

Wstępne propozycje do Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczących cięcia cesarskiego

Drogie Koleżanki i Koledzy,

Przedstawiamy Państwu do społecznej dyskusji propozycję rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczących cięcia cesarskiego.

Cięcie cesarskie jest najczęściej wykonywaną operacją położniczą i opracowanie rekomendacji ma szczególną wagę dla społeczności położników i ginekologów. Uwzględniając ten fakt przyjęliśmy formę poddania pod społeczną dyskusję dokumentu opracowanego przez Zespół Ekspertów PTG w dniu 17 maja 2007 roku w Tychach.

W czasie opracowywania rekomendacji podczas dyskusji zarysowały się rozbieżności w poglądach na temat poszczególnych zagadnień rekomendacji. Zdajemy sobie sprawę z ogromnej wagi opracowania tego dokumentu, dlatego prosimy o przesyłanie uwag dotyczących rekomendacji do 30 czerwca 2008 r. na adres e-mail: sekretariat@ginekologia.tychy.pl

Dostarczone uwagi i propozycje będą przedmiotem dyskusji podczas spotkania Zespołu Ekspertów PTG, które odbędzie się w Tychach w dniach 26-27.09.2008r. podczas konferencji „Stany nagłe w położnictwie i ginekologii”, gdzie zostanie wypracowana ostateczna wersja rekomendacji.

Przewodniczący Zespołu Ekspertów PTG
Prof. Ryszard Poręba

Spotkanie zespołu ekspertów odbyło się 17 maja 2008 r. w Tychach w składzie:

Przewodniczący:

prof. dr hab. med. Ryszard Poręba

Członkowie:

prof. dr hab. med. Jacek Brązert
prof. dr hab. med. Bogdan Chazan
prof. dr hab. med. Ryszard Czajka
prof. dr hab. med. Krzysztof Czajkowski
prof. dr hab. med. Romuald Dębski
prof. dr hab. med. Krzysztof Drews
prof. dr hab. med. Stefan Jaworski
dr hab. med. Janusz Kubicki
prof. dr hab. med. Marek Kulikowski
prof. dr hab. med. Tadeusz Laudański
dr med. Krzysztof Makuch
prof. dr hab. med. Longin Marianowski
prof. dr hab. med. Tomasz Niemiec
prof. dr hab. med. Anita Olejek
prof. dr hab. med. Jan Oleszczuk
prof. dr hab. med. Przemysław Oszukowski
prof. dr hab. med. Stanisław Radowicki
prof. dr hab. med. Alfred Reroń
prof. dr hab. med. Elżbieta Ronin-Walknowska
prof. dr hab. med. Zbigniew Słomko
prof. dr hab. med. Wiesław Szymański
dr hab. med. Mirosław Wielgoś
prof. dr hab. med. Jan Wilczyński
prof. dr hab. med. Mariusz Zimmer
prof. dr hab. med. Edmund Waszyński
prof. dr hab. med. Michał Józwik

Zwiększająca się częstość cięć cesarskich zarówno pierwotnych, jak i wielokrotnych, a także wzrost zachorowalności z powikłaniami okołoperacyjnymi u matek nakazuje podjęcie dyskusji i wypracowanie rekomendacji PTG dotyczących cięcia cesarskiego i próby ograniczenia dalszego wzrostu liczby operacji.

Decydujące znaczenie przy wyborze metody ukończenia ciąży ma sytuacja położnicza oraz doświadczenie lekarza podejmującego decyzję. Do podjęcia decyzji o sposobie rozwiązania ciąży, czy urodzenia porodu konieczna jest szczegółowa analiza aktualnej sytuacji klinicznej.

Wstępne propozycje do Rekomendacji PTG dotyczących cięcia cesarskiego.

Niniejsze rekomendacje opracowane i zaakceptowane przez zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego odzwierciedlają szeroką problematykę cięcia cesarskiego i dotyczącą:

- wskazań do cięcia cesarskiego,
- rodzajów cięć cesarskich,
- metod znieczulenia do cięcia cesarskiego,
- powikłań po cięciu cesarskim,
- prewencji powikłań po cięciu cesarskim,
- porodu po cięciu cesarskim,
- przyczyn wzrostu cięć cesarskich,
- cięcia cesarskiego na życzenie, bez wskazań medycznych,
- postępowania w celu obniżenia odsetka cięć cesarskich,
- formularza świadomej zgody pacjentki na cięcie cesarskie.

Stanowisko PTG

Cięcie cesarskie jako operacja położnicza ma na celu ukończenie ciąży lub porodu, gdy dalsze oczekiwanie na ich naturalne zakończenie przedstawia znaczne niebezpieczeństwo dla matki i dziecka.

Wskazania do cięcia cesarskiego

W piśmiennictwie opisane są różne podziały wskazań do operacji cięcia cesarskiego. Ze względu na znaczną wielość podziałów wskazań, wymagały one ujednoczenia. Dawny, powszechnie zaakceptowany podział wskazań na matczyne i płodowe obecnie wydaje się nieaktualny. Współcześnie dysponując nowymi metodami diagnostycznymi, pozwalającymi ocenić bardzo precyzyjnie stan płodu i matki, powinno rozpatrywać się wskazania do cięcia cesarskiego w kategoriach wskazań prewencyjnych lub według kryterium stopnia pilności operacji. Usystematyzowanie wskazań do cięcia cesarskiego pod kątem ich praktycznego zastosowania należy uznać za najbardziej przydatny.

