

**Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna
we Włocławku
Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu**

położna ANNA KETTNER

NR ALBUMU: 120578

**ANALIZA NIEBEZPIECZEŃSTW
ZWIĄZANYCH Z CIĘCIEM
CESARSKIM. SPRAWA „CIĘCIA
CESARSKIEGO NA ŻYCZENIE”**

**Praca licencjacka
napisana,
pod kierunkiem prof. dr hab. n. med.
Mieczysława Uszyńskiego**

Włocławek 2008

*Pragnę serdecznie podziękować
Człowiekowi Renesansu i mojemu
Nauczycielowi, Panu Profesorowi
Mieczysławowi Uszyńskiemu za to, że
pomógł mi odszukać we mnie,
zagubionego przez lata pracy przy łóżku
porodowym, ducha humanizmu.*

*Znów wykonuję swój zawód z
młodzieńczą pasją.*

położna Anna Kettner

Spis treści

Wstęp.....	3
Cel pracy.....	5
Material i metodyka.....	6
1. Historia cięcia cesarskiego.....	7
2. Aktualne wskazania do cięcia cesarskiego.....	13
2.1. Dominujące.....	13
2.2. Ze strony matki.....	14
2.3. Ze strony płodu.....	14
2.4. Prewencyjne.....	17
3. Znieczulenie i sposoby otwarcia jamy brzusznej i jamy macicy.....	18
4. Porównanie częstości powikłań w przypadkach cięcia cesarskiego i porodów drogami i siłami natury.....	22
5. Sprawa „cięcia cesarskiego na życzenie”.....	32
5.1. Rola położnej w aspekcie „cięcia cesarskiego na życzenie”.....	36
6. Rola położnej w opiece okołoperacyjnej.....	41
Wnioski	46
Abstrakt.....	47
Piśmiennictwo.....	48
Spis tabel.....	51
Spis rycin.....	52
Inne załączniki.....	53

Ryc. nr 1. Przedstawia wydobytego podczas cięcia ces. noworodka (1)



Wstęp

Autorka pracy jest położną, z kilkunastoletnim stażem. Prywatnie, żoną lekarza ginekologa położnika. Lata osobistych obserwacji i doświadczeń zawodowych oraz merytoryczne dyskusje, często „spieranie” się z mężem i jego punktem widzenia w temacie pracy, skłoniły ją do przedstawienia własnego poglądu na temat cięcia cesarskiego jako bardzo poważnej operacji, obciążonej ogromnym ryzykiem dla matki i dziecka.

W świetle nowej mody na tzw. „cięcie cesarskie na życzenie”, rozkwitającej w Polsce, a w świecie już ugruntowanej, autorka chce podkreślić często niepotrzebne zwiększanie zagrożenia dla matki i dziecka, wpływające z wykonywania tych operacji i związanych z nimi powikłań, bez wskazań lekarskich.

Jak już wspomniano, autorka od dawna miała swój punkt widzenia na wykonywanie cięć cesarskich na tzw. życzenie. Uczestnictwo w X Ogólnopolskim Sympozjum Naukowo-Szkoleniowym „Cięcie cesarskie,

czy poród siłami natury”, pod patronatem Sekcji Psychosomatycznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Katedry i Oddziału Klinicznego Ginekologii i Położnictwa w Tychach, zorganizowanym w październiku roku 2006 w Wiśle, zaowocowało, ugruntowaniem moich poglądów.

Podczas licznych odczytów i wykładów z udziałem m.in. prof., prof., Zbigniewa Słomko, Ryszarda Poręby, Krzysztofa Drewsa, dr Krzysztofa Niemca, podkreślano należną cięciu cesarskiemu rangę, którą trzeba przywrócić. Zajmuje ono bowiem poczesne miejsce wśród poważnych operacji brzusznych. Odejść zaś od dewaluującego je miana zabiegu. To nadużywane określenie, wyparło i pomniejszyło prawdziwe znaczenie cięcia cesarskiego i jego miejsce wśród operacji w ogóle.

W jakimś stopniu zapewne, winą za to obarczeni są sami lekarze, ale także średni personel medyczny, tj. położne. Wszyscy, którzy mają kontakt z kobietami ciężarnymi i rodzącymi wiedzą, jak potrafią one wpływać na podjęcie decyzji o sposobie rozwiązania. Często są to prośby, nierzadko swoiste wymuszenia, a także zwyczajny szantaż. Personel medyczny zaś świadczy te „usługi” i nadużywa ich w stosunku do bliskich i zaprzyjaźnionych pacjentek. Tym samym otwierając i popularyzując możliwości wykonania cięcia cesarskiego bez wyraźnych wskazań lekarskich. To z kolei przyczynia się do opinii, że operacja ta nie jest zbyt ryzykowna i jest łatwo dostępna. Stad już tylko krok do marginalizowania jej i obniżania prestiżu, także lekarzy operatorów i położnych.

Autorka pragnie również w tej pracy, zwrócić uwagę na bagatelizowanie problemu, jaki niesie z sobą operacja zwana cięciem cesarskim, zarówno w środowisku pacjentek i ich rodzin, jak i medycznym.

Dzisiaj, należy zrobić wszystko, aby przywrócić rangę zawodom medycznym oraz zaufanie pacjentom. Byłoby dobrze, gdyby wszyscy ich przedstawiciele, mieli w tej kwestii to samo zdanie. Autorka chce przez to

powiedzieć, że jej zdaniem tylko autorytet na bazie wiedzy i merytorycznych doświadczeń, prawdziwa życzliwość oraz asertywność, może zmienić stosunek niektórych pacjentów do ochrony zdrowia, a w szczegółowym zakresie tematu tej pracy, podnieść znów rangę cięcia cesarskiego do miana na jakie z pewnością zasługuje operacji, -nie tylko(!) zabiegu.

Celem niniejszej pracy jest:

1. przedstawienie historii cięcia cesarskiego i zastanowienie się w jakim celu wykonywano je kiedyś, a w jakich – obecnie, tzn. ostatnich dziesiątkach lat,

2. udzielenie odpowiedzi na pytanie, dlaczego cięcie cesarskie nie tylko ratuje życie matki i/ lub dziecka, ale też stanowi per'se(samo w sobie) zagrożenie dla nich,

3. uzasadnienie postawy perswazyjnej wobec „cięcia cesarskiego na życzenie”,

4. wykazanie, że, operacja cięcia cesarskiego, wciąż wiąże się z ryzykiem powikłań dla matki i dziecka, a „cięcie cesarskie na życzenie”, dodatkowo i niepotrzebnie obarcza nim dwie ludzkie istoty,

5. podkreślenie roli położnej, w aspekcie „cięcia cesarskiego na życzenie”, opiece okołoperacyjnej, w procesie edukacji przyszłych matek.

Zatem, ukazanie możliwości życzliwego wpływania na decyzje kobiet co do sposobu porodu, przez położną. Autorka podkreśli znaczenie właściwej, przyjaznej, pełnej zrozumienia postawy położnej wobec obaw i roszczeń kobiety w kwestii rozwiązania ciąży. Zaproponuje kształtowanie nowego podejścia do porodów drogami natury oraz innego ich postrzegania przez kobiety ciężarne.

Materiał i metodyka

Materiał do części pogładowej pracy pozyskano korzystając z Biblioteki Medycznej w Toruniu (telefonicznie i drogą e-mail zamawiając materiały), Regionalnego Centrum Informacji Medycznej w Bydgoszczy (logując się na ich stronie), stron www (wyszukując materiały samodzielnie według hasła), biblioteki własnej, prenumerowanych czasopism medycznych takich jak: „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia”, „Ginekologia po Dyplomie”, „Puls Medycyny”, „Ginekologia i Położnictwo”, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny”, także dzięki życzliwości przyjaciół.

W toku pracy korzystano także z materiałów zjazdowych X Sympozjum Naukowo-Szkoleniowego „Cięcie cesarskie czy poród siłami natury?” (wydania specjalnego „Ginekologii Polskiej”), zorganizowanego w roku 2006 w Wiśle, przez sekcję Psychosomatyczną Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Katedrę i Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa, Śląskiej Akademii Medycznej w Tychach. Autorka pracy brała udział w sympozjum, uzyskując certyfikat uczestnictwa (inne załączniki).

„Sectio caesarea. Operacja polegająca na przecięciu powłoki brzusznej i ściany macicy oraz wydobycia płodu przez wytworzoną ranę”.

Prof. Zbigniew Słomko

Rozdział 1

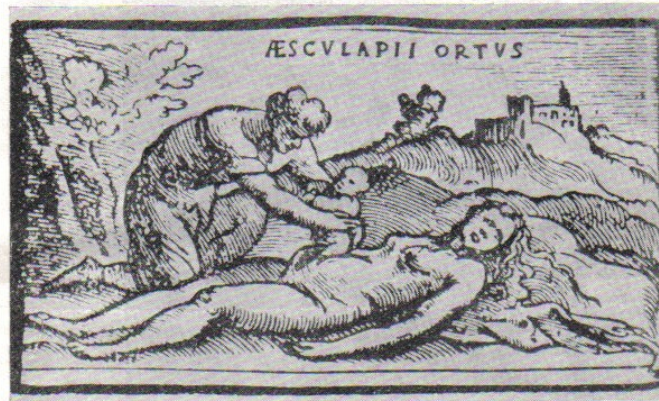
HISTORIA CIĘCIA CESARSKIEGO

Cięcie cesarskie jest operacją, której korzenie sięgają czasów starożytnych. Nie ma jednoznacznego wyjaśnienia na pochodzenie jej nazwy. Najczęściej wiązana jest z osobą Juliusza Cezara, który jak podają niektóre źródła, urodził się przez rozcięcie brzucha swej matki. Nie jest to jednak do końca pewne. Profesor Jerzy Higier w „Cięciu Cesarskim we Współczesnym Położnictwie” wyraźnie mówi, że matka Cezara zmarła przed nim tylko 10 lat wcześniej. Domyślamy się, że nie mogła przeżyć tego rodzaju porodu, należy więc zastanowić się nad inną etymologią sectio caesarea.

