świadczące o tym, czy pacjentka może mieć pewne problemy, które należy rozwikłać, żeby zakwalifikować ją do określonego rodzaju porodu. Jeśli nie ma jasnych wskazań czy skierowań od okulisty lub psychiatry do cięcia cesarskiego, rozmawiamy o porodzie naturalnym.

### Niestety, według statystyk 43 proc. porodów w Polsce kończy się cięciem cesarskim. Co ma na to wpływ?

Wiele czynników. Edukacja pacjentek, system opieki lekarskiej, umiejętności lekarskie, obecność prywatnych klinik. Na taki poród naciskają często same pacjentki. Przychodzą ze skierowaniem od psychiatry, ze względu na lęk przed porodem. Cięcia cesarskie powinny być zarezerwowane dla wyraźnych wskazań – porodów podwyższonego ryzyka. W Klinice mieliśmy np. pacjentkę po przeszczepie serca, która urodziła zdrowe dziecko i żeby nie obciążać jej organizmu rozwiązaliśmy poród przez cięcie cesarskie. Tak samo było w przypadku porodu trojaczków. Ale to nie powinno być regułą dla wszystkich kobiet. W Polsce robimy jedno cięcie cesarskie co trzy minuty. To zdecydowanie za dużo. Trzeba sobie zdać sprawę, że to operacja obciążona ryzykiem wielu powikłań.

### Czy podobna tendencja jest na świecie?

Polska jest w Europie w czołówce na pewno pod względem wzrostu liczby cięć cesarskich. W wielu krajach ten wskaźnik się zatrzymał, a u nas wciąż rośnie. Jeszcze rok wcześniej 37 proc. ciąż kończyło się przez cięcie cesarskie. W zeszłym roku już 43 proc. W takich krajach jak Norwegia czy Finlandia wskaźnik cięć cesarskich utrzymuje się na poziomie 20 proc. od wielu lat. Nie chodzi o to, żeby porody przez cięcia cesarskie w ogóle wyeliminować, ale nie robić ich niepotrzebnie. Mówi się, że powyżej 30 proc. porodów zakończonych przez cięcia

cesarskie nie uzyskuje się już lepszych wyników położniczych i korzyści dla dzieci.

### Co zrobić, żeby zmniejszyć liczbę cięć cesarskich?

Chcąc zredukować nadmierne i niepotrzebne cięcia cesarskie, należy przede wszystkim zredukować liczbę pierwszych cięć. Zmniejszyła się również liczba wskazań do cięcia, tj. położenie miednicowe u kobiet rodzących po raz pierwszy. Dziś (alternatywą jest przekręcenie dziecko w brzuchu matki, tzw. obrót zewnętrzny). Ten zabieg może mieć swoje powikłania, ale uważa się, że przynosi więcej korzyści. Mamy mniej skierowań od okulistów, którzy zyskali jasne rekomendacje co do wskazań medycznych do cięcia cesarskiego. Negatywny wpływ na liczbę porodów naturalnych ma też nagonka medialna na lekarzy położników i medialne piętnowanie problemów przy porodach. Lekarze, bojąc się błędów przy zabiegach położniczych, wolą wykonać cięcie cesarskie. Statystyki, tj. 43 proc. cięć cesarskich, a w ośrodkach referencyjnych, tj. szpital im. Madurowicza, ten odsetek wynosi 53 proc, przyczyniają się do tego, że młodzi lekarze dziś łatwiej i częściej uczą się cięć cesarskich niż procedur położniczych, tj. kleszcze czy porody z użyciem próżniociągu. W klinice w szpitalu im. Madurowicza zabiegami położniczymi, tj. kleszcze kończy się 4 proc. porodów. Trzeba patrzeć na to, że to 4 proc. kobiet, które nie musiały przejść ryzykownej operacji i mają zdrowe dzieci. W Polsce ten odsetek średnio wynosi 1 proc. W Europie są kraje, tj. Irlandia, gdzie ten odsetek wynosi 10-12 proc. Dlaczego w Polsce jest taki niski? U nas zastępuje się brak umiejętności rozwiązania porodu drogami natury, przez cięcie cesarskie. W ramach spotkań naukowych i konferencji PTGiP czy PTMP szkolimy wielu lekarzy z wykonywania procedur położniczych, tj. kleszcze czy próżniociąg, żeby sztuka położnicza nie wymarła.

