

Postępowanie w pierwszym i drugim okresie porodu

ACOG 2024

<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management>

NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE

PORÓD I ZATRZYMANIE POSTĘPU PORODU

- **Aktywna faza porodu** rozpoczyna się przy rozwarciu szyjki macicy na **6cm**.
- **Zatrzymanie aktywnej fazy porodu** definiuje się jako brak progresji w rozwieraniu się szyjki macicy, przy **rozwarciu co najmniej 6cm i odpływaniu płynu owodniowego, pomimo występowania adekwatnej czynności skurczowej macicy przez 4 godziny LUB nieadekwatnej czynności skurczowej macicy mimo stymulacji oksytocyną od 6 godzin**.
- **Przedłużona druga faza porodu** definiowana jest jako co najmniej 3-godzinny okres występowania skurczów partych u pierworódek i 2-godzinny okres u wieloródek.
- Zatrzymanie drugiego okresu porodu może być stwierdzone wcześniej w przypadku braku obrotów i zstępowania główki pomimo występowania adekwatnej czynności skurczowej.
- Zaleca się znieczulenie przewodowe celem łagodzenia bólu na każdym etapie porodu.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU OSŁABIENIA CZYNNOŚCI SKURCZOWEJ W PIERWSZEJ FAZIE PORODU

- Zaleca się amniotomię u pacjentek w trakcie stymulacji lub indukcji porodu celem skrócenia czasu trwania porodu.
- Zaleca się zarówno nisko-dawkową, jak i wysoko-dawkową podaż oksytocyny jako aktywne postępowanie w porodzie, zmniejszające ryzyko porodu zabiegowego.
- Zaleca się zastosowanie cewników do mierzenia ciśnienia wewnątrzmacicznego w przypadku odpływania płynu owodniowego aby ocenić adekwatność skurczów macicy u kobiet z przedłużającą się aktywną fazą porodu lub gdy skurczów nie można adekwatnie monitorować przy użyciu sondy toko.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PRZEDŁUŻAJĄCEGO SIĘ DRUGIEGO OKRESU PORODU

- ACOG zaleca zastosowanie skurczów partych przy osiągnięciu pełnego rozwarcia szyjki macicy.

POSTĘPOWANIE PRZY ZATRZYMANIU POSTĘPU PORODU

- Rekomenduje się cięcie cesarskie w przypadku zatrzymania postępu porodu przy osiągnięciu fazy aktywnej.
- Zaleca się ocenę w kierunku przeprowadzenia porodu zabiegowego przed decyzją o cięciu cesarskim w drugim okresie porodu.

REKOMENDACJE

Poród i zatrzymanie akcji porodu – definicje

PRAWIDŁOWY PORÓD

Pierwszy okres porodu jest definiowany jako okres pomiędzy początkiem porodu (określanym jako obecność bolesnych skurczów macicy skutkujących rozwieraniem/zgładzaniem się szyjki macicy) a pełnym rozwarciem szyjki macicy. Pierwszy okres porodu dzieli się na dwie fazy: utajoną i aktywną. Faza utajona charakteryzuje się stopniowym i stosunkowo wolniejszym rozwieraniem szyjki macicy, które rozpoczyna się w momencie pojawienia się regularnych skurczów macicy i kończy się, gdy rozpoczynają się szybkie zmiany w rozwieraniu szyjki macicy. Ta faza szybkich zmian nazywana jest aktywną fazą porodu i trwa aż do pełnego rozwarcia szyjki macicy. Drugi etap porodu rozpoczyna się w momencie pełnego rozwarcia szyjki macicy (10 cm) i kończy się wraz z urodzeniem dziecka. Trzeci okres porodu to czas między urodzeniem noworodka a urodzeniem łożyska.

Faza utajona

Korzystając z norm opublikowanych w Consortium on Safe Labour (Zhang, 2010), na podstawie wyników wstępnego badania szyjki macicy średni czas trwania fazy utajonej u nieródek wynosi od 0,6 do 6,0 godzin (max. 16 godzin). Zatem **przedłużoną fazę utajoną można zdefiniować jako trwającą dłużej niż 16 godzin**. Na szybkość rozwierania w utajonej fazie porodu nie ma wpływu rodność pacjentki.