Bardziej wiarygodne wydaje się wyjaśnienie przytoczone przez prof. Higię, który przywołuje we wspomnianej już pracy cytaty z „Historii Naturalnej”, ks.VII, który w polskim przekładzie brzmi: „Szczęśliwiej rodzą się po śmierci matki, jak Scypio Afrykański wcześniej urodzony i pierwszy z Cesarów tak nazwany od rozciętego łona matki, z tego też powodu nazywani wyprutkami” (z łac. caesones – ciąć, pruć) (2, str.9).

Określenia „cięcie cesarskie” użyto pierwszy raz w 1581 roku w monografii Rousseta. Miał on opisać przypadek sześciokrotnego cięcia cesarskiego u jednej kobiety.(4, t.II str.191)

Przez cięcie cesarskie przyszło na świat wielu słynnych ludzi, a wśród nich filozofowie, królowie, wodzowie, papieże, politycy, książęta. Oczywiście rodzili się w ten sposób ze zmarłych wcześniej matek, gdyż takie były nakazy religii.



Ryc. 1. Poród Eskulapa. Drzeworyt z dzieła A. Benedetti „De re medica”, wydanego w roku 1549 w Bazylei.

Ryc. nr 2. Przedstawia poród Eskulapa (2, str. 11)

Także legendy i mity różnych kultur pełne są opisów tego rodzaju przyjścia na świat bóstw, bogów, herosów. Wydaje się, że ludzie chętniej widzieli ich tak urodzonych, niż urodzonych naturalnie. Bowiem w ich mniemaniu niezwykle postacie nie mogły rodzić się zwyczajnie, jak zwykli śmiertelnicy. Przykładem może być poród Eskulapa, boga sztuki lekarskiej w mitologii greckiej, którego wydobyto z brzucha jego matki, nimfy Koronis, czy Pallas Ateny, która wyskoczyła z głowy swego ojca Zeusa. Według wierzeń Hindusów, Budda także przyszedł na świat wyjęty z łona matki.

Źródła starohinduskie takie jak, Ayur-Veda-Susruta czy starohebrajskie, zalecają by ze zmarłej w czasie porodu matki wydobyć dziecko. Wcześniej trzeba dokonać otwarcia jej brzucha. Już Egipcjanie wiedzieli, że ze zmarłej niedawno matki, można wydobyć żywe dziecko. Jedynie w zapiskach medycyny arabskiej, która nawiasem mówiąc

przodowała w średniowiecznym świecie, nie wspomina się o porodach przez cięcie cesarskie(2, str.12).



Ryc. 4. Archaniołowie Gabriel i Michał wydobywają płód z łona zmarłej. Miniatura etiopska, Muzeum Brytyjskie 1739 r.

Ryc. nr 3. Ukazuje archaniołów Gabriela i Michała, wyjmujących dziecko z brzucha matki. (2, str.13)

Wykonywano je długo tylko z przesłanek religijnych i w rodzinach królewskich. Chodziło bowiem o sukcesję tronu.(2, str.9) Nawet Talmud dopuszczał urodzenie dziecka w ten sposób w sabat tj. dniu, w którym Żydom nie wolno wykonywać żadnych prac. W średniowieczu groziła ekskomunika za nie dopełnienie ‘urodzenia’ dziecka ze zmarłej matki. Już w starożytnym Rzymie, prawo zabraniało pochowania zmarłej ciężarnej bez wcześniejszego wydobywania dziecka z jej łona(1). Dopiero *od XV wieku zaczęto je traktować jako zabieg medyczny, jednak aż do XIX wieku było wykonywane tylko w przypadkach wyjątkowych*(2, str.9-16; 4, t.II str.21). Było to związane z prawie 100% umieralnością kobiet poddanych takiemu rozwiązaniu, co następowało z powodu krwotoków oraz infekcji we wczesnym połogu.

Pierwsze udokumentowane cięcie cesarskie na żywej matce zrobiono w XVII wieku. Dokonał go lekarz chirurg z Wittenbergii Jeremiasz Trauttman (2, str.14). Zachowały się szczegółowe pisemne raporty relacjonujące to doniosłe wydarzenie medyczne. Było to 22 kwietnia 1610

roku. Cięcie cesarskie na żywej Urszuli Opitz, było pierwszym wykonanym ze względów lekarskich, by uratować matkę i dziecko. Są wzmianki, że pierwszego cięcia na żywej matce dokonano już w 1500 roku w Szwajcarii. Operacji miał dokonać Jakub Nufer z Siegerhausen.(4,t.II str.191) Istnieją wprawdzie doniesienia o jeszcze wcześniej dokonanej tego rodzaju operacji w 1350 roku, ale dotyczyć to miało kobiety tuż przed wykonaniem wyroku śmierci. Jako takiej więc, niewiele odbiegającej od cięcia cesarskiego na zmarłej(2,str.14) Niektóre źródła podają, że pierwsze cięcie cesarskie na żywym płodzie które opisał Gregorius z Sycylii, jest datowane na 508 rok p.n.e.(4,t.II str.191)

Według Martiusa już wcześniej we wczesnym średniowieczu, cięcia cesarskie wykonywały położne, które przekazywały sobie z pokolenia na pokolenie jego technikę. Podobno było to również domeną kapłanów. Dopiero później zajęli się tym lekarze(3,str.200)



Ryc. nr 4. Przedstawia cięcie cesarskie na zmarłej, podczas którego położna, chcąc nie dopuścić do uduszenia dziecka, rozwiera usta matki. (2,str.15)

Statystyki wyników tego rodzaju operacji na przestrzeni wieków, od momentu gdy zaczęto operować żywe kobiety wciąż były tragiczne. Śmiertelność wahała się wg różnych źródeł od 73 do 95% za lata 1738-1849 w Anglii, Irlandii, krajach północnych. Dane dotyczące Francji mówią nawet o 100% umieralności(2, str.14-15).

Zrozumiałe więc, że lekarze położnicy zaczęli poszukiwać nowych rozwiązań i metod wykonania cięcia cesarskiego. Podwaliny zmodyfikowanego zabiegu, który spowodował, że więcej matek przeżywało tę operację położył Porro, żyjący w końcu XIX wieku. Zaproponował nadszyjkowe usunięcie macicy po wydobyciu płodu. Duże znaczenie miał również fakt, że kilka lat później „ojciec” współczesnego cięcia cesarskiego Max Singer, zrozumiał znaczenie *zamknięcia rany mięśnia macicy*(4,t.II str.19) i zaproponował taką metodę zamykania powłok jako bardziej bezpieczną.

Kolejnym krokiem w technice wykonania cięcia cesarskiego, powodującym, że operacja ta zaczęła być alternatywą dla porodu drogami natury, było to że Ferdynand Kehrer w 1882 roku, zaczął otwierać macicę w jej dolnym odcinku(2, str.16). Metoda ta, ignorowana do jego czasów, zaczęła być stosowana dopiero po 40 latach. Wiadomo, że obecnie nadal jest to obowiązujący sposób otwierania macicy, poczynając od 3 trymestru ciąży.

Kolejnymi osiągnięciami naukowymi w dziedzinie biologii i mającymi zastosowanie w medycynie, które powodowały, że w zabiegowym położnictwie zaczęło wygrywać życie, były odkrycia i osiągnięcia w walce z zakażeniami tj. wprowadzenie zasad antyseptyki przez Listera w 1867r i aseptyki przez Schimmelbuscha i Bergmana w 1890(4,t.II str.22). Gdy zaś nastąpił rozwój anestezjologii, o cięciu cesarskim zaczęto myśleć i mówić w całkiem innych kategoriach. Stało się

ono pełnoprawnym wyborem, a często koniecznością i powinnością lekarską w ratowaniu życia dziecka i jego matki(zwłaszcza matki).

Obecnie operacja cięcia cesarskiego, jest najbardziej popularną i najczęściej wykonywaną operacją położniczą. Wiąże się to oczywiście z dążeniem do ograniczenia do minimum, zgonów śród-okołoporodowych kobiet rodzących i ich dzieci. Jakkolwiek nauka i medycyna XXI wieku, zna już wiele sprawdzonych metod i ich praktycznego zastosowania dla bezpieczeństwa i ochrony życia(krwiolecznictwo, antybiotykoterapia, nowoczesna anestezjologia), to jednak wciąż zdarzają się zgony „uczestników” tego rodzaju zabiegu. Nie jest on absolutnie sposobem pozbawionym ryzyka i zawsze decyzja o tego rodzaju ukończeniu ciąży, powinna być bardzo starannie i wnikliwie rozpatrzona przez lekarzy położników. Muszą istnieć ważne przesłanki, wskazania, by ratować ludzkie życie w ten właśnie sposób.

Rozdział 2

AKTUALNE WSKAZANIA DO CIĘCIA CESARSKIEGO

Autorzy starszych podręczników rozumieli wskazania do operacji jako zbiór sztywnych zasad i nakazów, niejako ograniczających dowolność czy pewnego rodzaju swobodę w wyborze metod. Współcześnie, rozumie się je jako pewnego rodzaju wartość, która pozwala na celowe, uzasadnione podejmowanie działań.

