

Problematické postupy v českém porodnictví

Mrg. Markéta Pavlíková, biostatistička, www.biostatisticka.cz, pavlikova@biostatisticka.cz

Změny v porodnictví v České republice jsou jak na vládní úrovni, tak i představiteli zájmové skupiny gynekologů-porodníků dlouhodobě odmítány s poukazem na to, že česká péče je ^a nejlepší na světě^o. Výsledky měřené novorozeneckou úmrtností řadí Českou republiku mezi první dvacítku světových zemí⁴ (2013: 17. místo) a první desítku zemí EU² (2012: 7. místo). Podrobnější pohled na perinatologická data ovšem ukazuje, že:

1. Toto kritérium nelze vydávat za jediné relevantní hodnocení. V České republice jsou stále ve vysoké míře prováděny invazivní zásahy jak do porodního procesu, tak do těla rodící ženy, které zvyšují míru poranění i dlouhodobé poškození matky a/nebo dítěte. U těchto zásahů přitom neexistují vědecké důkazy, že by přispívaly k lepšímu zdravotnímu stavu novorozenců.
2. Český způsob péče¹ není jediný, který vykazuje nízké míry novorozenecké úmrtnosti. Péče vedená primárně porodními asistentkami (Švédsko, Dánsko, Island, Norsko) vykazuje výsledky dlouhodobě lepší^{2,5} a současně je k matkám a dětem šetrnější. Konkrétně se to projevuje v například nižší míře císařských řezů a episiotomií, kratší době hospitalizace.

Kontinuální péče porodní asistentky

V ČR zcela chybí primární péče v mateřství, poskytovaná a organizovaná porodními asistentkami (PA). Místo toho je všem ženám bez rozdílu poskytována péče sekundární (gynekolog, gynekolog-porodník) a terciární (gynekolog-porodník a specialista na vyšším pracovišti).

Ve Švédsku a Dánsku o ženu v mateřství (v těhotenství, při porodu a o matku a dítě po porodu) pečuje porodní asistentka. Návštěvu gynekologa absolvuje zdravá těhotná nejvýše 2x za těhotenství nebo když těhotenství vyžaduje kvůli patologii specializovanou péči. Porodní asistentky vedou porodní oddělení nemocnic, jsou hlavními pečovateli u porodu a lékaře přizývají pouze když diagnostikují patologický průběh. Také rodný list a číslo sociálního pojištění jsou vydávány výhradně na základě zprávy podepsané porodní asistentkou. Data o zdraví dětí a jejich matek^{2,5} z těchto zemí prokazují, že taková péče je pro ženy a děti zdravější a šetrnější, než když je všem ženám bez rozdílu poskytnuta péče sekundární a terciární jako v ČR.

Z mezinárodních přehledů² patrná pozorování o výhodnosti péče porodní asistentky oproti standardně lékařské potvrzují i randomizované vědecké studie^{3a}. Pokud je péče navíc poskytována kontinuálně^{6ab} (v těhotenství, při porodu i po porodu jednou nebo dvěma známými porodními asistentkami), je pro ženy a jejich děti zdravotně, psychologicky i sociálně ještě příznivější. Dokonce i ženy s rizikovým těhotenstvím mají z kontinuální péče doplněné péčí specializovanou prokázaný zdravotní a psychologický prospěch.

Hospitalizace/ambulantní porod

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví, který zavazuje zdravotníky nabídnout rodičkám možnost zůstat 72 po porodu v porodnici, je často zdravotníky interpretován^{7a} jako povinnost pro rodičku. V důsledku této praxe odchází do dvou dnů po porodu z českých porodnic pouze 0.5% všech rodiček¹, většina pak mezi 3. a 4. dnem.

Ve Švédsku⁵ odchází do dvou dnů po porodu 75% všech žen, které vaginálně porodily. Komplexní péči o ni a o jejich dítě přebírají terénní porodní asistentky, které také provádějí screeningové testy. Podobnou praxi má i Dánsko a další země. Švédsko i Dánsko mají přitom dlouhodobě výsledky perinatální i kojenecké úmrtnosti lepší než ČR²; k zanedbávání zdraví novorozenců těmito na ČR extrémně brzkými odchody tedy nedochází.

