

Rekomendacje nie tylko medyczne

Z prof. Agnieszka Drosdzol-Cop, przewodniczącą Sekcji Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz główną autorką pierwszych europejskich rekomendacji dotyczących prowadzenia ciąży u młodocianych rozmawia Jerzy Dziekoński z portalu mp.pl



Fot. arch. prywat.

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Drosdzol-Cop – specjalista z zakresu położnictwa i ginekologii oraz seksuologii; uzyskała międzynarodowy tytuł specjalisty z zakresu ginekologii dziecięcej i dziewczęcej (International Fellowship on Pediatric and Adolescent Gynecology). Od 2021 roku kieruje pierwszym w Polsce Pododdziałem Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej Szpitala Zakonu Bonifratrów w Katowicach, będącym częścią Katedry i Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (SUM) w Katowicach. W latach 2018–2022 pełniła funkcję Prodziekana i Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu SUM w Katowicach. Od 2016 roku jest przewodniczącą Sekcji Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników.

Dotychczas położnicy zajmujący się prowadzeniem ciąży u małych pacjentek opierali się w tym zakresie na własnym doświadczeniu i wytycznych kanadyjskich. Pod patronatem Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP) ukazały się w języku angielskim nowe rekomendacje. Czy oznacza to, że dokument kanadyjski się zdezaktualizował? Czy nie przystawał do europejskich realiów?

Dotychczas jedynymi rekomendacjami dotyczącymi prowadzenia ciąży u młodocianej były wytyczne kanadyjskie z 2017 roku, które w ciągu ostatnich sześciu lat po części się zdezaktu-

alizowały. I jak pan zauważył, nie przystawały do naszej rzeczywistości. Poszerzyliśmy te rekomendacje o aktualne kwestie medyczne istotne np. w wykrywaniu stanu przedrzucawkowego, który znacznie częściej występuje w grupie nastolatek. Warto w tym miejscu odnotować, że World Health Organization (WHO) definiuje wiek młodocianych ciężarnych jako nieprzekraczający 19 lat.

Zakres rekomendacji jest bardzo szeroki; znajdziemy w nich zagadnienia prawne, społeczne, dietetyczne, z zakresu zakażeń przenoszonych drogą płciową (STI) i edukacji seksualnej. W jednym z wywiadów powiedziała Pani, że w Polsce nie istnieje ginekologia dziecięca jako odrębna specjalizacja. Dla kogo więc przeznaczone są te wytyczne?

Przede wszystkim dla położników-ginekologów. Ciąża u nastolatki może być prowadzona w każdej poradni położniczej. W Polsce brakuje podziału na ginekologię dziecięcą i ginekologię dorosłych. Poprzez rekomendacje chcemy uzmysłowić lekarzom, co zagraża młodocianej pacjentce.

Autorzy wytycznych PTGiP zwracają uwagę również na to, że ciąża może być konsekwencją przestępstwa.

W rekomendacjach znajduje się informacja dotycząca aspektów prawnych. Jeśli pod opiekę lekarza trafia nastolatka, która zaszła w ciążę przed ukończeniem 15. roku życia, jest on zobowiązany do poinformowania o tym fakcie organów ścigania, policji bądź prokuratury. W takiej sytuacji ciąża jest efektem czynu zabronionego, karanego z art. 200 Kodeksu karnego.

Czy możemy zatem powiedzieć, że dobrze byłoby, aby z dokumentem zapoznali się również pediatrzy czy lekarze rodzinni?

Zdecydowanie tak. Warto też znać szczegóły dotyczące badań zalecanych w przypadku ciąży u młodocianej, np. testów w kierunku STI. Ryzyko zakażenia w grupie nastolatek jest wielokrotnie większe, dlatego zalecamy wykonywanie takich badań co trzy miesiące, choć niestety nie są one refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Chodzi o to, żeby ustrzec dziecko przed przeniesieniem infekcji od matki.

Rozmawiamy o dosyć problematycznych zagadnieniach. Zgodnie ze standardami okołoporodowymi, u każdej kobiety w przebiegu ciąży powinno się 2-krotnie zlecić test w kierunku ludzkiego wirusa niedoboru odporności (HIV). Okazuje się to jednak niełatwe i podejrzewam, że w przypadku młodocianych może być jeszcze trudniej. Co należałoby zrobić, żeby badania były zlecane przynajmniej zgodnie ze standardami, nie mówiąc o częstotliwości wskazanej w omawianych rekomendacjach?