O tym jak powinien zakończyć się poród, zawsze powinny decydować: doświadczenie, wiedza, znajomość przebiegu całej ciąży, porodu i tego, co dzieje się w chwili aktualnej sytuacji położniczej.

Dzisiaj odchodzi się już od skostniałego podziału na wskazanie względne i bezwzględne(absolutne). Proponuje się bardziej przyjazne określenia, czyli wskazania prewencyjne, profilaktyczne, elektywne oraz dominujące.

Nie ulega wątpliwości, że decyzja o rozwiązaniu przez cięcie cesarskie powinna zapaść wtedy, kiedy oczekiwanie na tzw. poród fizjologiczny może nieść duże ryzyko dla rodzącej i dziecka. Także wówczas, jeśli istnieją uzasadnione przesłanki(choroby ciężarnej lub płodu), które rokują niepomyślny wynik porodu naturalnego.

2.1. Wskazania dominujące (życiowe)

Profesor Słomko i Bręborowicz nakazują bezzwłoczne wykonanie cięcia cesarskiego, gdy zaistnieje ciężkie zagrożenie płodu, rozpoznane w

zapisie zmian na wykresie KTG i objawów kwasicy(5,str 8). Do wskazań dominujących zalicza także Bręborowicz, brak postępu porodu, nieprawidłowe położenie płodu (poprzeczne lub miednicowe), łożysko przodu i przedwcześnie oddzielone, a także nieudaną próbę porodu siłami natury po uprzednio wykonanym cięciu cesarskim(6,str.400).

2.2. Wskazania ze strony matki:

- przeszkody w kanale rodny
- wady miednicy
- stany po operacjach drogą pochwową
- stany po cięciu cesarskim (zawsze, jeżeli poprzednie cięcie było wykonane w trzonie – tzw. techniką klasyczną)
- stany po operacjach macicy
- zagrażające pęknięcie macicy
- brak postępu porodu
- łożysko przodu
- cięższe postacie łożyska przedwcześnie odklejonego
- nie wyrównane wady serca matek (III i IV stopień w Skali NYHA)
- (7)
- zespół HELLP (nie poddający się leczeniu zachowawczemu. (8,str.106; 4,t.I,109-110)
- tzw. zespół lustrzany (dotyczy matek mających świadomość istnienia ciężkiej wady genetycznej lub rozwojowej (9,str.73-78)

2.3. Wskazania ze strony płodu:

- główne wskazania to zagrażająca zamartwica (niedotlenienie)
- położenie poprzeczne
- położenie miednicowe u pierwiastki

- niektóre wady rozwojowe (wodogłowie, wady powłoki brzusznej – wytrzewienie, przepuklina przeponowa). Wspomnieć należy, że niektóre z tych wad podejmuje się już leczyć chirurgicznie, wewnątrzmacicznie, w związku z ogromnym postępem medycyny prenatalnej.(10)
- nieprawidłowe wstawianie główki do wchodu miednicy (wysokie proste stanie główki(11)
- trombocytopenia płodu (5,str 9)

Tyle, jeśli chodzi o płodowe wskazania z punktu widzenia cytowanych ostatnimi przypisami autorów. **Można się pokusić w tym miejscu o przytoczenie nieco innych podziałów, choć także dzielących wskazania do cięcia cesarskiego na matczyne i płodowe.**

Także **Benson**, dzieli wskazania przyjmując kryterium organizmu, dla dobra którego należy wykonać operację (12,str.407).

I tak, **przyczyny matczyne** to: niewspółmierność porodowa, słabe blizny w obrębie mięśnia macicy, po przebytym cięciu lub innej operacji na macicy, łożysko przodujące, przedwcześnie oddzielone, pierwotnie słaba czynność skurczowa macicy, nieskoordynowana czynność mimo podawania leków stymulujących, pęknięcie macicy, guzy w obrębie miednicy małej, nieprawidłowe położenie i ułożenie płodu, stan przedrzucawkowy, ciężkie nadciśnienie wywołane ciążą, rak szyjki macicy, przetoka pęcherzowo-pochwowa.

Jako **przyczyny ze strony płodu** warunkujące wykonanie cięcia cesarskiego podaje: niedotlenienie płodu, wypadnięcie pępowiny, płód o małej masie 1500-2500g lub dużej, powyżej 3800g, nieprawidłowe położenie płodu, cukrzycę matki, opryszczkę narządów płciowych zewnętrznych i wewnętrznych i autoimmunizację matki anty Rh.

Ten sam autor przyjmuje również podział wskazań do cięcia cesarskiego, na trwale i okresowe(5, str.10). Dzieli je tak ze względu na utrzymujące się zaburzenia, zagrażające lub uniemożliwiające dokonanie się porodu drogami i siłami natury.

Przyjmując zaś jako kryterium podziału czas wystąpienia czynności skurczowej, mówimy jeszcze o **wskazaniach pierwotnych i wtórnych**. Te pierwsze dotyczą okresu przed wystąpieniem akcji porodowej, drugie natomiast czasu, gdy ta już trwa.

Na koniec tych rozważań należałoby jeszcze wspomnieć o **najnowszej propozycji – praktycznego podziału**, dokonanego przez przywoływanych położników(5, str.11). Dokonali go na podstawie własnych, wieloletnich doświadczeń klinicznych. Pragną oni w ten sposób uporządkować i uprościć wskazania do cięcia, tak aby mogły służyć na co dzień lekarzom i mieć autentycznie praktyczne zastosowanie przy ocenie ryzyka porodu drogami natury.

Dzieli je na cztery grupy, łączące cechy istniejących i obowiązujących podziałów. Odpowiadają położnikowi na pytanie, ile czasu ma na podjęcie decyzji o operacyjnym ukończeniu porodu. Są to:

-wskazania planowe (z wyboru),

wskazania te, nie narzucają natychmiastowego wykonania operacji. Możliwe jest jej zaplanowanie nawet dość odległe w czasie (tygodnie, dni). Wcześniej są znane przyczyny, które wykluczają poród fizjologiczny, na przykład niewspółmierność porodowa. Nie istnieje żadne zagrożenie dla rodzącej i płodu, przed rozpoczęciem akcji porodowej,

-wskazania pilne,

to takie, które przemawiają za wykonaniem cięcia cesarskiego w ciągu kilku, kilkunastu godzin, ponieważ występuje potencjalne niebezpieczeństwo dla życia matki i dziecka. Nie stanowi ono jednak bezpośredniego zagrożenia. Przyjmuje się jednak, że dalszy postęp porodu

może pogorszyć sytuację położniczą oraz warunki do wykonania operacji. Takim wskazaniem może być dystocja szyjkowa, stan przedrzucawkowy, wysokie proste stanie główki,

-wskazania naglące,

wynikają z sytuacji położniczej, w której istnieją zaburzenia stanowiące potencjalne zagrożenie rodzącej i płodu. Powtarzają się okresowo i małych odstępach czasu. Zakłada się wówczas, że pogorszenie może nastąpić w każdej chwili. Wskazania takie zobowiązują położnika do wykonania cięcia cesarskiego w ciągu kilkunastu, kilkudziesięciu minut,

-wskazania nagle,

(ratujące życie, natychmiastowe, doraźne). Przy takich wskazaniach zespół medyczny ma na wydobyć żywego, zdrowego dziecka oraz lub ratowanie także matki, kilka do kilkunastu minut. Dzieje się tak przy wpadniętej pępowinie, rzucawce, przedwcześnie odklejonym łożysku, pęknięciu macicy, etc...

2.4.Wskazania prewencyjne

Profesor Słomko i Bręborowicz zaproponowali podział tych wskazań na: **bez objawów zagrożenia życia płodu** (ryzyko anamnestyczne, zaburzenia mechanizmu porodowego i zaburzenia czynnościowe) oraz **z objawami rozpoczynającego się zagrożenia dla płodu**(przewlekłe ostre i podostre) (5,str.9).

Ryc. nr 5. Przedstawia cięcie cesarskie.(1)



Rozdział 3

ZNIECZULENIE I SPOSOBY OTWARCIA JAMY BRZUSZNEJ I JAMY MACICY

Znieczulenie do cięcia cesarskiego

Postęp w anestezjologii, jaki dokonał się w minionych latach, pozwala na dość bezpieczną analgezę do cięcia cesarskiego. Dotyczy to zwłaszcza znieczuleń regionalnych tzn. **podpajęczynówkowego i zewnątrzoponowego**. Bez porównania bezpieczniejsze niż przed laty, jest także **znieczulenie ogólne**. Niemniej jednak wciąż ze znieczuleniami wiąże się spore zagrożenie dla kobiety i dziecka. Dużo zależy od wiedzy i doświadczenia lekarza anestezjologa. Sam sposób znieczulenia powinien

być adekwatny do wskazań lekarskich do cięcia, możliwości technicznych, wyposażenia sali operacyjnej i umiejętności całego zespołu.