Wskazania według kryterium prewencji powikłań¹⁵

Wskazania prewencyjne bez objawów zagrożenia płodu:

- ryzyko anamnestyczne,
- zaburzenia mechanizmu porodowego
- zaburzenia czynnościowe

Wskazania prewencyjne z objawami rozpoczynającego się zagrożenia płodu:

- przewlekłe
- ostre
- podostre

Bezwzględne cięcie (wskazania życiowe):

- ciężkie zagrożenie płodu, rozpoznane na podstawie zmian w zapisie KTG i objawów kwasicy.

Wskazania według kryterium stopnia pilności operacji¹⁶

W tym podziale za najpraktyczniejsze kryterium podziału wskazań, uznano stopień pilności operacji. Wyróżniono cztery grupy wskazań:

1. Wskazania elektywne (planowe).
2. Wskazania pilne.
3. Wskazania nagłe.
4. Wskazania nagłe (natychmiastowe).

1. Wskazania elektywne (planowe)

Nie ma potrzeby niezwłocznego wykonania operacji – cięcie cesarskie odbywa się w ustalonym terminie, czynniki uniemożliwiające poród siłami natury są znane, nie ma bezpośredniego zagrożenia życia matki, ani płodu przed rozpoczęciem czynności skurczowej. Ciężarna może bezpiecznie oczekiwać na operację dni, a nawet tygodnie.

Przykłady:

- nieprawidłowe położenie płodu,
- niewspółmierność płodowo-miednicza (wady anatomiczne miednicy, makrosomia od 4500g, duży płód w cukrzycy od 4250g),
- cienka błona macicy poniżej <2mm,
- wszystkie wskazania pozapolożnicze (neurologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, hematologiczne, kardiologiczne, psychiatryczne, inne).

Decyzję podejmuje: doświadczony położnik wypełniając i podpisując odpowiednio opracowany formularz kwalifikacji do cięcia.

2. Wskazania pilne

Czynniki potencjalnie zagrażające życiu i zdrowiu matki i płodu istnieją, ale nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia w danej chwili lecz istnieją przesłanki, że pogorszenie może wystąpić w każdej chwili, a dalsze oczekiwanie i ewentualny postęp porodu może pogorszyć sytuację położniczą i warunki do wykonania cięcia. Pacjentka powinna być operowana po uzyskaniu wyników niezbędnych badań.

Przykłady:

- nieprawidłowe ułożenie główki,
- nieprawidłowe położenie płodu przy trwającej czynności skurczowej,
- dystocja szyjkowa,
- ciężki stan przedrzucawkowy,
- poród przedwczesny płodu, dla którego poród drogami rodnymi stanowi poważne ryzyko uszkodzenia lub śmierci.

Decyzję podejmuje: doświadczony położnik po wnikliwym przeanalizowaniu dostępnych danych.

3. Wskazania nagłe

Zaburzenia potencjalnie zagrażające życiu i zdrowiu matki oraz płodu występują i powtarzają się w krótkich odstępach czasu, bezpośrednie zagrożenie życia matki lub płodu może nastąpić w każdej chwili, pacjentka powinna być operowana jak najszybciej (minuty, godziny). Należy pobrać krew na badania laboratoryjne i oczekiwać wyników podczas trwania operacji.

Przykłady:

- powtarzające się epizody bradykardii,
- deceleracje późne lub zmienne przy nieefektywnej czynności skurczowej niezapewniającej prawidłowego postępu porodu,
- głęboka bradykardia płodu nie reagująca na leczenie zachowawcze
- zagrażająca rzucawka.

Decyzję podejmuje: doświadczony położnik po wnikliwym przeanalizowaniu dostępnych danych.

4. Wskazania nagłe – natychmiastowe

Zaburzenia płodowe lub matczyne występujące w sposób ciągły, bezpośrednio zagrażają życiu i zdrowiu matki lub płodu. Cięcie powinno być wykonane niemal natychmiast (w ciągu minut), bez oczekiwania na wyniki badań laboratoryjnych, a nawet bez oznaczenia grupy krwi. Krew do badań laboratoryjnych należy pobrać w trakcie trwania operacji.

Przykłady:

- wypadnięcie pępowiny,
- podejrzenie krwotoku wewnętrznego spowodowanego pęknięciem macicy,
- odklejenia łożyska,
- rzucawka,
- zagrażająca rzucawka,
- ciężka bradykardia płodu.

Decyzję o konieczności wykonania nagłego cięcia cesarskiego podejmuje specjalista położnik.

Wstępne propozycje do Rekomendacji PTG dotyczących cięcia cesarskiego.

Wskazania pozapolożnicze

Wskazania pozapolożnicze do wykonania operacji cięcia cesarskiego wymagają szerszego omówienia. Tego rodzaju wskazania powinny być ustalane indywidualnie dla każdej ciężarnej w zespole interdyscyplinarnym.

Wskazania kardiologiczne

W zależności od stopnia niewydolności krążenia. Obejmują schorzenia powodujące III i IV stopień niewydolności krążenia w skali NYHA. Stopień I i II w skali NYHA nie stanowi wskazań do cięcia cesarskiego.

Wskazania pulmonologiczne

Określa się najczęściej w trakcie porodu analizując gazometrię i stopień niewydolności oddechowej objawiający się hiperwentylacją z towarzyszącą hipokapnią, spadkiem saturacji i zaburzeniami pH.