Chociaż przedłużenie pierwszego okresu porodu wiąże się z niekorzystnymi wynikami dla matki i noworodka, należy zauważyć, że większość ciężarnych z przedłużoną fazą utajoną ostatecznie wejdzie w fazę aktywną przy postępowaniu wyczekującym. U pozostałych pacjentek albo wyciszy się czynność skurczowa, albo po amniotomii lub oksytocynie (lub obu) większość osiągnie fazę aktywną. Nie ma opartej na dowodach definicji zatrzymania fazy utajonej. Dlatego należy unikać przeprowadzania cięcia cesarskiego w przypadku przedłużonej fazy utajonej. Wśród pacjentek poddawanych indukcji porodu preferowaną terminologią powinna być „nieudana indukcja porodu”, jeśli nie ma progresji w fazie utajonej.

Faza aktywna

ACOG zaleca, aby rozwarcie szyjki macicy wynoszące 6 cm uznać za początek aktywnej fazy porodu.

Na podstawie krzywej porodu Zhanga z 2010 r. (Consortium on Safe Labour) można stwierdzić, że moment, w którym poród utajony przechodzi w poród aktywny odbywa się przy 6 cm rozwarcia szyjki macicy (tempo zmian rozwierania szyjki macicy gwałtownie wzrasta pomiędzy 4 cm do 6 cm). Zatem standardów postępowania w fazie aktywnej i zatrzymaniu fazy aktywnej nie należy stosować przed rozwarciem wynoszącym co najmniej 6 cm.

Przedłużenie i zatrzymanie fazy aktywnej.

Przedłużoną fazę aktywną można stwierdzić przy rozwieraniu szyjki wolniejszym niż 1 cm w ciągu 2 godzin.

Zatrzymanie aktywnej fazy porodu definiuje się jako brak progresji w rozwieraniu się szyjki macicy, przy rozwarcu co najmniej 6cm i odpływaniu płynu owodniowy, pomimo występowania adekwatnej (>200 j. Montevideo) czynności skurczowej macicy przez 4 godziny LUB nieadekwatnej czynności skurczowej macicy mimo stymulacji oksytocyną od 6 godzin.

Do czynników ryzyka przedłużającego się lub zatrzymanego porodu zalicza się między innymi pierworództwo, duży w stosunku do wieku ciążowego płód, otyłość matki, zaawansowany wiek matki, ułożenie główki np. potylicowe tylne oraz niewspółmierność porodową. Zaburzenia postępu porodu wiążą się ze zwiększonym ryzykiem niekorzystnych skutków dla matki i noworodka, w tym konieczności przeprowadzenia cięcia cesarskiego, chorioamnionitis, krwotoku poporodowego, kwasicy płodu i przyjęcia na oddział intensywnej terapii noworodków.

Drugi okres porodu

Przedłużona druga faza porodu definiowana jest jako okres występowania skurczów partych u:

- pierworódek:

- otrzymujących znieczulenie zewnątrzoponowe trwający powyżej 3 godziny,
- nieotrzymujących znieczulenia zewnątrzoponowego trwający powyżej 2 godziny,

- wieloródek:

- otrzymujących znieczulenie zewnątrzoponowe trwający powyżej 2 godziny,
- nieotrzymujących znieczulenia zewnątrzoponowego trwający powyżej 1 godziny.

Wykazano, że na długość drugiego okresu porodu wpływają: rodność, opóźnione parcie, stosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego, wskaźnik masy ciała matki BMI, masa urodzeniowa, ułożenie potylicowe tylne i zaawansowanie główki w kanale rodnym przy całkowitym rozwarcu. W badaniu Consortium on Safe Labor poród był o około 1 godzinę dłuższy u pacjentek otrzymujących znieczulenie zewnątrzoponowe w porównaniu z pacjentkami, które nie otrzymały znieczulenia zewnątrzoponowego.