**Jaki jest poziom opieki nad ciążami w Polsce? Patrząc na nagłówki gazet, „porodówki” mają złą opinię, ale w badaniach wypadamy całkiem niezłe. Czy to wyjątki, które potwierdzają regułę?**

Najbardziej miarodajne wyniki daje badanie EuroPeriSTAT, które ocenia opiekę perinatalną według tych samych parametrów w różnych państwach w Europie. Według tego systemu opieka okołoporodowa w Polsce jest na topowo najwyższym europejskim poziomie. Efekty, jakie uzyskujemy, są bardzo dobre, a często zdecydowanie lepsze niż w Anglii, Niemczech czy Francji, które stawiamy za wzór.

W Polsce opieką położniczą w pierwszym trymestrze otoczona jest prawie 93 proc. Dla przykładu w Anglii 77 proc. Zgon matki w trakcie porodu w Wielkiej Brytanii zdarza się raz na 7 tys. porodów, w Niemczech 1 na 11 tys., a w Polsce 1 na 20 tys. Na 400 tys. porodów w Polsce mamy około 20 zgonów matek rocznie, których przyczyną coraz częściej są cięcia cesarskie.

W Polsce mamy też jeden z najniższych współczynników pęknięcia krocza trzeciego stopnia, dlatego nacina się krocze (do czego przyczynia się racjonalne podejście do nacinania krocza w uzasadnionych przypadkach) ciężarnych, unikając groźnych konsekwencji. Dziś powinniśmy się chwalić naszą opieką porodową i dawać matkom poczucie, że mamy system, który określa bardzo precyzyjnie, jak należy postępować w ciąży i przy porodzie.

### Czy mamy szansę, żeby nastała moda na porody naturalne? Co musiałoby się stać?

Nie zmniejszymy liczby cięć lekarskich bez edukacji społecznej, także poza lekarskimi gabinetami. Potrzebujemy kampanii, jaką kiedyś mieliśmy w kwestii karmienia piersią. Trzeba mówić o korzyściach – przede wszystkim tych długoterminowych. Myślę, że warto, żeby gwiazdy i celebrytki pokazywały, że urodziły naturalnie. To może dać więcej niż przekonywanie lekarzy. Na pewno potrzebny jest też system wsparcia dla rodzących: wsparcie rodziny, znieczulenie do porodu, przebywanie dziecka z matką. Jeśli tu nie będzie wątpliwości, liczę, że wywiąże się moda na naturalne porody i unikniemy tych niepotrzebnych i nieuzasadnionych medycznie cięć cesarskich.

ROZMAWIAŁA JOANNA BARCZYKOWSKA-TCHORZEWSKA

## O NIM

**Prof. dr hab. n. med. Jarosław Kalinka**, wybitny ginekolog, położnik i perinatolog, jest Przewodniczącym Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników.

To także Vice-President of Preterm Birth International Collaborative (PREBICglobal.), USA. Od początku pracy zawodowej prof. J. Kalinka związany jest z Kliniką Perinatologii i Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W 2009 roku został Kierownikiem Kliniki. Kieruje 54-lóżkowym Oddziałem

Perinatologii Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Pirogowa, ośrodkiem III stopnia referencyjności, składającym się z Bloku Porodowego, Oddziału Przedporodowego i Połogowego oraz sali

pooperacyjnej. Prof. Jarosław Kalinka został ostatnio prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej. To jedyne towarzystwo naukowe, które skupia w swym gronie zarówno ginekologów położników, jak i neonatologów, ponieważ podczas ciąży, jak i porodu lekarze muszą zadbać o dwóch pacjentów, dlatego współpraca tych specjalistów jest dla ciężarnych kluczowa. **Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej** zajmuje się kompleksową opieką nad kobietą ciężarną i jej nowo narodzonym dzieckiem. Podczas kongresów omawiane są między innymi tematy: porodu przedwczesnego, krwotoków w położnictwie, zakażeń perinatalnych, chorób przewlekłych w ciąży, monitorowania stanu płodu w ciąży i porodzie oraz prowadzenia ciąży i porodu po leczeniu niepłodności.



FOT. KRZYSZTOF SZYMCIK