Wskazania okulistyczne

Najczęstsze dotąd pozapolożnicze wskazanie do cięcia cesarskiego, często nadużywane. W przypadkach wątpliwych należy weryfikować tego typu wskazania podczas pobytu pacjentki na oddziale. Wskazania do operacji cięcia cesarskiego w przypadku niektórych schorzeń mających wpływ na stan narządu wzroku obejmują obecnie wyłącznie:

- zaawansowane retinopatie,
- odwarstwienie siatkówki.

Retinopatia cukrzycowa. Dotychczas nie udowodniono wpływu porodu siłami natury, na postęp retinopatii cukrzycowej. Według Romaniuk i wsp. w nadciśnieniu tętniczym uważa się, że stan naczyń siatkówki odpowiada stanowi naczyń łożyska. Po kilku miesiącach od porodu siatkówka oraz ciało szkliste odzyskują stan sprzed ciąży.¹⁴

Rzekomy guz mózgu. Podwyższone ciśnienie śródczaszkowe z towarzyszącym obrzękiem tarczy nerwu wzrokowego oraz bólami głowy. Uważa się, że cięcie cesarskie powinno być wykonywane tylko w ciężkich postaciach tego zespołu.

Krótkowzroczność. W drugim okresie porodu w mechanizmie Valsalvy dochodzi do zaburzeń ciśnienia wewnątrzgałkowego, przekrwienia naczyńki. Krwotoki siatkówkowe zdarzają się częściej u położnic z wysoką krótkowzrocznością (kilkanaście – kilkadziesiąt dioptrii). Na podstawie przeglądu piśmiennictwa stwierdza się, iż nie występuje progresja zmian siatkówki po porodzie siłami natury.

Zmiany degeneracyjne siatkówki predysponujące do odwarstwienia siatkówki. Zwyrodnienie „kraciaste” siatkówki. Należy rozważyć zabezpieczającą profilaktyczną fotokoagulację (laseroterapię) przed porodem.

Wskazania ortopedyczne

W zasadzie pokrywają się z patologią polożniczą w obrębie miednicy.

Wskazania neurologiczne

Uważa się niemal wyłącznie: krwawienia domózgowe oraz guz mózgu.

Wskazania psychiatryczne

Są rzadkimi, ale jednymi z bardziej kontrowersyjnych wskazań pozapolożniczych. Najczęściej w uzasadnieniu wskazuje się na brak akceptacji porodu siłami natury i nastawienie lękowe do porodu. Wiele tego typu wskazań należy traktować krytycznie oraz rozważać je jako wskazania czasowe, które mogą podlegać weryfikacji w czasie

skutecznej psychoterapii i farmakoterapii oraz nabywania wiedzy o porodzie w szkole rodzenia.

Wskazania do cięcia cesarskiego w ciąży wielopłodowej

Poród w ciąży wielopłodowej, niezależnie od stopnia intensyfikacji opieki prenatalnej, stanowi dla płodów kolejne zagrożenie, znacznie wyższe od stwierdzanego w porodzie jedнопłodowym. Występują ze zwiększoną częstością, zarówno wszystkie powikłania, jakie towarzyszą porodowi pojedynczego płodu, jak i inne specyficzne wyłącznie dla ciąż wielopłodowych, stanowiąc dodatkowe zagrożenie dla prawidłowego przebiegu porodu.

Porody ciąż wielopłodowych wymagają odrębnego, znacznie rozszerzonego sposobu postępowania, w tym również wskazań do cięcia cesarskiego.

Wskazania elektywne:

- pierwszy płód w położeniu miednicowym (20%),
 - obecność drugiego płodu może wpływać na stopień przygięcia główki pierwszego,
 - możliwość zakleszczenia bliźniąt (1:88 porodów).
- ciąża <32 tygodni,
- płód drugi większy od pierwszego >25%,
- ciąża bliźniacza jednoowodniowa (cięcie cesarskie w 32-34 tyg.),
- bliźnięta nierozdzielone (cięcie cesarskie w 36-38 tygodniu ciąży sposobem klasycznym, w celu zapewnienia wystarczającej ilości miejsca dla przeprowadzenia bardzo skomplikowanych niekiedy rękoczynów),
- zgon wewnątrzmaciczny pierwszego płodu w III trymestrze ciąży,
- brak odpowiedniego przygotowania dróg rodnych dla porodu drugiego płodu,
- zakleszczenie bliźniąt (częstość 1:16),
- inne wskazania matczyne i płodowe (np. łożysko przodujące),
- ciążę trojaczne i o wyższej krotności.

Wskazania względne:

- ciąża bliźniacza jednokosmówkowa dwuowodniowa,
- stan po cięciu cesarskim,
- pierworódka: płód pierwszy w położeniu główkowym, drugi w niegłówkowym.

Wskazania nagłe:

- zakleszczenia płodów w miednicy dużej (cięcie cesarskie sposobem klasycznym),
- po wykonaniu manewru Zavanelliego,
- położenie miednicowo-miednicowe, z urodzonymi na zewnątrz kończynami dolnymi obu płodów i zahamowaniem dalszego postępu porodu (nawet w przypadkach gdy oba płody są martwe).