PORÓD INDUKOWANY

Czas trwania fazy utajonej jest znacznie dłuższy w przypadku porodu indukowanego niż spontanicznego. Jeśli stan kliniczny pacjentki i płodu nie wymaga przeprowadzenia cięcia cesarskiego, zaleca się podawanie oksytocyny przez co najmniej 12-18 godzin fazy utajonej indukcji porodu (po uprzedniej amniotomii) zanim określi się tę indukcję za nieskuteczną. Bazując na sytuacji klinicznej, preferencji pacjentki i analizie ryzyka, możliwe jest podjęcie decyzji o kontynuowaniu indukcji porodu powyżej 18 godzin.

Znieczulenie porodu

ACOG zaleca zastosowanie znieczulenia przewodowego w celu złagodzenia bólu na każdym etapie porodu.

Znieczulenie regionalne jest wysoce skuteczną metodą łagodzenia bólu w trakcie porodu. W przypadku kobiet decydujących się na znieczulenie podczas porodu przegląd systematyczny wykazał, że ani rodzaj znieczulenia przewodowego (znieczulenie zewnątrzoponowe czy łączone znieczulenie

podpajęczynówkowe), ani czas podania znieczulenia, nie miały wpływu na ryzyko przeprowadzenia cięcia cesarskiego.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU SPOWOLNIENIA AKCJI PORODOWEJ W I OKRESIE PORODU

Istnieją różne strategie postępowania w przypadku nieprawidłowego postępu porodu w pierwszym okresie. W latach 60. O'Driscoll i wsp. w Irlandii zaproponowali kompleksowe podejście do prowadzenia porodu, obecnie określane jako **aktywne**, mające na celu skrócenie czasu trwania porodu. Podejście to zakłada m.in. wczesną amniotomię, podawanie oksytocyny w przypadku przedłużającego się porodu oraz indywidualną opiekę położnej. Biorąc pod uwagę ryzyko związane z przedłużającym się porodem, preferowane jest aktywne prowadzenie porodu a nie postępowanie wyczekujące. Podejście to można dostosować w oparciu o preferencje pacjentki, po dyskusji na temat znanych zagrożeń.

Amniotomia

ACOG zaleca amniotomię u pacjentek poddawanych stymulacji lub indukcji porodu w celu skrócenia czasu porodu.

W wielu badaniach oceniano skuteczność amniotomii w porównaniu z brakiem interwencji, innymi interwencjami podczas porodu spontanicznego i jego indukcji. Przegląd systematyczny z 2020 r. opublikowany przez Agencję Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej (AHRQ) obejmował pięć randomizowanych, kontrolowanych badań przeprowadzonych w latach 2007–2010, w których oceniano procedurę amniotomii u kobiet rodzących spontanicznie. W przeglądzie ustalono, że amniotomia podczas porodu samoistnego skraca całkowity czas porodu u nieródek, nie zwiększając ryzyka porodu przez cesarskie cięcie, zakażenia matki, krwotoku lub urazu dna miednicy. Żadne z randomizowanych, kontrolowanych badań nie wykazało zwiększonego ryzyka wypadania pępowiny po amniotomii.

Wczesna vs późna amniotomia

Skuteczność amniotomii oceniano także u pacjentek poddawanych indukcji porodu. W wielu badaniach wykazano, że w przypadku wczesnej amniotomii czas trwania porodu jest krótszy. W retrospektywnym badaniu kohortowym obejmującym 546 nieródek w ciąży pojedynczej, poddawanych preindukcji porodu za pomocą cewnika z balonem Foleya, porównano wczesną amniotomię (definiowaną jako sztuczne pęknięcie błon płodowych w czasie krótszym niż 1 godzina po usunięciu Foleya) z nieprzeprowadzeniem amniotomii w ciągu pierwszej godziny po dojrzewaniu szyjki macicy i wykazano większe szanse na poród drogą pochwową w ciągu 24 godzin oraz krótszy czas indukcji porodu, w przypadku wczesnej amniotomii. Randomizowane, kontrolowane badanie obejmujące 143 kobiety przyjęte do indukcji, przydzielone losowo do grupy wczesnej amniotomii (jednocześnie z rozpoczęciem wlewu oksytocyny) lub późnej amniotomii (4 godziny po rozpoczęciu podawania oksytocyny) wykazało krótszy czas porodu u nieródek (12 godzin vs 15 godzin) bez wpływu na ryzyko cięcia cesarskiego u nieródek i wieloródek. Przegląd systematyczny przeprowadzony w 2020 r. na podstawie czterech badań, w których wzięło udział 1273 pacjentek poddawanych indukcji porodu po preindukcji za pomocą cewnika Foleya lub prostaglandyn w dowolnej dawce, wykazał, że wczesna amniotomia w porównaniu z późną lub samoistnym pęknięciem błon płodowych skracała czas od początku indukcji do porodu o około 5 godzin, przy podobnym ryzyku przeprowadzenia cięcia cesarskiego. Istnieją wysokiej jakości dowody zalecające wczesną amniotomię, aby skrócić czas do porodu bez zwiększania częstości cięć cesarskich lub innych powikłań u matki lub noworodka.