Zmiana standardu prowadzenia ciąży i wprowadzenie obowiązku dwukrotnego badania w kierunku HIV oraz wirusa zapalenia wątroby typu C poprawiły sytuację. Myślę, że wpłynęło to również na świadomość lekarzy, którzy wdrożyli te zalecenia u swoich pacjentek.

Rodzicom lub opiekunom prawnym młodszej ciężarnej trzeba wytłumaczyć, że ze względu na ryzykowne zachowania seksualne prawdopodobieństwo nabycia STI w tej grupie wiekowej jest o wiele większe, w związku z czym istnieje konieczność wykonania wspomnianych badań. Nasze rekomendacje zakładają poszerzenie zakresu testów w stosunku do zalecanych u kobiet dorosłych.

Każda ciąża u dziewczyny poniżej 19., a na pewno 15. roku życia jest ciążą zwiększonego ryzyka. Dotyczy to zarówno matki, jak i płodu. Wykazano, że w przypadku ciąży u młodocianych liczba niechromosomowych wad genetycznych u płodu jest znacznie większa. Musimy brać pod uwagę to, że prawie każda ciąża w tej grupie wiekowej jest nieplanowana, dlatego nastolatka nie będzie najpewniej przyjmowała kwasu foliowego czy innych suplementów zalecanych do stosowania

w okresie przedkoncepcyjnym. Badania wykazały, że mimo informacji o ciąży dziewczęta nadal sięgają po używki – tytoń, alkohol czy narkotyki. W dodatku dzieje się to w I trymestrze, bo albo nie wiedzą o ciąży, albo wiadomość o jej istnieniu wpływa na nie tak destrukcyjnie, że uciekają w uzależnienia. Lekarz musi zdawać sobie z tego sprawę i wykazać pewną czujność w tym zakresie. Dorosłe i świadome pacjentki wiedzą, że każda ilość alkoholu negatywnie wpływa na płód. Nastolatki są natomiast w grupie podwyższonego ryzyka używania substancji psychoaktywnych.

Ciąża u młodocianej wiąże się także ze zwiększonym ryzykiem poronienia, porodu przedwczesnego czy niskiej urodzeniowej masy ciała. Nastolatki często nie odżywiają się prawidłowo, dlatego w rekomendacjach uwzględniliśmy opis prawidłowej diety, jaką powinny stosować nastoletnie dziewczyny w ciąży, zawartość kaloryczną, ilość wypijanych płynów oraz suplementację kwasu dokozaheksaenowego (DHA), witaminy D czy wapnia. Szczytowa masa kostna jest osiągnięta około 18. roku życia. Ponieważ w czasie ciąży następuje jej utrata, u 15- czy 16-latków dawki suplementów powinny być znacznie większe niż u kobiety dojrzałej.

Rozmawiamy o zwiększonym ryzyku związanym z ciążą u nastolatki, które wynika ze specyfiki młodego wieku. Wspomniała Pani o diecie, edukacji seksualnej oraz stosowaniu używek. A jeśli chodzi o problemy *stricte* medyczne, na co lekarz prowadzący ciążę powinien zwracać uwagę?

U nastoletnich pacjentek częściej występuje niedokrwistość, a suplementowane dawki żelaza powinny być większe niż u kobiety dojrzałej. Konieczność oceny morfologii to oczywistość, ale trzeba również zwrócić uwagę na stężenie ferrytyny, które powinno być trochę większe niż u kobiety w wieku rozrodczym. Co za tym idzie, niezbędna jest odpowiednia podaż żelaza i kwasu foliowego. Kolejny problem stanowi występowanie u nastolatek w ciąży nadciśnienia tętniczego i stanu przedzucawkowego. Nawet jeśli mamy do czynienia ze zdrowymi dziewczętami, do wcześniejszego pojawienia się tego stanu mogą się przyczynić młody wiek i krótki czas od wystąpienia pierwszej miesiączki. Ocena pod kątem nadciśnienia tętni-

czego ważna jest również z powodu zaburzonego procesu implantacji łożyska w młodocianej macicy. Jak już wspomniałam, trzeba wykazać pewną czujność także w odniesieniu do STI.