W cięciu cesarskim w ciąży wielopłodowej, należy zawsze stosować profilaktykę antybiotykową. W tych przypadkach wzrost ryzyka zakażenia:

- układu moczowego – 30%
- tkanek miękkich – 20%
- wstrząsu septycznego – 1%

Cięcie cesarskie na drugim płodzie po porodzie pochwowym pierwszego

Częstość: 3,5%-9,5%. Wyższa częstość w przypadkach, gdy drugi płód jest w położeniu niegłówkowym (2 razy częściej), przerwa między porodem pierwszego i drugiego płodu wynosi >60min (8 razy częściej) i drugi płód większy niż pierwszy o więcej niż 500g (2 razy częściej).

Wskazania:

- położenie poprzeczne drugiego płodu,

- niedotlenienie wewnątrzmaciczne drugiego płodu,
- wypadnięcie pępowiny drugiego płodu,
- przedwczesne oddzielenie łożyska,
- przedłużająca się (>60min.) przerwa pomiędzy porodami bliźniąt,
- nieudana próba obrotu zewnętrznego lub wewnętrznego na drugim płodzie,
- brak doświadczenia położnika w prowadzeniu porodu w położeniu niegłówkowym.

Powikłania: wzrost odsetka zakażeń w porożu, powikłań anestezyjologicznych oraz dłuższy pobyt w szpitalu. Decyzja o cięciu cesarskim na drugim płodzie powinna być szybka. Jej odraczenie może prowadzić do zgonu i poważnych urazów śródporodowych u noworodka.

Wskazania do cięcia cesarskiego w położeniu podłużnym miednicowym płodu

Za bezwzględne wskazania do cięcia cesarskiego w przypadku położenia miednicowego płodu należy przyjąć:

- przypuszczalna masa płodu (EFW) >3750g,
- poród przedwczesny (<34 tygodni) lub płód z masą ciała <2000g.
- ułożenie stópkowe lub kolankowe – niepełna część przodująca może prowadzić do: osłabienia akcji skurczowej macicy, większego prawdopodobieństwa wypadnięcia sznura pępowinowego, przedwczesnego wypadnięcia stópki płodu przy niecałkowitym rozwarciu szyjki macicy,
- nadmiernie wyprostowana lub odgięta ku tyłowi główka płodu (USG),
- zwężona miednica matki,
- niektóre wady płodu,
- powikłania ciąży: nadciśnienie indukowane ciążą, cukrzyca u matki, łożysko przodujące, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego >12 godzin, ciąża po terminie, zahamowanie wzrastania wewnątrzmacicznego płodu (IUGR), niewydolność łożyska,
- pierworódka,
- położenie miednicowe I płodu w ciąży bliźniaczej.

W pozostałych przypadkach położenia podłużnego miednicowego płodu, próba porodu drogą pochwową w położeniu miednicowym u dobrze zdiagnozowanych, ściśle wyselekcjonowanych pacjentek, zwłaszcza wieloródek, wydaje się być odpowiednią opcją. W wybranych przypadkach położenia podłużnego miednicowego płodu, po uwzględnieniu przeciwwskazań, należy podjąć próbę wykonania obrotu zewnętrznego płodu.

Poród z położenia podłużnego miednicowego płodu może odbyć się drogami rodnymi przy odpowiednich warunkach współmierności płodowo-miedniczej (obszerna miednica kostna, masa ciała płodu <3500g) oraz przy akceptacji takiego rozwiązania przez ciężarną. Dwudziestoletnie doświadczenia prospektywnych badań ciąż i porodów w położeniu miednicowym w oparciu o model diagnostyczno-prognostyczny pozwalają w pewnych przypadkach przeprowadzić poród drogami rodnymi bez ryzyka dla dziecka i matki. Należy uwzględnić czynniki istotne dla rokowania przy prowadzeniu porodu drogami naturalnymi w położeniu miednicowym płodu według Słomko.¹⁵

Rodzaje cięć cesarskich

Powszechnie stosowanymi technikami są:

- Cięcia cesarskie przezotrzewnowe, poprzeczne w cieśni macicy w dolnym odcinku z otwarcia jamy brzusznej sposobem Pfannenstiela.
- Cięcia sposobem Misgav-Ladach tzw. łagodne cięcia cesarskie. Cięcia cesarskie metodą Misgav-Ladach jest operacją śródotrzewnową, w której preferowanym sposobem otwarcia jamy brzusznej jest schemat podany przez Joel-Cohena.

Rzadziej stosowanymi technikami są:

- Cięcia klasyczne – nacięcie powłok podłużne (pośrodkowe) z pionowym nacięciem macicy w trzonie (metoda stosowana w przypadkach szczególnych, w których cięcie z dostępu Pfannenstiela jest niewskazane).

Wskazania do klasycznego cięcia cesarskiego:

- poród przedwczesny,
- przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego i położenie poprzeczne płodu,
- położenie poprzeczne grzbietowo-dolne,
- duży mięśniak szyjki macicy,
- zrosty w dolnym odcinku,
- śmierć matki,
- łożysko przodujące z dużymi naczyniami w dolnym odcinku.
- Cięcia cesarskie pozaotrzewnowe (przy ropnej zawartości jamy macicy, metoda rzadziej stosowana),

Znieczulenie do cięcia cesarskiego

Z medycznego punktu widzenia wybór rodzaju znieczulenia powinien zależeć zarówno od potrzeb zespołu operacyjnego, jak i pacjentki oraz od możliwości technicznych i umiejętności anestezjologa.

Wyróżnia się:

- znieczulenie ogólne (dożylnie i dotchawicze),
- znieczulenie kanałowe (łędźwiowe).