Tabela nr 1. Zestawienie porównujące rodzaje znieczuleń wg(13,str.20)

Porównanie rodzajów znieczulenia		
	Znieczulenie kanałowe (łędźwiowe)	Znieczulenie ogólne (dożylnie i dotchawicze)
Czas wprowadzenia w znieczulenie	Dłuższy czas (kilka – kilkanaście minut) wprowadzenia w anestezję, związany z samym zabiegiem iniekcji łędźwiowej oraz charakterystyką działania leków znieczulających miejscowo	Krótki czas (minuty) wprowadzenia pacjentki w pełną anestezję.
Wpływ leków na płód	Brak leków anesteziologicznych w krążeniu maczy-nym – brak wpływu depresyjnego, sedatywnego i narkotycznego na płód	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)
Czas do wydobycia płodu z macicy	Dłuższy czas do wydobycia płodu – spokojniejszy przebieg operacji (do kilkunastu minut)	3-5 minut do wydobycia płodu od momentu otwarcia powłok
Karmienie	Możliwość natychmiastowego przystawienia dziecka do piersi – po zakończeniu operacji	Przystawienie do piersi możliwe dopiero po kilku, kilkunastu godzinach. Często nawet do kilku dni brak pokarmu.
Aspekty emocjonalne	Możliwość uczestniczenia matki w porodzie i kontakt z dzieckiem natychmiast po wydobyciu. Pełna przytomność matki w całym okresie okołoperacyjnym	Brak kontaktu z dzieckiem, aż do pełnego wybudzenia po narkozie (2-4 godziny). Wyłączenie negatywnych emocji pacjentki (lęk, płacz, pobudzenie)
Możliwość pionizacji	Przeciwwskazana pionizacja przez 12-24 godziny od nakłucia opony twardej Pełny powrót czucia i ruchu w kończynach dolnych dopiero po kilkunastu godzinach	Możliwość – pionizacji tuż po ustąpieniu narkozy (2-4 godziny)
Zalecenia, co do typu znieczulenia w zależności od wskazań	Zalecane do cięcia cesarskiego ze wskazań planowych oraz pilnych	Zalecane do cięcia cesarskiego ze wskazań nagłych i nagłych

Techniki cięcia cesarskiego ewoluowały na przestrzeni wieków wraz z postępami w medycynie. Przez cały ten czas dążono do wypracowania takiej metody operacyjnej, która przede wszystkim powodowałaby jak najmniejszą utratę krwi oraz nie dopuszczała do powikłań typu zakażenia, zapalenia otrzewnej.

Nie sposób nie zgodzić się z prof. Higierem, który we wstępie do rozdziału poświęconego typom cięć cesarskich mówi, że współczesną technikę tej operacji, najpiękniej i szczegółowo opisał Martius w swoim podręczniku.(2,str.22) W związku z powyższym bez polemiki z autorytetami, zostaną w tym rozdziale wymienione tylko metody otwarcia jamy brzusznej i macicy i bardzo krótko scharakteryzowane. Przedstawione

będą też najczęstsze niebezpieczeństwa dla matki i dziecka, związane z cięciem cesarskim.

Cięcie cesarskie klasyczne

Jest ono najstarszą techniką operacyjną. Dzisiaj wykonywaną rzadko, ze względu na niebezpieczeństwo pęknięcia w bliźnie(2, str.24), krwotoków śródoperacyjnych oraz możliwością pęknięcia macicy podczas kolejnych ciąż i porodów. „*Polega na otwarciu przedniej ściany macicy w trzonie, wzdłuż jej długiej osi i jest wiernym przeniesieniem technik, stosowanych wcześniej post mortem*”(4, t.II str.29).

Cięcie cesarskie nadszyjkowe wewnątrzotrzewnowe

Dzisiaj jest to najczęściej stosowana technika cięcia cesarskiego. „Ojcem” jej był Kehrer. Istotą tej metody jest poprzeczne nacięcie macicy w jej dolnym odcinku na wysokości ujścia wewnętrznego. Następnie dwuwarstwowo szyje się macicę i otrzewną. Jej zaletą jest niewielkie krwawienie, ponieważ w dolnym odcinku znajduje się stosunkowo mało naczyń krwionośnych. Mniejsze jest także ryzyko pęknięcia macicy w następnych ciążach.

W związku z tym, że cięcie przesunięto do dolnego odcinka mięśnia macicy, zaczęto również poprzecznie, nadłonowo otwierać powłoki brzuszne. W 1900 roku Pfannenstiel zaczął nacinać podobnie powięź. Ten sposób cięcia cesarskiego był jeszcze kilkakrotnie modyfikowany. Między innymi przez Majlarda i Joel-Cohena. Ten ostatni zaproponował metodę preparowania tkanek powłok brzucha na tępo(4, t.II str.32). Stosunkowo szybko w jego przebiegu wydobywa się płód, co jest bardzo istotne przy wskazaniach nagłych, na ratunek.

Cięcie cesarskie modo Misgav-Ladach

Metoda opracowana w latach 90-tych ubiegłego wieku – najnowsza. Jej nazwa pochodzi od szpitala w Izraelu, gdzie pracuje jej autor Michael Stark. Powstała jako uproszczenie i wypośrodkowanie będących w zastosowaniu etapów operacji cięcia cesarskiego. Polega na otwarciu powłok brzusznych na tępo (Joel-Cohen), by skalpelem naciąć tylko skórę i tkankę podskórną na niewielkim odcinku 2 cm, zbliżając się do powięzi mięśnia prostego. Dalej rozdziela się skórę i pozostałe tkanki powłok brzusznych na tępo. Nóż ponownie jest użyty przy nacinaniu mięśnia macicy. Oczywiście poprzecznie i znów tylko na przestrzeni 2cm. Macicę dalej otwiera się sposobem Joel-Cohana, by po wydobyciu dziecka i łożyska, zeszyć ją jednowarstwowym szwem ciągłym. W tej technice nie stosuje się szycia otrzewnej trzewnej i ściennej, mięśni prostych brzucha i tkanki podskórnej (4,t.II, str.32). Szyje się powięź szwem ciągłym i skórę szwem śródskórnym.

Ta technika pozwala efektywnie skrócić czas operacji i znieczulenia, bardzo szybko wydobyć dziecko, krwawienie w czasie cięcia ograniczyć do minimum, a także pozwala na oszczędne zużycie nici chirurgicznych.

W tym miejscu trzeba wspomnieć o historycznych już metodach cięcia cesarskiego takich jak: **Cięcie cesarskie sposobem Porro**, **sposobem Fritscha** (4,t.II str.31), **Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe**.

Rozdział 4

PORÓWNANIE CZĘSTOŚCI POWIKŁAŃ W PRZYPADKACH CIĘCIA CESARSKIEGO I PORODÓW DROGAMI I SIŁAMI NATURY

W ostatnich latach, kiedy często nadużywa się ukończenia ciąży przez cięcie cesarskie, zapomina się o powadze tej operacji oraz powikłaniach, które występują w okresie okołoperacyjnym. Związane jest to zapewne z rozwojem anestezjologii i powszechną antybiotykoterapią(5, str.17). Różni autorzy podają, że śmiertelność kobiet w związku z powikłaniami po cięciu cesarskim, jest 3, a nawet 10 razy wyższa niż po porodach fizjologicznych. Umieralność zaś waha się w granicach jednego zgonu na 5000 do 15. 000 cięć cesarskich.

Wg Martiusa, danych z 1995 roku, zachorowalność matek i dzieci związana z cięciem cesarskim jest prawie dziesięć razy wyższa niż po porodach drogami natury(3, str.223). Jako najważniejsze powikłanie pooperacyjne dla matek przywołuje on **zakażenia, krwotoki, powikłania anestezjologiczne, powikłania zakrzepowo-zatorowe.** Dla dzieci: **poporodowe zaburzenia oddychania, wstrząs krwotoczny, niedotlenienie w następstwie zespołu ucisku żyły głównej dolnej, zespół mokrego płuca.** Powikłania dla dziecka występują **od 4 do 10 razy częściej niż ma to miejsce przy porodach pochwowych(3, str.227).**

W innych opracowaniach można znaleźć jeszcze wiele powikłań śródoperacyjnych dla kobiety takich jak: **zator płynem owodniowym, zator powietrzny, urazy jatrogenne, uszkodzenia moczowodów,**

pęcherza moczowego, zaburzenia krzepnięcia(8,str.129; 5,str.18). Obok anestezyjologicznych wymienia się powikłania chirurgiczne typu: **rozerwanie macicy, atonia macicy, krwotoki.**

Tabela nr 2. Zawiera najczęstsze powikłania w związku z cięciem cesarskim .wg(5,str.18)

Powikłania związane z cięciem cesarskim	
Powikłania śródoperacyjne	Częstość
Uszkodzenia pęcherza moczowego	< 0,5%
Uszkodzenia moczowodów	< 0,5%
Krwawienia, zaburzenia krzepnięcia	< 0,5%
Zator płynem owodniowym	< 0,5%
Powikłania anestezyjologiczne	< 0,5%
Zachorowalność matek w porożu	Częstość
Zapalenia błony śluzowej macicy	do 10%
Zakażenia dróg moczowych	do 10%
Zaburzenia gojenia rany, zakażenia rany	do 10%
Niedokrwistość	≤ 0,5%
Zapalenie płuc	≤ 0,5%
Zakrzepice, zatory	≤ 0,5%
Niedrożność jelit całkowita lub częściowa	≤ 0,5%
Posocznica	≤ 0,5%
Umieralność matek: 1 zgon 15.000 cięć cesarskich.	
<i>wg Dudenhausen J.W, Pschyrembel W. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. PZWL, Warszawa 2003, s 328</i>	

Tabela nr 3. Powikłania cięcia cesarskiego wg(5,str.18)

Powikłania cięcia cesarskiego	
Anestezjologiczne	
·	Zespół aspiracji
·	Spadek RR
·	Bóle głowy
Chirurgiczne	
·	Krwotoki,
·	Rozerwanie macicy,
·	Atonia macicy,
·	Urazy układu moczowego
·	Urazy przewodu pokarmowego
·	Okoloporodowe wycięcie macicy
Pooperacyjne	
·	Zakażenie rany operacyjnej (2,5–16,1%),
·	Zakażenie błony śluzowej macicy (30–45%),
·	Zapalenie płuc,
·	Zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych,
·	Zatory różnym materiałem (wody płodowe, skrzep, powietrze)
·	DIC
<i>wg Bręborowicz G. Operacje położnicze, w: Pisarski T Położnictwo i Ginekologia PZWL, warszawa 2001.s579</i>	

Powikłania dla matek

Do najczęściej występujących powikłań po cięciu cesarskim należą m.in.: zakażenia miejscowe i ogólne oraz krwotoki. **Rzadziej spotyka się:** zator płynem owodniowym, żylną chorobę zakrzepowozatorową, niewydolność krążenia, zapalenie płuc, niedrożność przewodu pokarmowego, urazy układu moczowego(2,str.20; 5,str.18; 22)

- Zakażenia miejscowe(przyranne)

Dochodzi do nich u 30-65% kobiet po cięciu cesarskim.