U płodu częściej występują wady niechromosomalne, dlatego należy zaplanować regularne wizyty. Niestety w rzeczywistości tylko 13% młodocianych pacjentek zgłasza się na pierwszą wizytę położniczą w I trymestrze ciąży, a wiele z nich pierwszy raz styka się z położnikiem-ginekologiem dopiero na sali porodowej. Spora grupa trafia do poradni w zaawansowanej ciąży, a wówczas nie jesteśmy nawet w stanie określić dokładnego wieku ciążowego. Wspomniałam również o większym ryzyku poronienia, porodu przedwczesnego i niskiej urodzeniowej masy ciała. Z tych wszystkich powodów u nastolatki zaleca się więcej wizyt niż u kobiet dojrzałych, żeby jak najszybciej wychwycić wszelkie problemy, które mogą wystąpić u płodu.

U dziewcząt częściej niż u kobiet w pełni dojrzałych występuje cukrzyca ciążowa. Ponieważ małe pacjentki nie osiągnęły jeszcze szczytowej masy kostnej, trzeba też zwrócić uwagę na nieprawidłowości w budowie miednicy, która wciąż się rozwija, a prawidłową budowę osiąga nie wcześniej niż w wieku 18 lat. Nierozwinięta w pełni miednica może stanowić przeciwwskazanie do porodu drogami natury. Z drugiej strony musimy pamiętać, że młodociany wiek nie jest wskazaniem do cięcia cesarskiego i nie sugeruję, że jest to jedyna droga porodu. Na pewno u dziewcząt od 11. do 15. roku życia należy rzetelnie ocenić budowę miednicy kostnej.

Innymi częściej występującymi problemami są nieprawidłowy przebieg porodu i porodu, a także depresja poporodowa i *baby blues* – częstość tych ostatnich zależy w dużej mierze od opieki ze strony rodziców i otoczenia. Warto też się zainteresować, jak sobie młoda matka radzi – czy chodzi do szkoły, czy potrzebuje zwolnienia, czy należy wdrożyć indywidualny tok nauczania. Zarówno WHO, jak i American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) uwrażliwia lekarzy, żeby ułatwiali nastoletnim matkom przejście przez okres ciąży i porodu. To oczywiste, że w takiej sytuacji dziewczyna, a często też jej partner, ojciec dziecka, mają przerwę w edukacji. Odpowiednia opieka pozwoli

odpowiedzieć na pytanie, czy oboje wrócą do systemu edukacji czy też przerwą naukę na danym etapie. Położnicy-ginekolodzy mogą również wskazać miejsce, gdzie nastolatka uzyska pomoc psychologiczną.

Niedawno przeprowadziłem wywiad z aktywistą propagującym wiedzę na temat HIV i zespołu nabytego niedoboru odporności – jego zdaniem w naszym kraju trudno rozmawiać o STI, bo nie rozmawia się o seksie. Nawiązując do tej opinii, chciałbym poruszyć problem wczesnej inicjacji seksualnej i dostępu do antykoncepcji, który również został uwzględniony w rekomendacjach. Czy według Pani wprowadzenie do szkół rzetelnej edukacji seksualnej może zmniejszyć liczbę problemów, z którymi muszą się mierzyć położnicy-ginekolodzy w prowadzeniu ciąży u małoletnich pacjentek?

Doświadczenia różnych krajów Unii Europejskiej pokazują, że wprowadzenie rzetelnej edukacji seksualnej nie zwiększyło liczby ciąż w grupie nastolatków ani nie spowodowało seksualizacji młodzieży, o czym słyszymy w przestrzeni publicznej. Zarówno według WHO, jak i ACOG wprowadzenie edukacji seksualnej do szkół oraz dostęp do antykoncepcji stanowią dwa najważniejsze czynniki zmniejszające liczbę niepożądanych ciąż u młodocianych. Uważa się, że antykoncepcję hormonalną można bezpiecznie wdrożyć po 2 latach od wystąpienia pierwszej miesiączki. U młodej dziewczyny powyżej 15. roku życia, która rozpoczęła współżycie, jak najbardziej należy rozważyć bezpieczną antykoncepcję o wysokiej skuteczności, a taką właśnie jest antykoncepcja hormonalna. Ale nie tylko. Rekomendowana przez WHO zasada podwójnego zabezpieczenia wskazuje na korzyści ze stosowania równocześnie antykoncepcji hormonalnej i prezerwatyw chroniących przed zakażeniami. Cieszą mnie sytuacje, kiedy do gabinetów ginekologicznych przychodzą mamy z córkami, otwarcie mówią o rozpoczęciu przez nie współżycia i proszą o wdrożenie antykoncepcji hormonalnej. Przypominam, że lekarz nie ma prawa bez zgody opiekuna prawnego przyjąć samej dziewczynki przed 18. rokiem życia ani przepisać jej jakichkolwiek środków antykoncepcyjnych.