Znieczulenie ogólne – preferowane do cięcia cesarskiego ze wskazań nagłych:

- Krótki czas (minuty) wprowadzenia pacjentki w pełną anestezję.
- Obecność leków (barbiturany, benzodiazepiny, środki zwiotczające, opioidy) wpływających depresyjnie na płód w krążeniu po 2-4 minutach od ich podania dożylnego (przy czym większe dawki opioidów zwykle podaje się dopiero po wydobyciu płodu) 3-5 minut do wydobycia płodu od momentu otwarcia powłok.
- Wyłączenie negatywnych odczuć pacjentki (lęk, płacz, pobudzenie).
- Możliwość pionizacji tuż po ustąpieniu narkozy (2-4 h).
- Przystawienie dziecka do piersi możliwe dopiero po kilku godzinach.
- Często nawet do kilku dni brak pokarmu.
- Brak kontaktu z dzieckiem, aż do pełnego wybudzenia po narkozie (2-4 h).

Znieczulenie kanałowe – preferowane do cięcia cesarskiego ze wskazań planowych:

- Dłuższy czas (kilka – kilkanaście minut) wprowadzenia w anestezję, związany z samym zabiegiem iniekcji łędźwiowej oraz charakterystyką działania leków znieczulających miejscowo.
- Brak wpływu depresyjnego, sedatywnego i narkotycznego na płód.
- Dłuższy czas do wydobycia płodu – spokojniejszy przebieg operacji.
- Możliwość natychmiastowego przystawienia dziecka do piersi – po zakończeniu operacji.
- Możliwość kontaktu matki z dzieckiem natychmiast po wydobyciu.
- Pełna świadomość matki w całym okresie okołoperacyjnym.
- Przeciwwskazana pionizacja przez 12-24h od nakłucia opony twardej.
- Pełny powrót czucia i ruchu w kończynach dolnych dopiero po kilkunastu godzinach.

Wstępne propozycje do Rekomendacji PTG dotyczących cięcia cesarskiego.

Powikłania po cięciu cesarskim

Powikłania u matki:

- krwotok,
- większa utrata krwi i konieczność transfuzji,
- powikłania zakrzepowo-zatorowe, w tym zatorowość płucna,
- zgon (śmiertelność po cięciu cesarskim wg różnych publikacji jest 3-10 krotnie wyższa niż w porodzie drogami natury, ryzyko zgonu 2-4 krotnie wyższe niż po porodzie drogami natury – 2,1/100 000, po elektywnym cięciu cesarskim 5,9/100 000, po cięciu cesarskim ze wskazań nagłych 18,2/100 000,
- zapalenie błony śluzowej macicy,
- konieczność powtórnej hospitalizacji,
- ostra niewydolność nerek,
- nieprawidłowości dotyczące usadowienia łożyska w kolejnej ciąży (łożysko przodujące, przyrośnięte),
- powikłania śródoperacyjne:
 - urazy narządów sąsiednich (pęcherza moczowego: 0,1-0,3%, jelit: 0,05%, moczowodów: 0,03-0,1%),
 - zator płynem owodniowym,
 - rozerwanie macicy,
 - atonia macicy,
 - okołoporodowe wycięcie macicy,
- powikłania anestezjologiczne:
 - nieudana intubacja,
 - regurgitacja treści pokarmowej do dróg oddechowych,
 - bóle głowy,
 - spadek ciśnienia tętniczego krwi,
 - zatrzymanie akcji serca,
- zakażenia dróg moczowych,
- zaburzenia gojenia rany,
- krwiak i ropień powłok,
- zakażenia rany,
- niedokrwistość,
- zapalenie płuc,
- niedrożność jelit całkowita lub częściowa,
- posocznica,
- endometrioza miednicy małej,
- ryzyko powstawania zrostów w jamie otrzewnej,
- dehiscencja rany macicy,
- przetoki,
- martwicze zapalenie powięzi.

Powikłania u noworodka:

- częściej występuje zespół zaburzeń oddychania (RDS) wynikający z niedojrzałości płuc płodu,
- przejściowe tachypnoe zwane także zespołem mokrych płuc powstające na tle gorszego opróżnienia dróg oddechowych z płynu owodniowego,
- zespół przetrwałego nadciśnienia płucnego – 5 razy częściej – 4/1000 niż po porodzie siłami natury,
- zranienia skóry noworodka (około 2% cięć cesarskich, przy nieprawidłowych położeniach płodu – 6%),
- częściej występują alergie pokarmowe oraz dychawica oskrzelowa.

Prewencja powikłań po cięciu cesarskim

- Profilaktyczne stosowanie osłony antybiotykowej podczas operacji.
- Stosowanie antybiotykoterapii dwoma antybiotykami o szerokim spektrum bakteryjnym obejmującym bakterie tlenowe, beztlenowe Gram-ujemne i Gram-dodatnie. Leczenie dożylnie należy stosować

- w zerowej dobie (przez 24 h po zabiegu), z ewentualnym przedłużeniem leczenia w zależności od rozległości operacji i innych czynników indywidualnych zwiększających ryzyko zakażenia.
- Stosowanie heparyn drobnocząsteczkowych w pierwszych dobach po cięciu.
- Prawidłowa kwalifikacja do operacji cięcia cesarskiego uwzględniająca stan ogólny pacjentki oraz sytuację anatomiczną i położniczą.
- Wczesne uruchamianie pacjentki, w pierwszych godzinach po operacji – jako profilaktyka choroby zatorowo-zakrzepowej.
- Prowadzenie właściwego bilansu płynów.