Oksytocyna

ACOG zaleca stosowanie oksytocyny w małych lub dużych dawkach w celu ograniczenia ilości porodów operacyjnych.

Gdy pierwsza faza porodu przedłuża się, powszechnie zaleca się podanie oksytocyny. W kilku badaniach oceniano optymalny moment rozpoczęcia podawania oksytocyny. Wczesną augmentację, zdefiniowaną jako podanie oksytocyny w przypadku rozpoznania zatrzymania postępu I okresu porodu, badano w wielu randomizowanych badaniach kontrolowanych w drodze metaanalizy. Wczesne podanie oksytocyny wiązało się z umiarkowanym wzrostem prawdopodobieństwa samoistnego porodu drogą pochwową. Z metaanalizy wynika, że na każde 20 pacjentek leczonych wczesną augmentacją oksytocyną można spodziewać się jednego dodatkowego samoistnego porodu drogą pochwową. Stwierdzono zmniejszenie konieczności stosowania antybiotyków, ale także zwiększone ryzyko hiperstymulacji (obecnie określanej mianem tachysystolii), bez dowodów na występowanie działań niepożądanych u noworodków. Ponadto pacjentki w grupie otrzymującej oksytocynę zgłaszały wyższy poziom bólu i dyskomfortu podczas porodu.

W przeglądzie systematycznym AHRQ z 2020 r. podobnie wykazano, że wczesne podanie oksytocyny wiąże się z krótszym czasem porodu, ale nie wpływa na ogólny odsetek cięć cesarskich w porównaniu z opóźnionym podaniem oksytocyny (65).

Schematy wysoko vs niskodawkowe podawania oksytocyny

W wielu badaniach dokonano przeglądu schematów dawkowania oksytocyny. Zazwyczaj określa się je jako schematy wysoko oraz niskodawkowe, chociaż rzeczywisty schemat dawkowania często różni się w zależności od badań.

W jednym z przeglądów systematycznych zbadano protokół podawania oksytocyny w indukcji porodu donoszonego, w którym porównano schemat wysokodawkowy (zdefiniowany jako podaż co najmniej 100 milijednostek oksytocyny w ciągu pierwszych 40 minut, z przyrostami dostarczającymi co najmniej 600 milijednostek w ciągu pierwszych 2 godzin) z niskodawkowym (definiowanym jako podaż mniej niż 100 milijednostek oksytocyny w ciągu pierwszych 40 minut z przyrostem dostarczającym łącznie mniej niż 600 milijednostek w ciągu pierwszych 2 godzin). Wyniki nie wykazały znaczących różnic w częstości porodów drogami natury nieosiągniętych w ciągu 24 godzin lub porodów poprzez cięcie cesarskie. Nie stwierdzono różnicy w zakresie występowania poważnych zachorowań lub zgonów matek, ani poważnych zachorowań lub zgonów okołoporodowych noworodków.

W przeglądzie systematycznym AHRQ 2020 wykazano, że u nieródek stosowanie oksytocyny w schemacie wysokodawkowym wiąże się z mniejszą częstością cięć cesarskich w porównaniu z protokołami niskodawkowymi, bez różnicy w częstości występowania krwotoku u matki. W tabeli poniżej przedstawiono typowe schematy podaży oksytocyny zidentyfikowane w przeglądzie systematycznym AHRQ.