Zakażenia miejscowe dotyczą rany pooperacyjnej, błony śluzowej macicy i układu moczowego.

Czasami może dojść do zapalenia otrzewnej, ropnia miednicy małej, a nawet posocznicy. Wpływ na wystąpienie tych powikłań ma czas, który upłynął od pęknięcia pęcherza płodowego do wykonanego cięcia cesarskiego. Istotny również jest wiek ciężarnej i brak higieny, to czy jest otyła, niedokrwistość, czy jest to cięcie „szybkie”, pierwsze czy kolejne, choroby współistniejące jak cukrzyca, procesy nowotworowe.(14)

Do zakażeń miejscowych przyczynia się najczęściej endogenna flora bakteryjna(paleczki gram ujemne, paciorkowce beta-hemolizujące, bakterie beztlenowe i gronkowce). Występuje przede wszystkim na powłokach brzusznych i w pochwie. Niektóre źródła podają, że infekcje rany pooperacyjnej dotyczą 4-8% wykonywanych cięć cesarskich.(15) Amerykanie obliczyli, że skutki ekonomiczne leczenia jednej zakażonej rany to 30 000 dolarów.(16,str.333)

Zakażenia przyranne dzielą się na **zakażenia wczesne, tj. takie, których objawy manifestują się w pierwszych 48 godzinach po operacji.** Należą do nich: wzrost temperatury i zmiana zabarwienia brzegów rany. Za to zakażenie najczęściej jest odpowiedzialny paciorkowiec typu A lub B, gronkowiec lub laseczka zgorzeli gazowej.

Zakażenia miejscowe późne , występują od 4 do 7 doby po zabiegu operacyjnym i są najczęstsze. Charakteryzują się rumieniowatymi zmianami tkanek, obrzmieniem, wyciekami z rany, pacjentka często gorączkuje.(16,str.336-337)

Leczenie wczesnych zakażeń to przede wszystkim prenatalna antybiotykoterapia skojarzona, poprzedzona wykonaniem posiewu i antybiogramu oraz leczenie chirurgiczne, tzw. opracowanie rany. **Późne zakażenia leczy się** nacięciem i drenażem rany. Nie zawsze jest konieczne podawanie antybiotyków.(16,str.337) Zakażenia późne wywołane są

zwykle mieszaną florą bakteryjną, w przeciwieństwie do wczesnych, gdzie za infekcję odpowiada jeden ze szczepów bakteryjnych.

Rzadką, ale groźną infekcją jest **martwicze zapalenie powięzi**. Jej leczenie polega na „*agresywnym wycięciu wszystkich zmienionych tkanek, podaniu antybiotyków prenatalnie oraz ogólnym leczeniu podtrzymującym.*”(16, str.340) Śmiertelność w tego rodzaju powikłaniu dochodzi do 50%.

Zakażenia ogólne(sepsa)

Jest zespołem określonych objawów chorobowych, **spowodowanych** gwałtowną reakcją organizmu na zakażenie. Może doprowadzić do niewydolności wielonarządowej, wstrząsu, a nawet śmierci. Jej objawy to:

1. temperatura powyżej 38 lub poniżej 36°C
2. tachykardia, tętno >90 x /min
3. zwiększenie liczby oddechów
4. stężenie dwutlenku węgla we krwi > 32mmHg
5. leukocytoza > 12 000 lub leukemia < 4 000
6. dreszcze
7. wybroczyny

Śmiertelność w przebiegu sepsy, waha się wg różnych źródeł od 40 do 70%(17).

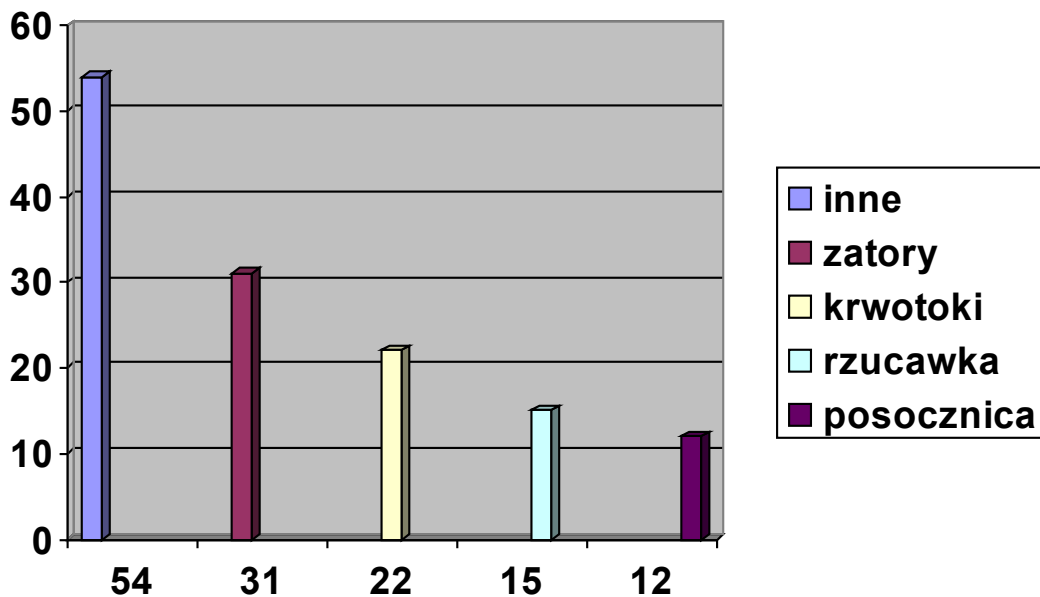
Chorują ludzie o obniżonej odporności, dzieci, ludzie starsi. Także zabiegi operacyjne w tym **cięcie cesarskie, usposabia do tego uogólnionego zakażenia**. Najczęściej wywołuje je paciorkowiec grupy A. Tak jak to miało miejsce w zbiorowym przypadku sepsy w krakowskim szpitalu MSWiA(18).

Leczenie jest trudne, bardzo kosztowne, rokowanie bardzo poważne.

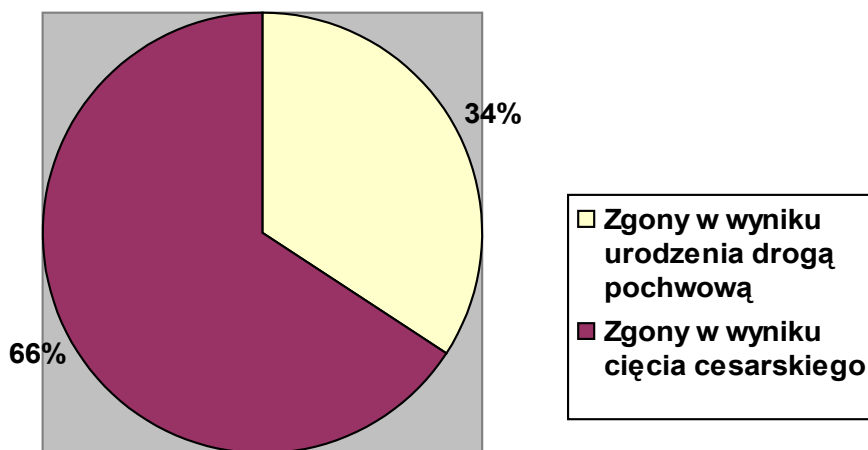
Metodyka dotycząca wykresów i diagramów

Badaniem o charakterze retrospektywnym, w oparciu o opracowanie Michała Troszyńskiego(19), objęto populację 204 kobiet, których porody zakończyły się zgonem w latach 1994-2000. Wśród tych przypadków 61 stanowiły porody siłami natury, 134 to cięcie cesarskie. Analizy statystycznej, dokonano w oparciu o przyczyny powikłań okołoporodowych, które były bezpośrednią przyczyną zgonów. Procentowo przedstawiono zgony matek(na 100 tys. żywych urodzeń), w tych samych latach, w zależności od sposobu ukończenia ciąży.

