



Dbamy o matkę I DZIECKO

Staramy się docierać z wiedzą dotyczącą perinatologii do każdego lekarza opiekującego się ciężarną, płodem i noworodkiem – mówi prof. **Jarosław Kalinka**, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej [PTMP], w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Na czym polega specyfika medycyny perinatalnej?

Na korzystaniu z dokonań ginekologów i położników oraz neonatologów w prowadzeniu kompleksowej opieki nad ciężarną – przebiegiem ciąży, porodem i po urodzeniu – noworodkiem. Perinatologia jako subspecializacja spina klamrą podejmowane przez nich działania, a jej celem jest wychwytenie i leczenie wszelkich nieprawidłowości występujących w czasie ciąży, porodu i u płodu. Chodzi o to, aby poród był dla obojga bezpieczny i by w razie zagrożeń była możliwość skorzystania z konsultacji neonatologów, a już po urodzeniu także z nowoczesnego wyposażenia przeznaczonego dla noworodków obciążonych wadami lub innymi problemami zdrowotnymi, w tym wcześniactwem. Przykładem specyfiki perinatologii mogą być dwa różne spojrzenia położników i neonatologów na te same problemy występujące w ciąży, na przykład toksoplazmozę, choroby zakaźne takie jak ospa wietrzna czy zastosowanie sterydów w porodach przedwczesnych. Taki dwugłos wybrzmiał podczas odbywającego się na przełomie marca i kwietnia 2023 r. kongresu PTMP. Musimy więc działać wspólnie i często w tym wspólnym działaniu wypracować optymalne stanowisko. Specyfika perinatologii przejawia się na wielu poziomach tej opieki. Czerpiemy wiedzę z różnych dziedzin – oprócz neonatologii także z chirurgii, kardiologii dziecięcej, genetyki, chorób zakaźnych, diabetologii i wielu innych.

Wydawałoby się, że nowoczesne, dobrze funkcjonujące, ginekologia i położnictwo wystarczą, by kobiety rodziły bezpiecznie.

Wystarczą, jeśli matka jest zdrowa, ciąża przebiega prawidłowo i poród nie stwarza zagrożeń. Jednak coraz więcej kobiet w ciąży ma nadwagę lub cierpi na otyłość, cukrzycę lub zespół metaboliczny, nadciśnienie tętnicze, alergie albo astmę, arytmie i szereg innych mniej lub bardziej poważnych dolegliwości wymagających niestandardowego podejścia. Perinatologia, nazywana też medycyną matczy-no-płodową, ma narzędzia i zaplecze, by mierzyć się z tymi problemami przy wykorzystaniu nowoczesnych metod diagnostycznych oraz zabiegowych, a także farmakologii. Wśród naszych pacjentek były nawet kobiety po przeszczepieniu serca, które urodziły zdrowe dzieci.

Na kongresie sporo mówiono o lekach, m.in. o metforminie podawanej w leczeniu cukrzycy

i zespole metabolicznym. Czy są one bezpieczne dla kobiet w ciąży?

Wiele kobiet z cukrzycą typu 2 lub zespołem metabolicznym jest przed ciążą leczonych metforminą, która niestety może stanowić potencjalne zagrożenie dla rozwoju płodu. Najnowsze stanowisko w tej sprawie nie zaleca stosowania tego leku w czasie ciąży, a odpowiednim postępowaniem jest dieta o niskim indeksie glikemicznym, ruch lub włączenie insuliny, która nie zagraża płodowi. Kontrowersje budzi też zażywanie przez ciężarnej - w przypadku nadciśnienia tętniczego lub hipotrofii - małych dawek kwasu acetylosalicylowego, czyli aspiryny kardiologicznej. Jedne badania pokazują, że może być skuteczna, ale inne poddają tę skuteczność w wątpliwość. Toczą się też dyskusje na temat optymalnej dawki kwasu acetylosalicylowego (ASA).