Obecne badania nie sugerują znaczących różnic w wynikach leczenia matek i noworodków przy różnych schematach dawkowania oksytocyny; dlatego też strategie podawania oksytocyny w małych lub wysokich dawkach są rozsądnym postępowaniem w aktywnym prowadzeniu porodu w celu ograniczenia porodów operacyjnych. Nie ustalono maksymalnej dawki oksytocyny.

Schematy podawania oksytocyny			
Schemat	Dawka początkowa (mU/min)	Przyrost dawki (mU/min)	Interwał czasowy (min)
Niskodawkowy	0,5-2	1-2	15-40
Wysokodawkowy	≥ 4	3-6	15-40

Specjalne uwagi dodatkowe

Sugeruje się, że liczne nefarmakologiczne środki wspomagające mogą potencjalnie wpływać na progresję porodu podczas zatrzymania akcji porodowej. Należą do nich między innymi ciągłe wsparcie emocjonalne, korzystanie z piłki gimnastycznej, masaż krocza, immersja wodna, akupunktura, aktywne pozycje porodowe.

POSTĘPOWANIE PRZY OGRANICZENIU TEMPA AKCJI PORODOWEJ W DRUGIM OKRESIE PORODU

ACOG zaleca rozpoczęcie parcia przy osiągnięciu pełnego rozwarcia szyjki macicy.

Wśród nieródek objętych znieczuleniem regionalnym jednym z aspektów postępowania w drugim okresie porodu jest określenie momentu rozpoczęcia parcia. Teoretycznie, zaletą opóźnienia rozpoczęcia parcia przy osiągnięciu pełnego rozwarcia jest spowodowanie progresji porodu tylko za pomocą skurczów macicy, przy zmniejszeniu potrzeby wysiłku pacjentki. Metaanaliza 12 badań porównujących parcie natychmiastowe z opóźnionym, wykazała że opóźnione parcie wiązało się ze zwiększonym odsetkiem samoistnych porodów pochwowych. Jednak wśród badań wysokiej jakości, nie stwierdzono różnicy w częstości spontanicznych porodów pochwowych. Opóźnione parcie wiązało się z wydłużeniem drugiego okresu porodu i skróceniem czasu aktywnego parcia. W wieloośrodkowym, randomizowanym, kontrolowanym badaniu przeprowadzonym w 2018 roku w Stanach Zjednoczonych, w którym uczestniczyły pierworódki w znieczuleniu neuroosiowym, porównującym parcie natychmiastowe z opóźnionym nie stwierdzono różnicy w częstości porodu spontanicznego, ale zauważono wydłużenie drugiego okresu porodu w przypadku parcia opóźnionego. Badanie przerwano wcześniej ze względu na zwiększone ryzyko krwotoku poporodowego, zapalenia błon płodowych i kwasicy u noworodków w przypadku opóźnionego parcia. Dane te wskazują na istotność zalecenia rozpoczynania parcia po osiągnięciu pełnego rozwarcia, aby uniknąć wydłużenia drugiego okresu porodu oraz niekorzystnych skutków związanych z opóźnionym parciem. Nie badano zalecania opóźnionego parcia u wieloródek ani u osób bez znieczulenia przewodowego; jednakże przewiduje się podobne ryzyko i dlatego należy unikać takiego podejścia również w przypadku tych pacjentek.

RĘCZNY OBRÓT GŁÓWKI

W porównaniu z ułożeniem potylicowym przednim, inne ułożenia główki płodu wiążą się ze zwiększonym ryzykiem porodu zabiegowego i konieczności przeprowadzenia cięcia cesarskiego. Rotację ręczną – proces, podczas którego lekarz pomaga w obracaniu głowy płodu w celu uzyskania korzystniejszego ułożenia i zmniejszenia średnicy głowy płodu w celu przejścia przez miednicę matki – zbadano jako metodę postępowania w przypadku ograniczenia postępu w II okresie porodu.