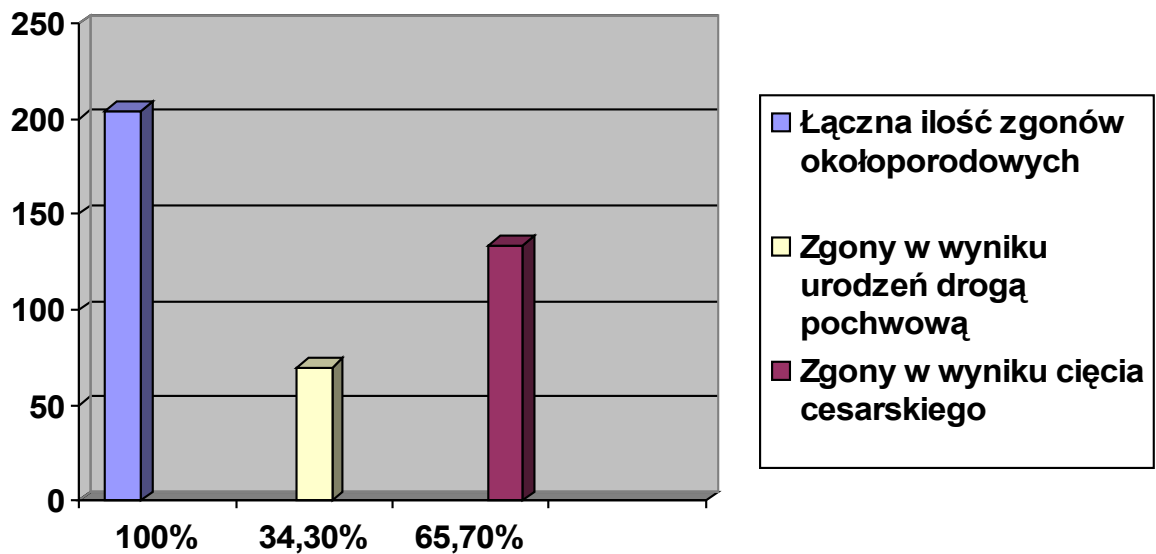
Ryc. nr 6. Przedstawia przyczyny zgonów matek w przebiegu cięć cesarskich w latach 1994-2000 (19,str.1306-1314). Oprac. własne.



Ryc. nr 7. Przedstawia zgony matek w Polsce w latach 1994-2000 (na 100 tys. żyw. urodzeń), w zależności od sposobu ukończenia ciąży. (19, str.1306-1314). Oprac. własne.



Ryc. nr 8. Porównanie zgonów matek w porodach drogą pochwową i cięciach cesarskich w latach 1994-2000 (19, str.1306-1314). Oprac. własne.



American College of Obstetricians and Gynecologists w 2006 roku opracował wytyczne profilaktyki okołoperacyjnej. Zaleca w nich podawanie antybiotyku na krótko przed, lub w czasie operacji. Mają to być antybiotyki o szerokim spectrum oraz niezbyt drogie np. cefalosporyny. W przypadkach bardziej skomplikowanych, np. u ciężarnych z potencjalnym zapaleniem wsierdza, należy stosować skojarzoną antybiotykoterapię, łącząc Ampicylinę z Gentamycyną.(15)

W tym miejscu trzeba jeszcze wymienić zakażenia dróg moczowych w wyniku założonego przed operacją cewnika Foley'a. Nie są to jednak często występujące infekcje, leczone z dobrym skutkiem.

Krwotoki

Klasyczna definicja krwotoku w odniesieniu do cięcia cesarskiego mówi o utracie krwi w ilości 1000ml w ciągu doby. Amerykanie przyjmują, że obniżenie wyjściowego hematokrytu o 10% w wyniku krwawienia powinno być uznane za krwotok.(13, str.8)

Do krwotoku po **zakończonym cięciu cesarskim** dochodzi wskutek **złej hemostazy chirurgicznej, podczas nietypowo przebiegającego**

zatoru wodami płodowymi, gdzie zaczyna rozwijać się skaza krwotoczna. Także, udar maciczno-łożyskowy powoduje wtórne krwawienia z drobnych naczyń macicy, które są wtedy zmienione nekrotycznie-zakrzepowo.(8,str.134-135)

Leczenie krwotoków związanych z cięciem cesarskim, zależy w dużej mierze od ich przyczyny. Według stanowiska WHO zawsze podejmuje się próbę leczenia zachowawczego, aby następnie wdrożyć chirurgiczne.(13,str.11)

Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa

Jest rzadkim powikłaniem po cięciu cesarskim. **Stanowi jednak drugą przyczynę zgonów związanych z ciążą**, co do częstości ich występowania. Statystyki, krajów wysokorozwiniętych mówią o **1.8% cięć cesarskich powikłanych** tą jednostką chorobową. Wywiad położniczy obciążony ŻChZZ, usposabia ponowne jej wystąpienie w ciąży o 0-13%. **Sama ciąża bowiem, niezależnie prowokuje do zakrzepicy**(nadkrzepliwość, ucisk, uszkodzenie śródbłonek naczyń). Etiologia tej choroby może mieć podłoże wrodzone, nabyte oraz typowe dla ciąży(poród zabiegowy, krwotok).(8,str.20; 6,str.157)

W przeważającej części, choroba ta dotyczy żył głębokich kończyn dolnych. Towarzyszy im ból i obrzęk kończyny, także może wystąpić duszność, która bywa objawem płucnej zatorowości. **Przy podejrzeniu wystąpienia ŻChZZ wykonuje się szereg badań laboratoryjnych, USG układu żylnego, flebografię i inne.**

Profilaktyka tego rodzaju powikłań to przede wszystkim stosowanie heparyny niefrakcjonowanej i drobnocząsteczkowej.

Wpływ cięcia cesarskiego na noworodka. Zespół mokrego płuca.

Jakkolwiek cięcie cesarskie wykonuje się ze wskazań, które mają uratować dziecko, nie jest ono obojętne dla stanu noworodka.

Fakt przyjścia na świat w ten właśnie sposób, ma niekiedy wpływ na jego dalsze losy. **Dobroczynny wpływ przejścia przez kanał rodny**, uwzględnia poza okresami adaptacyjnymi, naturalne uciskanie klatki piersiowej dziecka. Dzięki temu płyn zalegający w płucach zostaje wyciśnięty. Umożliwia to fizjologiczne rozprężenie pęcherzyków płucnych. To z kolei ułatwia zmianę płodowego krążenia krwi na ostateczne. Zamyka się przewód Botalla. **Dziecko urodzone przez cięcie cesarskie, „wyrwane” nagle** z jednego środowiska, by zostać przeniesionym w zupełnie inne, nie tak przyjazne, pozbawione zostaje możliwości przystosowania się do nowych warunków. Nie zadziała tu wspomniany mechanizm ochronny, umożliwiający jego płucom i krążeniu podjęcie prawidłowej roli.

Często dochodzi do powikłania, które nazywane jest zespołem mokrego płuca. Dziecko ma przyśpieszony oddech, sinicę, duszność, we krwi obniżone stężenie tlenu, podwyższoną zawartość dwutlenku węgla. Wskutek braku ucisku na klatkę piersiową, mogą wystąpić zaburzenia w przystosowaniu się układu krążenia do warunków życia poza łonem matki, **nie zamyka się przewód Botalla.** Noworodek jest więc narażony na operację z tym związaną. Dzieci, które rodzą się w sposób nienaturalny, przez cięcie cesarskie, często **wymiotują i ulewają pokarm.** Jest to nie tylko niedogodnością dla matki, lecz grozi zachłyśnięciem z wszelkimi tego konsekwencjami, ze **śmiercią włącznie.** Doniesienia wskazują, że w późniejszym czasie te dzieci częściej **zapadają na różnego rodzaju alergie, schorzenia układu oddechowego, m.in. astmę.**(20)

Jak wynika z prześlędzonych i opisanych powikłań w wyniku cięcia cesarskiego, nie jest ono operacją pozbawioną zagrożeń, o której można z całą odpowiedzialnością powiedzieć, iż jest całkowicie bezpieczną. Jako taką zaś, polecać jako alternatywę dla porodu fizjologicznego.

Rozdział 5

„CIĘCIE CESARSKIE NA ŻYCZENIE”

Bywa nazywane „piątym wskazaniem”, albo „wskazaniem bez wskazań”(5, str.15). Stanowi ono dość istotny problem dla położników, ponieważ przynajmniej w naszym kraju nie ma umocowania w prawie. Pacjentki kierując się różnymi względami, m.in. strachem przed bólem porodowym, utratą atrakcyjności seksualnej wskutek uszkodzeń tkanek krocza związanych z porodem fizjologicznym, lękiem o dziecko, „wymuszają” wykonanie cięcia cesarskiego. Nie bez znaczenia jest również restrykcyjnie traktowane tu prawo pacjenta do decydowania o sobie. Kobiety wraz z końcem XX wieku, zaczęły traktować cięcie cesarskie jako „nowoczesny” poród. Popularyzują tę swoistą modę, naśladując m.in. gwiazdy filmowe, które nagłaśniają w mediach fakt swojego porodu przez cięcie cesarskie .

Co ciekawe, to **zjawisko zrodziło się najpierw we Włoszech** i wielkich miastach Ameryki Południowej(21). Miało to miejsce w prywatnych klinikach. Jest to przywilej bogatych i nowoczesnych kobiet, prywatnie ubezpieczonych. Cięcie cesarskie jest więc dobrym interesem dla prywatnych szpitali. Nie są one zainteresowane zmniejszeniem liczby wykonywanych operacji. Interesujące wydaje się że, pierwsze dyskusje na temat „cięcia cesarskiego na życzenie”, pojawiły się już ok. 1930 roku ub. wieku. To jednak nie budziły tylu kontrowersji co dzisiaj, z przyczyny na to, że wówczas ryzyko powikłań po tej operacji było niewspółmiernie wyższe do stanu z chwili obecnej.

