

# Indukcja porodu

Induction of labour

*Mahalakshmi RAGUNATH*

*Alec S McEWAN*

## STRESZCZENIE

W krajach rozwiniętych położnictwo uległo w ciągu ostatnich dziesięcioleci gwałtownym zmianom. W pierwszej połowie XX wieku główny problem stanowiła kwestia umieralności i zachorowalności matek. Natomiast w późniejszym okresie wzrosło zainteresowanie dobrostanem samego płodu i w efekcie podjęto próbę zredukowania umieralności i zachorowalności okołoporodowej. Jest to szczególnie istotne w kontekście porodu przedwczesnego, gdyż wcześniactwo odpowiada za 85% zgonów niemowląt oraz 50% zapadalności na choroby neurologiczne. W związku z narastającą liczbą indukcji porodu bez wyraźnych wskazań medycznych, pojawiają się dwie istotne kwestie: pierwsza, dotycząca zdrowia samej pacjentki, u której nieskuteczna indukcja zakończyła się cięciem cesarskim, a druga wiążąca się z konsekwencjami wcześniactwa z przyczyn jatrogennych. W poniższym artykule omówiono aktualne dane dotyczące dojrzewania szyjki macicy do porodu, oceny stopnia jej przygotowania oraz nieskutecznej indukcji porodu. Przypomniano także najczęściej stosowane metody preindukcji oraz indukcji porodu, takie jak dożylny wlew oksytocyny oraz dopochwowe lub doustne podawanie prostaglandyn. Szczególną uwagę poświęcono specyficznym grupom pacjentek, wymagającym indukcji porodu: z przedwczesnym odpływaniem płynu owodniowego oraz po przebytym cięciu cesarskim. Podstawą niniejszego artykułu są zalecenia *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) dotyczące indukcji porodu opublikowane w 2001 roku (aktualizacja zaleceń ma ukazać się w 2008 r.), a także przegląd badań z bazy Cochrane oraz aktualnie dostępne piśmiennictwo. Miało to na celu zgromadzenie wiarygodnych danych, dających odpowiedź na konkretne problemy kliniczne.

## SUMMARY

In developed countries obstetrics has dramatically changed over the past decades. Whilst maternal morbidity and mortality were the key issues during the first half of the 20th century, the second half increasingly concentrated on the fetus and the reduction of fetal and neonatal morbidity and mortality. This is especially relevant in the context of preterm labour and the subsequent consequences for the neonate, with prematurity accounting for 85% of infant mortality and 50% of infant neurological morbidity. With labour induction on the rise without clearly identifiable indications, the consequences for the mother in terms of failed induction, leading to caesarean delivery, as well as iatrogenic prematurity in the fetus are two very relevant issues to be considered. This review includes an update on cervical ripening, pre-induction cervical assessment and failed labour induction, and reviews the most widely used methods of cervical ripening and labour induction, including oxytocin infusion, and vaginal and oral prostaglandin administration. Particular attention has been directed to the specific subsets of women needing induction, including those with pre-labour rupture of membranes and those with previous caesarean deliveries. The National Institute of Clinical excellence (NICE) clinical guideline on induction of labour (2001; due for an update in 2008) forms the basis for this review, together with the Cochrane database and a literature search to identify and synthesize relevant evidence to answer specific clinical questions.