Porod mimo zdravotnické zařízení (ZZ)

V ČR neexistuje legislativní rámec, který by ženě plánující porod mimo ZZ zajistil kvalifikovanou zdravotní péči (samostatnou porodní asistentku, PA). Ve většině zemí EU je tato péče zajišťována, organizačně různým způsobem. V Dánsku (1.2% porodů ročně) zpravidla chodí na zavolání rodičky PA pracující v nemocnici, dle rozpisu služeb, a finančně péče je zahrnuta do běžného zdravotnického systému. V Německu poskytují služby u mimoklinických porodů samostatné PA (cca 500) a porodní domy (cca 150). Ročně si tento způsob péče zvolí přibližně 10000 žen. Náklady hradí převážně pojišťovna. Podobné systémy má Rakousko, Švýcarsko, Velká Británie, Nizozemí a další.

Britský National Institute for Health nad Care Excellence (NICE) vydal 3. prosince 2014 nová doporučení⁸, ve kterých konstatuje, že ^a pro až 45% žen (a jejich dětí) je porod mimo nemocnici bezpečnější variantou.⁹ Na základě vědeckých studií dospěl tento národní regulátor k závěru, že ženy s nízkým porodnickým rizikem bývají v nemocnicích často vystavovány riziku intervencí, které následně komplikují porod. Pro prvorodičky s nízkým rizikem doporučuje jako první volbu porodní dům, samostatný nebo v areálu nemocnice, pro vícerodičky pak domov nebo porodní dům.

Klíčovou studií pro závěry NICE byla rozsáhlá studie Birthplace in England^{9a}. Mimo Evropu proběhly nejkvalitnější studie o mimoklinické péči v Kanadě^{9bc}, kde je v systému zavedena kontinuální péče samostatné PA, která ženě asistuje dle její volby doma nebo v nemocnici. Studie se shodují, že při dobré selekci a systematické organizaci péče včetně případné péče návazné je pro nízkorizikovou ženu a její dítě volba porodu mimo ZZ stejně bezpečnou jako volba porodu v ZZ.

Episiotomie

Episiotomie (nástřih hráze) je nejrozšířenější rutinní postup, jehož následky na fyzické i psychické zdraví žen mohou být velice devastující. V ČR je episiotomie provedena přibližně polovině¹ žen, které porodí vaginálně. Podíl jejího užití v českých porodnicích se pohybuje mezi 10 a 80%, nezávisle na velikosti porodnice i na míře dalších poranění¹. Závěry vědeckých studií^{3b} prokazují, že užití episiotomie nemá žádný vliv na vitalitu dítěte, ale ani, jak se v českém prostředí dlouhodobě traduje, na výskyt závažných ruptur III. a IV. stupně, dlouhodobý lepší stav pánevního dna nebo omezení výskytu inkontinence. Odůvodnitelná je pouze v případě porodu kleštěmi nebo vakuumextrakcí, což je praxí například ve Švédsku nebo v Dánsku. V těchto zemích, které mají perinatální výsledky na straně dítěte lepší nebo srovnatelné s ČR, je episiotomie užitá pouze v 5-8% všech vaginálních porodů^{2,5}. Výskyt závažných ruptur je přitom srovnatelný s českou praxí.

Tlak na děložní fundus (Kristellerova exprese)

Druhým rozšířeným postupem, který může mít devastující následky, je Kristellerova exprese (tlak na děložní fundus). Jde o porodnickou operaci spočívající v přiložení rukou na horní část dělohy a tlak směrem k pánvi. Tlak na fundus je od 2008 WHO nedoporučen, protože (1) nebylo při jeho používání zaznamenáno, že by zlepšoval zdravotní stav novorozence a snižoval počet operativních porodů a (2) je spojen s poraněními hráze 3. a 4. stupně, rupturou dělohy, zlomením žeber, vysokým krvácením a poraněním vnitřních orgánů u matky, a se zlomeninami kostí, neurologickými problémy, poraněním jater a sleziny, vnitřním krvácením a úmrtími u novorozenců.^{3c}