W badaniu przeprowadzonym w USA z udziałem 3258 kobiet, z płodami w ułożeniu innym niż potylicowe przednie, 731 poddano próbie ręcznej rotacji. W porównaniu z postępowaniem wyczekującym, u osób w grupie, w której podjęto próbę rotacji ręcznej, rzadziej występowały cięcia cesarskie, uszkodzenia krocza, krwotoki i zapalenie błon płodowych; liczbę pacjentek poddawanych próbie ręcznej rotacji niezbędnej do zapobieżenia jednemu cesarskiemu cięciu oszacowano na cztery. W innym badaniu obejmującym 2522 porody we Francji, ułożenie potylicowe tylne wystąpiło u 233 osób (9,2%). Rotacja ręczna zakończyła się sukcesem w 71,7% przypadków, a odsetek cięć cesarskich i porodów operacyjnych był znacznie niższy po udanej rotacji ręcznej.

Dyskutuje się nad momentem do przeprowadzenia ręcznej rotacji w drugim okresie porodu, przy czym niektórzy klinicyści opowiadają się za wcześniejszą rotacją, a inni sprawdzają, czy rotacja występuje podczas skurczów partych. We wcześniejszym przeglądzie systematycznym dotyczącym tej kwestii, wcześniejsza rotacja wiązała się z krótszym czasem trwania drugiego okresu porodu, ale nie wykazała zmiany w częstości porodu drogą pochwową.

Dane te sugerują, że ręczna rotacja w drugim okresie porodu z pozycji potylicowej tylnej lub poprzecznej do pozycji potylicowej przedniej może wiązać się ze zmniejszeniem częstości cięć cesarskich i porodów zabiegowych, bez dowodów na zwiększoną częstość występowania powikłań u matki lub noworodka.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU BRAKU POSTĘPU PORODU

Zatrzymanie w fazie aktywnej porodu

ACOG zaleca wykonanie cięcia cesarskiego u pacjentek z zatrzymaniem akcji porodowej w aktywnej fazie porodu.

Zatrzymanie aktywnej fazy porodu jest najczęstszym wskazaniem do cięcia cesarskiego. W jednym retrospektywnym badaniu kohortowym obejmującym 1014 kobiet z zatrzymaniem w fazie aktywnej, zdefiniowanym jako brak zmian w rozwarciu szyjki macicy w aktywnej fazie porodu (rozwarcie szyjki macicy 4 cm lub większe) przez co najmniej 2 godziny przy obecności odpowiednich skurczów macicy (200 MVU lub większa w trakcie 10 minut porodu, mierzona za pomocą cewnika ciśnieniowego wewnątrzmacicznego), wykazało, że 33% urodziło drogą pochwową, a pozostałe przez cesarskie cięcie. W takiej sytuacji, poród przez cesarskie cięcie wiązał się ze zwiększonym ryzykiem zapalenia błon płodowych, zapalenia błony śluzowej macicy i krwotoku poporodowego, a poród drogą pochwową wiązał się ze zwiększonym ryzykiem zapalenia błon płodowych i dystocji barkowej. Inne badania wykazały zwiększoną zachorowalność matek i noworodków wraz z wydłużeniem pierwszego okresu porodu powyżej 90 percentyla. Przedłużony pierwszy okres porodu wiąże się ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia powikłań: gorączki u matki, konieczności transfuzji krwi po porodzie, przedłużenia drugiego okresu porodu, uszkodzenia krocza trzeciego lub czwartego stopnia oraz porodu przez cesarskie cięcie lub porodu zabiegowego w drugim okresie porodu, a także zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia powikłań u noworodka, w tym zespołu niewydolności oddechowej, konieczności mechanicznej wentylacji oraz potwierdzonej lub podejrzewanej posocznicy noworodkowej. Potencjalna etiologia tych związków jest prawdopodobnie wieloczynnikowa i nie wynika wyłącznie z długości porodu.

Dane te sugerują, że chociaż u niektórych pacjentek po przedłużonym pierwszym okresie porodu może dojść do porodu drogą pochwową, obserwuje się wzrost częstości chorób współistniejących u matki i noworodka. Po rozpoznaniu zatrzymania akcji porodowej w fazie aktywnej wskazane jest wykonanie cięcia cesarskiego.

Zatrzymanie w II okresie porodu

ACOG sugeruje ocenę pod kątem przeprowadzenia porodu zabiegowego drogą pochwową przed wykonaniem cięcia cesarskiego w przypadku zatrzymania akcji porodowej w drugim okresie.