Poród po cięciu cesarskim

W piśmiennictwie światowym coraz częściej stawia się poród siłami natury po cięciu cesarskim wielokrotnym, jako bezpieczniejszą alternatywę dla kolejnego cięcia cesarskiego. Prezentowane poniżej kierunki postępowania w porodzie po cięciu cesarskim pozostają w większości w zgodzie ze stanowiskiem Kanadyjskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów, z pewnymi zastrzeżeniami.

Kierunki postępowania u ciężarnych i rodzących po przebytym cięciu cesarskim

1.

Kobiecie ciężarnej lub rodzącej, która przeżyła cięcie cesarskie wykonane poprzecznie w dolnym odcinku macicy należy zaproponować próbę porodu drogą pochwową. Poinformować we właściwy sposób, o korzyściach takiego postępowania oraz o możliwym ryzyku dla niej i dziecka. Należy uzyskać świadomą zgodę pacjentki na próbę porodu drogami rodnymi z załączoną właściwą dokumentacją.

2.

W karcie przebiegu ciąży i porodu należy umieścić dokumentację o sposobie nacięcia macicy w poprzednim cięciu cesarskim.

3.

Dla zapewnienia bezpieczeństwa kobieta ciężarna powinna rodzić w szpitalu, w którym będzie możliwość wykonania natychmiastowego cięcia cesarskiego. Szpital powinien posiadać odpowiedni personel położniczy sali operacyjnej, anestezjologiczny i neonatologiczny.

4.

Każdy szpital powinien opracować strategię postępowania dla zespołu prowadzącego poród po przebytym cięciu cesarskim.

5.

Podjęwszy próbę porodu drogami rodnymi, po przebytym cięciu cesarskim, należy prowadzić ciągle elektroniczne monitorowanie czynności serca płodu.

6.

W przypadku podejrzenia pęknięcia macicy wymagane jest natychmiastowe wykonanie laparotomii w celu zmniejszenia powikłań oraz zgonu matki i noworodka.

7.

U kobiet rodzących z podjętą próbą porodu drogami rodnymi nie jest przeciwwskazana stymulacja porodu oksytocyną.

8.

Stymulacja porodu oksytocyną może stanowić większe ryzyko i dlatego należy ją stosować ostrożnie po właściwym przeanalizowaniu sytuacji położniczej.

9.

Nie należy stosować indukcji porodu prostaglandynami PGE₂ (Dinoproston) i PGE₁ (Misoprostol) ze względu na zwiększone ryzyko pęknięcia macicy.

10.

Cewnik Foleya można bezpiecznie stosować w przypadku niedo-
rzętej do porodu szyjki macicy u kobiet planujących poród drogami rod-
nymi po przebytych cięciach cesarskich.

11.

Kobiety z przebytych więcej niż jednym cięciem cesarskim mogą
podejmować próbę porodu drogą pochwową, chociaż próba ta wiąże
się ze zwiększonym ryzykiem pęknięcia macicy.

12.

Ciąża wielopłodowa nie stanowi bezwzględnie przeciwwskazania
do porodu drogami rodzinnymi u kobiet po przebytych cięciach cesarskich.

13.

Cukrzyca nie jest przeciwwskazaniem do podjęcia próby porodu
drogami rodzinnymi u kobiet po przebytych cięciach cesarskich.

14.

Podejrzanie makrosomii płodu nie stanowi przeciwwskazania do
porodu drogami rodzinnymi u kobiet po przebytych cięciach cesarskich.
Według stanowiska PTG należy rozważyć rozwiązanie przez cięcie
cesarskie.

15.

Kobiety rodzące w okresie 18-24 miesięcy po przebytych cięciach
cesarskich należy poinformować o zwiększonym ryzyku pęknięcia ma-
cicy podczas porodu.

16.

Poród po 40 tygodniu ciąży nie stanowi przeciwwskazania do pod-
jęcia próby porodu drogami rodzinnymi u kobiet po przebytych cięciach ce-
sarskich.

17.

Należy dążyć do uzyskania dokumentacji lekarskiej opisującej
przebieg poprzedniego cięcia cesarskiego w celu ustalenia sposobu
wykonania nacięcia macicy.

18.

W przypadku blizny niewiadomego rodzaju w określeniu prawdo-
podobieństwa przebytego poprzecznego nacięcia macicy w dolnym od-
cinku pomocna jest informacja dotycząca okoliczności przeprowadze-
nia cięcia cesarskiego. Jeśli prawdopodobieństwo poprzecznego na-
cięcia macicy w dolnym odcinku jest duże można zaproponować próbę
porodu drogami rodzinnymi.

Rozpoznawanie zagrażającego pęknięcia blizny macicznej u ciężarnych po przebytych cięciach cesarskich

- Wywiad – badanie podmiotowe.
- Badanie palpacyjne dolnego odcinka macicy przez powłoki brzusz-
ne.
- Zastosowanie ultrasonografii w ocenie dolnego odcinka macicy.

Postępowanie podczas porodu

- Badanie podmiotowe – odczucia rodzącej dotyczące dolnego od-
cinka macicy podczas skurczów porodowych i w przerwie między
skurczami.
- Ocena palpacyjna bolesności dolnego odcinka macicy w przerwie
między skurczami.
- Obserwacja krwawienia z kanału szyjki macicy.