Nawet zagraniczni eksperci nie zajmują jednoznacznego stanowiska w kwestii cięcia cesarskiego „na życzenie”. Jedni uważają, że człowiek ma prawo sam o sobie stanowić, inni proponują, aby lekarz przedstawił kobiecie wyczerpujące informacje o potencjalnych zagrożeniach związanych z operacją. Kobieta zaś, ma podjąć tzw. świadomą decyzję o sposobie porodu. **Jednak pewna część ekspertów FIGO, a w kraju Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, przyjmuje za niedopuszczalne,**

wykonywanie cięcia cesarskiego bez istniejących wskazań lekarskich(5,str.16).

Według niektórych danych, **na świecie** rodzi się obecnie przez cięcie cesarskie ok. **23% dzieci** (22). Rekordzistami w tym zakresie są Brazylia, Chile, Indie, Tajlandia z 30%. Ten sam autor podaje, że w **Polsce jest to 12 do 23%**. Niemniej każdy kto interesuje się takimi danymi wie, że nawet u nas te wskaźniki są dużo wyższe. W przeciętnych szpitalach powiatowych oscylują wokół 18%, a ośrodkach klinicznych sięgają nawet 50%. Najniższe wskaźniki ma **Holandia, gdzie cięcia cesarskie to 10% wszystkich porodów.**

Profesor dr hab. Rudolf Klimek na kongresie szkoleniowym, pt. „Nowoczesne Postępowanie w Perinatologii i Ginekologii” w Wiśle 2007r, wypowiedział się, że przekroczenie progu 10% wykonywanych cięć cesarskich jest *„czymś przerażającym”*. *„Postęp w perinatologii jest przerażający z tego powodu, że wprowadzono nowe technologie znieczulania i zapomniano o tym, że poród jest aktem fizjologicznym, prawidłowym.”* Zaznaczył także, że uważa iż tej dziedzinie medycyny jest niezbędny *„powrót do odwiecznej zasady – po pierwsze nie szkodzić”*.(23)

Obecnie brak jest danych, które porównywałyby konsekwencje „cięć cesarskich na życzenie”, bez wskazań lekarskich, z porodami drogami natury.(24) Autor tekstu proponuje, aby jak najszybciej opracować odpowiednie analizy. W ten sposób pomóc lekarzom w podejmowaniu odpowiednich decyzji i rozstrzygających wątpliwości co do ukończenia lub przeprowadzenia porodu.

Ze statystyk Instytutu Matki i Dziecka wynika, że w Polsce w ostatnich dziewięciu latach, **liczba cięć cesarskich uległa prawie dwukrotnemu wzrostowi.** Zaczęliśmy doganiać pod tym względem kraje wysoko rozwinięte.(25)

Tabela nr 4. Przedstawia procentowy wzrost wykonywanych cięć cesarskich w Polsce w latach 1994-2005 r.(26,str.25). Oprac. własne.

1994	2000	2005
13,3%	19,6%	28%

W Niemczech, w latach 2002-2003 przeprowadzono sondaż obejmujący 2016 ginekologów. Ostatecznie wypowiedziało się na temat „cięcia cesarskiego na życzenie” 719. 59% z nich akceptuje takie rozwiązanie biorąc pod uwagę wiek kobiety, osobiste doświadczenie, warunki pracy i postawę rodziców. **Generalnie jednak 90% lekarzy, opowiedziało się za porodem drogami natury.**(27)

Reasumując, można stwierdzić, że indywidualne doświadczenie, środowisko pracy, dane biograficzne, mają wpływ na decyzje lekarzy, co do wyboru rozwiązania przez cięcie cesarskie. Nie bez znaczenia są tu aspekty sądowe.

Na koniec tych rozważań, należy jeszcze dorzucić kilka opinii i nasuwających się wniosków z punktu widzenia polskiego świata ginekologicznego.

W „Ogólnopolskim Przeglądzie Medycznym” z 2005r, zabrali głos w nurtującej kwestii, prof. Anita Olejnik, prof. Grzegorz Bręborowicz, prof. Romuald Dębski. Wszyscy oni są zwolennikami porodów naturalnych. Jednocześnie rozumieją obawy kobiet. Bręborowicz uważa, że sytuacje, w których (bo i tak się zdarza), występuje zachęcanie przez położne lub lekarzy do wykonania cięcia cesarskiego, **jest po prostu nieetyczne, uważane powinno być za błąd w sztuce.** Widzi on ogromną rolę dla położnych i lekarzy w obniżeniu ilości wykonywanych cięć. Powinni być tymi, którzy potrafią wytłumaczyć kobiecie zalety porodu fizjologicznego i umiejętnie przeprowadzić ją przez niego.(28,str.12-15)

Duża ilość kobiet nie zauważa, że cięcie cesarskie jest obarczone wielkim ryzykiem powikłań dla nich, a także dzieci. **W porodzie naturalnym, dziecko samo sygnalizuje gotowość przyjścia na świat.** Lekarze dobrze wiedzą, jak trudno jest idealnie określić dojrzałość dziecka wewnątrzłonowo. Nietrudno „sprowadzić” na świat wcześniaka, z wszystkimi konsekwencjami tego stanu. **Zaburzenia oddychania towarzyszące wcześniactwu, są wciąż główną przyczyną zgonów noworodków.** Ponadto, matki nie zdają sobie sprawy z długiego okresu rekonwalescencji po cięciu cesarskim, w przeciwieństwie do porodu naturalnego oraz tego, że rozwiązanie każdej kolejnej ciąży będzie bardziej ryzykowne nie tylko dla niej samej.

Profesor Olejnik, zwraca uwagę na informowanie pacjentek o ryzyku powikłań, zagrożeniu zakażeniem, zakrzepicą czy zatorem. Cytując za nią *„wszystkie zgony matek – w liczbie pięciu – w województwie śląskim w ubiegłym roku w jakiś sposób wiązały się z cięciem cesarskim”.*

Natomiast prof. Dębski kładzie nacisk na tzw. **„świadomą zgodę pacjentki”** jako taką, która może być wiążąca dla lekarzy, o ile będą za nią szły regulacje prawne.

Rozdział 5.1

ROLA POŁOŻNEJ W ASPEKCIE „CIĘCIA CESARSKIEGO NA ŻYCZENIE”

*„Obarczę cię niezmiernie
wielkim trudem twej brzemienności,
w bólu będziesz rodziła dzieci,.....”
(Księga Rodzaju. 3.16A)*

Te słowa cytowane we wstępie, są dla kobiety zapowiedzią bólu, cierpienia i lęku, związanego nierozdzielnie z jej misją i powołaniem do roli matki. Czy musi tak być? Kobieta w naszej kulturze od dziecka przygotowywana do bycia matką, może odczuwać i przeżywać obawy, choć towarzyszącym jej uczuciem powinna być radość. Bywa, że kobieta boi się po prostu zostać nią, urodzić.

Potrzebne jest dobre..... i mądre, wykształcone społeczeństwo, trwałe i dobry dom rodzinny, kochający siebie wzajemnie i dzieci rodzice, przyjazne i świadome środowisko najbliższe i dalsze.... przedszkole, szkoła, wykształceni nauczyciele, mądrzy lekarze, doświadczone, charyzmatyczne pielęgniarki i położne, gminy przyjazne małym społecznościom, etc.. Tam bowiem wszystko się zaczyna.... wychowanie i edukacja, powstają nawyki i załączki kulturowe. Wreszcie mądra i odpowiedzialna władza ustawodawcza i wykonawcza, która stworzy takie możliwości społeczeństwu, aby mogły w nim zachodzić korzystne przemiany mentalne, kulturowe, zwyczajowe, zdrowotne. One to bowiem zadecydują, czy w przyszłości zwycięży lęk, czy radość z narodzin i w jakim kierunku podąży całe społeczeństwo. Czy będzie ono świadome i odpowiedzialne za proces przemian. **One też będą miały wpływ na to, jak kobiety będą postrzegały całokształt macierzyństwa, czy zechcą je przeżyć naprawdę, od początku do końca w poczuciu, że oto dzieje się**

coś niezwykłego, pięknego.....a nie odrażającego i straszego, o czym trzeba szybko zapomnieć. Od takiego bowiem myślenia, już tylko krok do ucieczki w „cięcie cesarskie na życzenie”.

Można by pomyśleć, że autorka przedstawia jakieś idealistyczne, utopijne wizje, w dodatku niespójne. Nic bardziej błędnego. Ponadto, chce udowodnić, że właśnie położna może zrobić wiele dobrego w tym aspekcie. Specyfika jej zawodu, swoista bliskość z kobietami, ich dziećmi i rodzinami pozostaje wciąż niedoceniona i właściwie wykorzystana. To nie tyle lekarz, ale właśnie ona, która jest najbliższej pacjentki, którą często postrzega się jako dobrą, życzliwą i doświadczoną „znajomą z sąsiedztwa”, może pomóc kobietom zrozumieć prostą rzecz. Zrozumieć, że **ciąża i narodziny oczekiwane dziecka, nie są chorobą**. Pomijając wyjątkowe przypadki ciąży tzw. wysokiego ryzyka, które muszą być prowadzone i rozwiązywane w sposób indywidualny i specjalistyczny. **Rola położnej wciąż niedoceniana w naszym kraju, ograniczana do wykonywania zleceń lekarskich, mogłaby w istocie wpłynąć na kształtowanie nowego, choć korzenie mającego w zaraniu dziejów, humanistycznego modelu porodów**. Mówiąc o takim podejściu do kwestii prokreacji i rozrodczości, autorka pracy ma na myśli oczywiście postrzeganie tych procesów jako całkowicie fizjologicznych. **Położna więc, ma za zadanie wytłumaczyć kobiecie, że nie ma lepszego sposobu na narodziny dziecka jak poród naturalny. Konsekwencją takiej edukacji jest oczywiście przekonanie kobiet, że noworodek nie jest cielątkiem tylko człowiekiem i trzeba go karmić pokarmem nieobcym mu biologicznie, mlekiem jego matki**. Z doświadczenia wiadomo, że nie jest to proste zadanie, zwłaszcza że co najmniej dwa pokolenia przywiązały się już, do łatwego ich zdaniem karmienia mieszankami. Zapominając jednak, że choćby najbardziej humanizowane, są tylko mieszankami mleka krowiego!!! Co więcej, przez

lata wmawiano im niejako, że jest to dobre i zdrowe, wygodne(?) i bezpieczne.