Zmienia się także podejście do medykacji kobiet w ciąży zagrożonej. Najnowsze rekomendacje w tej sprawie zawiązują stosowanie leków do ściśle określonych wskazań i często różnicują je na ciążę pojedynczą i wielopłodową. Przytoczę tu stosowanie progesteronu w poronieniach zagrażających. Do niedawna ten lek podawano w bólach i krwawieniach w początkowej fazie ciąży, ale w świetle ostatnich dużych badań randomizowanych okazało się, że nie przynosi on korzyści klinicznych w postaci większego odsetka żywych ciąż w porównaniu z placebo. Innym przykładem jest zawężenie stosowania progesteronu dopochwowego w ciąży pojedynczej do kobiet z obciążonym wywiadem lub u ciężarnych z tzw. krótką szyjką macicy przy jednoczesnym braku wskazań do stosowania w ciąży bliźniaczej. Cały czas musimy więc weryfikować naszą wiedzę.

📌 A co z heparyną, często nadużywaną?

Do stosowania heparyny są określone wskazania, np. w zespole antyfosfolipidowym bądź w sytuacji ujawnionego w wywiadzie obciążenia zakrzepowością lub zatorowością. Tymczasem heparynę podaje się u kobiet z różnego rodzaju

niepowodzeniami rozrodu często bez uzasadnienia medycznego, co budzi wiele kontrowersji. W tych wszystkich rozważaniach chodzi o racjonalizację postępowania, ponieważ każdy lek podawany kobiecie w ciąży niesie potencjalnie mniejsze lub większe powikłania i skutki uboczne nie tylko dla ciężarnej, ale także dla płodu.

Jak duże jest prawdopodobieństwo powikłań w czasie ciąży i porodu, które później rzutują na rozwój dziecka? I od czego one zależą?

Ryzyko wystąpienia powikłań w czasie ciąży i porodu istniało zawsze. Przykładem są krwotoki okołoporodowe. Wad płodu jest obecnie więcej, dlatego że dzięki technikom obrazowym wzrosła nie tylko ich wykrywalność przedporodowa, ale też możliwości ich leczenia, także wewnątrzpłodowego. Jeśli cofniemy się do czasów przedwojennych, kiedy umieralność noworodków sięgała 30 proc.,

dostrzeżemy, jak wiele się zmieniło. Ale też pojawiły się nowe wyzwania, z którymi musimy się mierzyć. Znacząco podwyższył się wiek rodzących pierwszy raz - średnia wynosi powyżej 27 lat, a ciążę 40-letnich kobiet przestały już kogokolwiek dziwić. Dziś kobiety - skupione na zdobywaniu wykształcenia, sprawach zawodowych - decydują się na urodzenie dziecka później, a zegara biologicznego nie da się oszukać. Późna ciąża zwiększa ryzyko występowania na przykład mięśniaków

macicy, obniżonej zdolności do owulacji czy powikłań związanych z endometriozą. Razem ze wspomnianymi obciążeniami niesie to ze sobą ryzyko niepłodności czy powikłań w przebiegu ciąży, w tym wcześniactwa. Z drugiej strony jednak z powodzeniem ratujemy już wcześniaki z ekstremalnie niską wagą urodzeniową, nawet w przedziale 500-1000 gramów.

📌 Czy zawsze warto podejmować walkę, skazując później dziecko na inwalidztwo?

Przykładem specyfiki perinatologii są różne spojrzenia położników i neonatologów na te same problemy występujące w ciąży

Neonatologia dokonała spektakularnego postępu i nawet jeśli musimy podejmować trudne decyzje o porodzie wcześniaka, jesteśmy spokojniejsi o jego losy. Dziś możemy ocenić następstwa wczes-

niactwa, przynajmniej te krótkofalowe, ponieważ tych odległych nie zawsze da się do końca przewidzieć. To są dylematy medyczne i moralne, z którymi musi się mierzyć lekarz, ale każda sytuacja jest inna i należy ją rozpatrywać indywidualnie przy uwzględnieniu wielu składających się na nią czynników. U noworodków z ciężkimi wadami lub ekstremalnym wcześniactwem dopuszczamy zakończenie niektórych procedur medycznych, aby nie dochodziło do terapii uporczywej. Są określone kryteria, które pomagają podejmować tego rodzaju decyzje, ale zawsze są one bardzo trudne i wymagają od nas rozmów z rodzicami, często z udziałem psychologa. Trzeba sobie jasno powiedzieć, że wciąż nie potrafimy wyeliminować wszystkich powikłań, ale dzięki ich monitorowaniu mamy możliwość weryfikowania naszego postępowania, aby wskaźniki przeżywalności i zachorowalności wcześniaków poprawiać. To jeden z istotnych celów naszych działań.