V doporučených postupech ČGPS^{10c} proto Kristellerovu expresi nahradilo takzvané ^a přidržení děložního fundu⁹. Název má zřejmě poukazovat na fakt, že na rozdíl od Kristellerovy exprese není vyvíjen na fundus tlak. Podrobnější popis postupu^{10b} je však prakticky identickým popisem provádění KE^{10a}, včetně indikací a kontraindikací a formulací ^a Tlak je veden ...⁹ Změna je tak zjevně pouze kosmetická a tato poškozující a pro matku i dítě nebezpečná a výhody nepřinášející praktika je prováděna i nadále.^{10d} Není navíc zpravidla zapisována do zdravotnické dokumentace, a proto je velmi obtížné odhadovat míru užívání i sledování následků.

Zdroje

1. Rodička a novorozenec, pravidelná publikace Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>
2. European perinatal health report 2010, publikace organizace Europeristat, <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>
3. Cochrane Summaries, přehledy metaanalýz vědeckých studií, doporučení na základě evidence based medicine, <http://summaries.cochrane.org/>
 - 3a. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Aug 21;8:CD004667, http://summaries.cochrane.org/CD004667/PREG_midwife-led-continuity-models-versus-other-models-of-care-for-childbearing-women
 - 3.b Episiotomy for vaginal birth. Carroli G, Mignini L. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. http://summaries.cochrane.org/CD000081/PREG_episiotomy-for-vaginal-birth
 - 3c. Fundal pressure during the second stage of labour. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD006067. http://summaries.cochrane.org/CD006067/PREG_fundal-pressure-during-the-second-stage-of-labour-for-improving-maternal-and-fetal-outcomes
4. UNICEF, <http://data.unicef.org/child-mortality/neonatal>
5. Socialstyrelsen, švédský koordinátor národního zdraví, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-12-16>
6. Randomizované studie o kontinuální péči porodních asistentek:
 - 6a. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. McLachlan et al. BJOG 2012 Nov;119(12):1483-92
 - 6b. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. Tracy SK, et al. Lancet 2013 Nov 23;382(9906):1723-32
- 7a. Rodičovská práva a propuštění novorozenců do domácí péče, O. Dostál, http://www.iham.cz/uploads/docs/pravni%20normy/prava_dostal.pdf
- 7b. Postup poskytovatelů zdravotních služeb při propuštění novorozenců do vlastního sociálního prostředí, metodický pokyn MZ ČR, <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=19170&typ=application/pdf&nazev=ZDRAVOTNICTVI%2008-13.pdf>
8. NICE: Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth, <http://www.nice.org.uk/guidance/CG190>

Tisková zpráva: <https://www.nice.org.uk/news/press-and-media/midwife-care-during-labour-safest-women-straightforward-pregnancies>

The Guardian: <http://www.theguardian.com/society/2014/dec/03/hospital-childbirth-misconception-home-reversing-nice-guidelines>

BBC: <http://www.bbc.com/news/health-30206540>
- 9a. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. Birthplace in England Collaborative Group. BMJ 2011;343:d7400
- 9b. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. CMAJ 2009 Sep 15;181(6-7):377-83.
- 9c. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. Hutton EK et al. Birth 2009 Sep;36(3):180-9
- 10a. Moderní porodnictví. Roztočil a kol., Grada, 2008
- 10b. Doporučení k expresi plodu přidržením děložního fundu, Čepický, Unzeitig. Moderní babičství 14/2007 <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/?pdf=21>
- 10c Doporučené postupy v perinatologii, 2013, <http://www.upmd.cz/wp-content/uploads/2014/01/doporucene-postupy.pdf>
- 10d. Reportéři ČT: Při porodech se užívá zakázaná metoda - děloha může prasknout. 2011. <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/137951-pri-porodech-se-uzi-va-zakazana-metoda-deloha-muze-prasknout/>