Postępowanie po porodzie

- Po porodzie drogami rodzinnymi ręczna kontrola blizny macicznej po
przebytych cięciach cesarskich.
- Kobiety ciężarne i rodzące po przebytych cięciach cesarskich mogą
być zakwalifikowane do porodu, gdy spełnione są wszystkie procedu-
ry ustalonego postępowania diagnostycznego w karcie diagno-
stycznej bezpiecznego porodu, a rodząca akceptuje próbę porodu
drogami rodzinnymi.

- Poród po przebytych cięciach cesarskich może być bezpieczny, gdy ist-
nieją dogodne warunki ze strony rodzącej i płodu, a zespół prowadzą-
cy poród jest przygotowany do szybkiego wykonania cięcia cesar-
skiego w przypadku pojawiających się powikłań podczas porodu.

Przyczyny wzrostu cięć cesarskich

Wśród czynników wzrostu cięć cesarskich należy wymienić:

- Czynniki medyczne (patologiczny przebieg ciąży, nieprawidłowy
rozwój i stan płodu rozpoznawany w badaniach biofizycznych pło-
du, położenie miednicowe płodu, porody przedwczesne przed 25-
28 tyg., ciąża mnoga, ciąża po zapłodnieniu pozaustrojowym,
wskazania pozapolożnicze).
- Czynniki prawne (obawy lekarzy przed sprawami sądowymi i rosz-
czeniami finansowymi pacjentek w przypadku niepomyślnego
przebiegu porodu siłami natury lub porodów zabiegowych drogą
pochwową).
- Czynniki społeczne (opinia kobiet, fakty medialne).
- Ewolucja wskazań do cięcia cesarskiego.
- Cięcia cesarskie na życzenie ciężarnej – bez wskazań medycznych.

Cięcie cesarskie na życzenie

Cięcie cesarskie na życzenie stanowi nowy problem ostatnich lat.
Trwa dyskusja, czy można wykonać cięcie cesarskie w sytuacji, gdy
nie ma wskazań medycznych, a ewentualne wykonanie zabiegu podyk-
towane jest wyłącznym życzeniem rodzącej. Głównym powodem do
podejmowania decyzji o cięciu cesarskim na życzenie jest lęk pacjent-
ki. Lęk można zredukować, poprzez odpowiednią psychoterapię ciężar-
nej oraz akcję edukacyjną społeczeństwa.

Stanowisko PTG

- Cięcia cesarskie na życzenie, bez wskazań medycznych, uważa się
za niedopuszczalne.
- Decyzja o chirurgicznym wkroczeniu w jamę brzuszną powinna na-
leżeć wyłącznie do lekarza specjalisty ginekologa-położnika, który
opierając się na wiedzy, posiadanym doświadczeniu klinicznym
oraz dogłębnej analizie indywidualnego przypadku – wybiera roz-
wiązanie najbardziej korzystne dla zdrowia i życia pacjentki oraz jej
dziecka.

Stanowisko PTG zgodne z opinią prawników i położników 8-11,15,18.

Jeśli nie ma wskazań uzasadnionych czynnikami medycznymi le-
karz ma obowiązek pouczyć pacjentkę o możliwościach przeprowadze-
nia porodu siłami i drogami natury. W świetle art. 160 § 2 Kodeksu Kar-
nego dopuszczenie do poważnego zabiegu operacyjnego oczywiście
zbędnego w świetle wiedzy medycznej i doświadczenia lekarskiego,
które naraża kobietę na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia
albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, wypełnia znamiona przestęp-
stwa.

Wyrażenie przez lekarza zgody na przeprowadzenie operacyjnego
zabiegu cesarskiego cięcia na wyłączne życzenie rodzącej przy braku
wskazań mających uzasadnienie w stanie zdrowia rodzącej bądź płodu,
stanowi zawiniony błąd w sztuce lekarskiej i może skutkować odpo-
wiedzialnością lekarza za naruszenie zasad wykonywania zawodu,
a nawet odpowiedzialnością karną i cywilną.^{9,11}

Lekarz nie może na wyłączne życzenie pacjentki podczas porodu,
podejmować działań, które w świetle wiedzy medycznej nie znajdują
uzasadnienia. Odpowiedzialności karnej lekarza za czyn popełniony
chociażby nieumyślnie nie wyłącza przy tym zgoda pacjentki, ani jej ży-
czenie, ponieważ to na lekarzu ciąży obowiązek opieki nad kobietą
w trakcie porodu.

Wstępne propozycje do Rekomendacji PTG dotyczących cięcia cesarskiego.

Dokonanie zabiegu cesarskiego cięcia na wyłączne życzenie kobiety rodzącej w sytuacji braku wskazań medycznych obejmujących z jednej strony zagrożenie zdrowia bądź życia rodzącej, z drugiej zaś zagrożenie płodu lub obojga jednocześnie z prawnego punktu widzenia kwalifikować należy jako dokonanie zabiegu operacyjnego oczywiście zbędnego.

Stanowisko Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 28.08.2007r. w sprawie wykonania cięcia cesarskiego na życzenie

W określonych sytuacjach – odnośnie niektórych procedur – wykonanie przez lekarza zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta wymaga pisemnej zgody pacjenta (art. 34 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry) nie zwalnia to jednak lekarza od odpowiedzialności za wybór metody leczenia jako błędu w sztuce lekarskiej. Zatem narzucenie przez pacjentkę sposobu leczenia, a w omawianej sprawie wykonania cięcia cesarskiego „na żądanie”, nie zwalnia lekarza od odpowiedzialności za wybór tego sposobu przeprowadzania porodu i jego wykonanie.