📌 Perinatologia to również profilaktyka.

Skoro już kobiety decydują się na późne macierzyństwo, co wiąże się ze wzrostem odsetka nieprawidłowości płodu, chcemy im zapewnić jak najlepszą opiekę. Jej elementem jest diagnostyka prenatalna, która w Polsce jest na bardzo wysokim poziomie. Wydajemy szereg rekomendacji, opinii, zarządzeń, choćby dotyczących suplementacji przed ciążą i w trakcie jej trwania, które muszą być na bieżąco aktualizowane w związku ze zmianą stanu wiedzy. Normy i wartości tej suplementacji są ściśle określone - inne dla kobiet w ciąży niepowikłanej, inne dla ciężarnych z grup ryzyka. Jest pięć podstawowych suplementów, które rekomendujemy w odpowiednim okresie ciąży: kwas foliowy, jod, DHA, czyli kwasy omega, witaminę D i żelazo. Dzięki nim możemy zapobiec wielu poważnym wadom płodu, a także zmniejszyć częstość występowania na przykład wcześniactwa. Opracowano schematy postępowania w prowadzeniu ciąży, które jasno określają, jakie badania należy

wykonać u kobiet ciężarnych i w którym okresie ciąży. Przykładem jest diagnostyka cukrzycy ciąży, którą wykonujemy u zdrowych kobiet między 24. a 28. tygodniem za pomocą testu obciążeniowego i u kobiet we wczesnej ciąży z czynnikami ryzyka wystąpienia cukrzycy. Wiemy też, jak prowadzić ciężarne z tak zwanym ustawieniem konfliktowym, czyli z grupą Rh ujemną przy zastosowaniu u tych pacjentek odpowiedniego modelu diagnostycznego wykrywania przeciwciał anti-Rh czy też immunoprofilaktyki śródciążowej i poporodowej.

1 A czym wytłumaczyć narastający wskaźnik cięć cesarskich?

Za jedną z przyczyn uważa się lęk przed bólem porodowym, ale też przed powikłaniami związanymi z porodem drogami natury, które, choć występują rzadko, nęgałniane przez media dodatkowo potęgują obawy kobiet. U wielu kobiet nie ma wskazań do tego rodzaju operacji, tym bardziej że rzutują one na pogarszanie wyników perinatologicznych. W klinice, którą kieruję, 70-80 proc. porodów odbywa się drogami natury przy zastosowaniu znieczulenia zewnątrzoponowego. Ale czy tak jest w każdym szpitalu w Polsce? Nie sądzę. Amerykanie już dawno dowiedli, że jeśli odsetek cesarskich cięć przekracza 30 proc., to już nie uzyskuje się lepszych parametrów zdrowotnych dzieci urodzonych tą metodą, a ryzykuje się wzrost poważnych powikłań u rodzących, szczególnie kiedy jest to kolejny poród przez cesarskie cięcie. Pojawiają się wówczas problemy implantacyjne, gdyż blizna po cięciu stwarza mniejszą lub większą dysfunkcję macicy, co może skutkować nieprawidłową implantacją łożyska i powstaniem ciąży w bliźnie po cięciu, a także łożyska przodującego i wrastającego, co zaczyna być plagą współczesnego położnictwa. Jest także coraz więcej dowodów na to, że jeśli dziecko nie urodziło się naturalnie, to z wiekiem będzie bardziej narażone na alergię, astmę oskrzelową, otyłość i cukrzycę.

2 Jakie są szanse na szybką i skuteczną pomoc w razie powikłań kobiecie w ciąży, która mieszka daleko od ośrodków akademickich z zapleczem neonatologicznym?