Decyzję o przeprowadzeniu porodu zabiegowego drogą pochwową powinien podjąć lekarz, biorąc pod uwagę jego umiejętności, warunki szpitalne, dostępne zasoby, preferencje pacjentki co do operacyjnego porodu drogą pochwową (101). W przeciwieństwie do rosnącej częstości cięć cesarskich, w ciągu ostatnich 15 lat częstość porodów zabiegowych (za pomocą próżniociągu lub kleszczy) znacznie spadła. Jednak porównanie wyników po porodzie zabiegowym drogą pochwową i nieplanowanego porodu przez cesarskie cięcie wykazało zmniejszoną zachorowalność matek po skutecznym porodzie drogami natury i brak różnicy w częstości występowania poważnych powikłań u noworodków (np. krwotoku śródmózgowego lub śmierci). W dużym, retrospektywnym badaniu kohortowym częstość występowania krwotoków śródczaszkowych związanych z porodem przy pomocy próżniociągu nie różniła się istotnie od częstości związanej z porodem kleszczowym lub cięciem cesarskim. W nowszym badaniu poród drogą pochwową wspomagany kleszczami powiązano ze zmniejszonym ryzykiem wystąpienia napadów padaczkowych, krwotoku dokomorowego i krwotoku podtwardówkowego w porównaniu z porodem drogą pochwową przy pomocy próżniociągu lub cesarskim cięciem, bez istotnej różnicy pomiędzy porodem przy pomocy próżniociągu a cięciem cesarskim. W retrospektywnym badaniu kohortowym obejmującym 990 kobiet poddawanych porodowi zabiegowemu, porównującym kobiety poddawane porodowi przy pomocy vacuum lub kleszczowemu z kobietami poddawany cięciu cesarskiemu, nie stwierdzono różnic w częstości występowania kwasicy płodu pomiędzy grupami. W systematycznym przeglądzie przeprowadzonym

w 2023 r. porównującym cesarskie cięcie i poród przy pomocy vacuum, stwierdzono, że pierwszy z nich wiąże się z niższą śmiertelnością matek i okołoporodową.

U mniej niż 3% pacjentek, u których podjęto próbę porodu zabiegowego drogą pochwową, istnieje konieczność przeprowadzenia cięcia cesarskiego. Niektórzy zalecają zastosowanie ultrasonografii śródporodowej, aby zmniejszyć ryzyko powikłań u matek i noworodków związanych z porodem zabiegowym. Jednakże randomizowane, kontrolowane badanie obejmujące 514 nieródek poddawanych porodowi zabiegowemu, porównujące pomoc ultrasonograficzną ze standardową opieką, wykazało, że chociaż ultrasonografia ułatwia ocenę położenia głowy płodu, nie zmniejsza zachorowalności. Randomizowane, kontrolowane badanie obejmujące 1903 kobiety z rozwarciem wynoszącym 8 cm lub więcej w momencie porodu, porównujące badanie z oceną ultrasonograficzną z samym badaniem fizykalnym, wykazało wyższy odsetek porodów zabiegowych, a także cięć cesarskich, gdy dodano ultrasonografię do oceny.

Poród drogą cięcia cesarskiego jest również metodą postępowania w przypadku zatrzymania akcji porodowej w drugim okresie. Cięcie cesarskie w drugim okresie porodu wiąże się ze zwiększoną zachorowalnością matek w porównaniu z takim postępowaniem w pierwszym okresie. W jednym retrospektywnym badaniu kohortowym porównującym 400 kobiet poddawanych cięciu cesarskiemu w drugim okresie porodu z 2105 kobiet poddawanych cesarskiemu cięciu w pierwszym okresie, zapalenie błony śluzowej macicy występowało istotnie częściej po cesarskim cięciu na późniejszym etapie zaawansowania porodu.

Podsumowując, zarówno poród zabiegowy drogą pochwową u odpowiedniej kandydatki przeprowadzony przez odpowiednio wykwalifikowanego lekarza, jak i poród poprzez cięcie cesarskie są opartymi na dowodach sposobami postępowania w przypadku zatrzymania akcji porodowej w drugim okresie.