Należy również zwrócić uwagę na przepis art. 37 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zgodnie z nim, w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie. Powyższe zasady mają zastosowanie również do zasadności przeprowadzania cięć cesarskich „na żądanie”.

Postępowanie w celu obniżenia odsetka cięć cesarskich

- Ścisłe określać wskazania do wykonania cięcia cesarskiego.
- Unikać przedwczesnego stawiania wskazań, szczególnie przez lekarzy poradni ginekologicznych.
- Lekarze gabinetów i poradni odpowiadając na pytania pacjentki, co do sposobu rozwiązania ciąży powinni informować ciężarną, że decyzja o sposobie rozwiązania ciąży pozostaje w gestii lekarzy oddziałów położniczo-ginekologicznych, odpowiedzialnych za prowadzenie porodu.
- Częściej podejmować próbę porodu drogą pochwową po przebytym cięciu cesarskim.
- Zmniejszyć lęk przed porodem przez zwiększenie aktywności szkół rodzenia w zakresie promowania porodu siłami natury.
- Częściej stosować znieczulenie porodu.
- W okresie ciąży (w szkołach rodzenia) oceniać poziom lęku przed bólem i organizować prelekcje z anestezjologiem w celu uświadczenia ciężarnych o możliwości wyłączenia bólu w porodzie.
- Umożliwić zapoznanie się pacjentki z salą porodową już w okresie ciąży, przedstawiając możliwości łagodzenia bólu w porodzie.
- Precyzyjnie określać stan zagrożenia płodu jako wskazania do cięcia.
- W razie potrzeby stosować wewnątrzmaciczną „reanimację” płodu poprzez stosowanie tokolityków.
- Doskonalic wiedzę z zakresu patofizjologii porodu.

Formularz świadomej zgody pacjentki na cięcie cesarskie

Kobieta rodząca wypełniając formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego powinna być świadoma możliwych powikłań. Szczególnie starannie należy przeprowadzić rozmowę z ciężarną, która życzy sobie lub żąda wykonania cięcia cesarskiego, a nie występują wskazania medyczne ze względu na matkę lub dziecko.

Formularz świadomej zgody powinien być dokładnie wypomówione wątpliwości, najlepiej w obecności świadka (lekarza położnej).

Piśmiennictwo

1. Benson R.C: Położnictwo i Ginekologia. PZWL, Warszawa 1998.
2. Bewley S: Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354: 776.
3. Bręborowicz HG: Operacje położnicze. w: Pisarski T: Położnictwo i Ginekologia. Warszawa 2001.
4. Czajkowski K (red.): Wybrane kontrowersje w położnictwie i ginekologii. Wydawniczo-Poligraficzna ADAM, Warszawa 2005.
5. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, et al.: Postpartum Mortality and Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108(3): 541-548.
6. Dudenhausen J.W, Pschyrembel W: *Położnictwo praktyczne i operacje* 2003; 327.
7. Hilan E: Postoperative morbidity following cesarean delivery. *J. Adv. Nurs.* 1997; 1035-1042.
8. Haberko J.: Dokonanie zabiegu cięcia cesarskiego na życzenie rodzącej. W: W aspekty prawne w perinatologii i ginekologii. w: Cięża wysokiego ryzyka. Bręborowicz HG. (red): *Ośrodek Wydawnictw Naukowych*, Poznań 2006; 1052-1083.
9. Haberko J: Zabieg cięcia cesarskiego na wyłączne życzenie rodzącej. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project*. 2007; 1(3): 46-54.
10. Reroń A, Huras H: Powikłania po cięciach cesarskich. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project*. 2006; 2: 48-55.
11. Jaworski S: Wybrane Zagadnienia odpowiedzialności karnej lekarza w medycynie prenatalnej. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project*. 2007; 1(3): 35-45.
12. Poręba R: Kiedy poród po przebytym cięciu cesarskim jest bezpieczny? – na podstawie prospektywnych badań w klinice w Tychach. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project*. 2006; 2(2):23-27.
13. Poręba R: Cięcia cesarskie – korzyści i zagrożenia. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project*. 2007; 1(3): 22-34.
14. Romaniuk W. i wsp. Wskazania okulistyczne do cięcia cesarskiego. Wykład: Schorzenia okulistyczne a sposób rozwiązania ciąży, *Wyd. PTG Oddział Śląski*, Tychy 2006.
15. Słomko Z, Bręborowicz HG: Operacje położnicze w: Bręborowicz HG. i wsp. *Położnictwo i Ginekologia*. Tom 1. PZWL, Warszawa 2005.
16. Słomko Z, Poręba R, Drews K, Niemiec K: Najważniejsze zagadnienia dotyczące cięcia cesarskiego. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project*. 2006; 2(2):7-22.
17. SOCG - Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. *Clinical Practice Guideline*. No 147. July 2004.
18. Suchocki S, Piec P: Cięcia cesarskie na przełomie XX i XXI wieku – aktualne problemy. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project*. 2007; 1(3): 15-21.
19. Rekomendacje ZG PTG w sprawie formularzy świadomej zgody pacjentki na leczenie operacyjne. *Ginekologia po Dyplomie*. Wydanie specjalne, wrzesień 2006.