Wszyscy mamy poczucie, że w dużych miejscowościach, w których funkcjonują szpitale uniwersyteckie, dostępność najnowszych badań i procedur

perinatologicznych jest optymalna. Nie martwiłbym się jednak, że są miejsca, w których kobieta w ciąży z powikłaniami takiej opieki jest pozbawiona. W Polsce obowiązuje trójstopniowy system opieki położniczej i jeśli rodząca trafi do szpitala z pierwszym lub drugim stopniem referencyjności, w razie konieczności po podaniu leków powinna być natychmiast przewieziona do placówki z odpowiednim zapleczem położniczo-neonatologicznym, gdzie personel ma doświadczenie w zajmowaniu się patologiami ciąży. Przy specyficznych zagrożeniach uważamy, że matka powinna rodzić w placówce, w której dziecko zaraz po porodzie otrzyma specjalistyczną pomoc. Przykładowo, jeśli u dziecka wykryto wadę serca, to najlepiej by urodziło się w ośrodku z zapleczem kardiochirurgicznym. W praktyce ta trójstopniowość opieki się broni. Oczywiście, jak zawsze wiele zależy od przytomności umysłu personelu i trafności podejmowanych decyzji.

3 Ilu jest w Polsce specjalistów perinatologii? Czy ginekolodzy położnicy chcą się specjalizować w tej dziedzinie?

Perinatologia to specjalizacja dodatkowa. Warunkiem przystąpienia do niej jest wcześniej uzyskana specjalizacja z ginekologii i położnictwa. Obecnie mamy około stu perinatologów i można się tylko cieszyć, że są lekarze gotowi rozwijać umiejętności w tej dziedzinie i podejmować to wyzwanie. Większym problemem jest brak chętnych do specjalizowania się w ginekologii i położnictwie, a jeszcze większym - do podejmowania przez nich pracy w oddziałach położnictwa i na salach porodowych. Świeżo po uzyskaniu specjalizacji ginekolodzy i położnicy mają dużo zapału i chcą tam pracować, ale po jakimś czasie ten zapał gaśnie, ponieważ nie są w stanie udźwignąć ciężaru obowiązków i związanych z tym obciążen, np. odpowiedzialności prawnej. Uciekają więc w specjalizowanie się np. w ultrasonografii czy genetyce, bo liczą na spokojne i mniej stresujące zajęcia.

4 Jakie są cele PTMP?

Wszystkich nas dotknęła pandemia COVID-19, ale wracamy na właściwe tory działań, choćby poprzez wspomniany już Kongres PTMP i zacieśnianie kontaktów zagranicznych, na przykład z amerykańskim stowarzyszeniem do spraw przed-

wczesnych urodzeń (Preterm Birth International Collaborative, PREBIC), organizacją, której członkami są wiodący badacze, klinicyści i naukowcy kliniczni z Europy, Azji, Ameryki Północnej, Ameryki Południowej i Australii. Owocem tych kontaktów jest otwarta dyskusja na temat aktualnych ograniczeń i problemów związanych z porodami przedwczesnymi oraz propozycje nowych rozwiązań. Mam zaszczyt być wicedyrektorem tej organizacji już drugą kadencję. Zaprosiłem

więc jej przedstawicieli do udziału w naszych wydarzeniach i spotkaniach naukowych, by podzielili się najnowszymi poglądami dotyczącymi naukowej i klinicznej strony perinatologii.

W czasie pandemii COVID-19 wraz z neonatologiem prof. Janem Mazelą z Poznania, prezesem elektem PTMP, zorganizowaliśmy dwie duże konferencje online na temat opieki okołoporodowej. To były interdyscyplinarne spotkania położników z neonatologami z udziałem anesteziologów, wakcynologów oraz epidemiologów. Nie wiedzieliśmy wówczas, czy noworodki matek zakażonych mogą być karmione piersią, czy mają być separowane od matki ani też jaki jest optymalny sposób porodu, jak działa szczepionka ani czy jest bezpieczna w ciąży. Wnioski z tych spotkań i dyskusji przybrały formę opinii ekspertów opublikowanych w naszych czasopismach medycznych. Były cenną wskazówką dla lekarzy, jak postępować w takich sytuacjach. Z założenia statutowym celem Towarzystwa jest prowadzenie działalności naukowej oraz doskonalenie i upowszechnianie wiedzy medycznej w dziedzinie perinatologii. Dlatego staramy się z nią docierać do każdego lekarza sprawującego opiekę nad ciążą, płodem i noworodkiem. ■■■

U noworodków z ciężkimi wadami lub ekstremalnym wcześniactwem dopuszczamy zakończenie niektórych procedur, by nie dochodziło do uporczywej terapii