Kobiety przeszły metamorfozę społeczną, zaczęły pracować zawodowo, stały się świadome siebie, swojej wartości dla społeczeństwa, przywiązują dużą wagę do atrakcyjnego wyglądu. Epatowane przez media nowymi wzorcami urody, często niepostrzeżenie stały się ich niewolnicami. Czerpiąc także wzory zachowań z najbliższego środowiska, sióstr, matek i koleżanek, zaczęły traktować funkcję rodzicielską dość powierzchownie. **Według niektórych z nich, trzeba zająć w ciąży, przeżyć ją najlepiej na tzw. L4, urodzić przez cięcie cesarskie, karmić dziecko z butelki, oddać na wychowanie babciom lub nianiom i wrócić do pracy najszybciej jak to możliwe. Przy okazji, a może szczególnie, nie deformując swoich fizycznych, kobiecych atutów.**

Niestety taki schemat jest obecnie dość powszechny. Mało kto zastanawia się nad jego bliższymi i dalszymi konsekwencjami. Krzywda jaką wyrządza samej matce, jej dziecku, rodzinie, a w przyszłości społeczeństwu, **już owocuje słabszymi i płytszymi więziami w relacjach rodzinnych.** Mamy już też **symptomy funkcjonowania społeczeństwa konsumpcyjnego,** nastawionego na zaspakajanie przede wszystkim swoich materialnych potrzeb. **Zatracają się podstawowe wartości takie jak: wrażliwość na drugiego człowieka, empatia, umiejętność współczucia, chęć służenia wsparciem potrzebującym, wreszcie miłość.**

W związku z powyższym „ruszyła lawina” cięć cesarskich na tzw. życzenie.

W tej części pracy, która zawiera wyłącznie osobiste przemyślenia i doświadczenia zawodowe autorki, chce ona podkreślić zadania dla położnej, które systematycznie wdrażane i realizowane w codziennym życiu i pracy, mogą wpłynąć na zmianę postawy wielu kobiet, w szczególności dotyczącej ciąży i porodu.

Reasumując, położna powinna być:

- przyjacielem kobiety
- nauczycielem, swoistym drogowskazem
- wnikliwym obserwatorem
- często psychologiem i powiernikiem

-propagatorem porodu naturalnego, rozumianego, jako ciąg konsekwentnych, następujących po sobie zdarzeń w sferze fizycznej i psychicznej, wpływających z biologii kobiety. Ze szczególnym uwzględnieniem dokonywania zmian mentalnych u matek.

Rolą położnej jest przekonanie kobiet, a może tylko przypomnienie, że dziecko jest największym skarbem człowieka. Trzeba go oczekiwać, chronić i pielęgnować z miłością i bez wszechobecnego pośpiechu.

Autorce pozostaje mieć nadzieję, że doczeka czasów, w których położne dostaną od lekarzy, ustawodawców i naukowców „oręż,” do wprowadzania zmian, które przyczynią się do innego podejścia kobiet do fizjologii porodu. Tym samym zmniejszy się ilość wykonywanych cięć cesarskich, a „cięcie cesarskie na życzenie”, odejdzie do lamusa historii położnictwa.

Ta „broń” dla położnych to wykształcenie, możliwości ustawicznego doksztalcania, godne wynagrodzenie za ciężką i odpowiedzialną pracę, większa niezależność i swoboda zawodowa. Należałoby się zastanowić nad „oddaniem” im sprawowania opieki nad zdrową ciężarną i nadzoru nad porodem fizjologicznym. Istnieje potrzeba stworzenia miejsc pracy związanych z promocją zdrowia. Chodzi o edukację prozdrowotną kobiet w ogóle, szczególnie zaś w aspekcie macierzyństwa. To również wyasygnowanie z kasy państwa środków pieniężnych na te cele. Państwu powinno zależeć na zdrowym

i szczęśliwym społeczeństwie, takie bowiem choćby w ekonomicznym rozrachunku, jest tańsze i mniej absorbujące dla sprawujących władzę.

Rozdział 6

ROLA POŁOŻNEJ W OPIECE OKOŁOOPERACYJNEJ

*„Z głębokim szacunkiem i czcią
przyjmuję nadany mi tytuł położnej
i uroczyście przyrzekam:
sprawować profesjonalną opiekę
nad życiem i zdrowiem ludzkim”
(Kodeks Etyki Zawodowej)*

We współczesnej medycynie, w położnictwie także, opracowano standardy postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych i operacjach. Ich celem jest zapewnienie pacjentom leczenia i opiekę na najwyższym poziomie, przy udziale możliwie najnowocześniejszego sprzętu, wedle najlepszej wiedzy i umiejętności. Stałe polepszanie jakości opieki w położnictwie wymaga także nowych działań pielęgniarских. Jakość tej opieki to stopień, w którym pozwala ona osiągać pożądane efekty w zakresie stanu ogólnego podopiecznych. Zwiększa także ich zdolność w samoopiece(29).

W opiece okołoperacyjnej położną także obowiązuje pewne rutynowe postępowanie wobec ciężarnej, rodzącej, położnicy. W zależności od tego czy cięcie cesarskie jest zaplanowaną wcześniej operacją czy nagłą, obowiązują nieco inne zasady postępowania położnej, choć w kluczowych dla zdrowia i życia pacjentki, są niezmiennie. Na prawidłowy przebieg cięcia cesarskiego, jak też okresu pooperacyjnego, ma duży wpływ prawidłowe przygotowanie pacjentki. Chodzi nie tylko o fizyczne, czy o merytoryczne przygotowanie, ale także psychiczne. Zrezygnowanie z tego ostatniego, dopuszczalne jest tylko wówczas gdy wskazania życiowe, nakładają na lekarzy wykonanie natychmiastowej operacji. Najogólniej, **przygotowania do operacji można podzielić na dalsze i bliższe. Dalsze** rozpoczynają się w momencie przyjęcia kobiety w oddział, a kończą w dniu poprzedzającym cięcie cesarskie. W tym

postępowaniu ocenia się funkcjonowanie poszczególnych układów, min. oddechowego, krążenia, moczowo- płciowego, itp.. Dąży się poprzez te działania do uzyskania przez kobietę możliwie najlepszej formy fizycznej i psychicznej.(30,str.431)

Przygotowanie psychiczne do operacji, polega na pomocy w zaakceptowaniu przez kobietę i jej rodzinę konieczności jej wykonania, pomocy w ograniczeniu lęków i obaw wynikających w związku z operacją. Przygotowując pacjentkę należy pamiętać o tym, by traktować ją podmiotowo i indywidualnie. Położna powinna pamiętać, że jej zadaniem jest stworzenie takich warunków adaptacyjnych pacjentce, by nie odczuwała zbytniego dyskomfortu, związanego z pobytem w szpitalu. Należy także zapewnić pacjentce możliwość kontaktu z rodziną, zarówno przed jak i po operacji. Gdy jest to położnica po cięciu cesarskim, położna musi stworzyć warunki do najszybszego kontaktu matki z dzieckiem. Jest to niesłychanie ważne, z punktu widzenia ich oboje. Chodzi o jak najszybsze pogłębienie wzajemnych więzi uczuciowych.

Przygotowanie bliższe, rozpoczyna się na kilka, kilkanaście godzin przed planowaną operacją. W nim, oprócz przygotowania emocjonalnego i fizycznego mają miejsce ściśle określone działania położnej, mające bezpośredni związek z operacją. Chodzi o **przygotowanie pola operacyjnego,(golenie i dezynfekcja)**. **Przewód pokarmowy przygotowuje się robiąc pacjentce lewatywę**, celem oczyszczenia jego dolnego odcinka z resztek pokarmowych. Już w dniu poprzedzającym operację **wprowadzone są pewne ograniczenia dietetyczne**. Na 6 do 8 godzin przed zabiegiem operacyjnym, nie pozwala się pacjentce na przyjmowanie pokarmów. Dopuszczając jedynie płyny. Wszystko po to, by nie doszło do wymiotów i ewentualnego zaaspirowania ich podczas operacji. **Położna powinna dyskretnie zasugerować** dwukrotną kąpiel (rano i wieczorem), usunięcie makijażu i lakieru do paznokci, etc..

W niektórych oddziałach, **położna uczestniczy także w konsultacjach anestezjologa**, zawsze pobiera materiał biologiczny do badań laboratoryjnych. **Powinna zadbać o dostatecznie długi odpoczynek nocny pacjentki przed operacją.** W dniu operacji, podczas wszystkich standardowych działań, **nie powinna zapominać o wsparciu psychicznym dla pacjentki.**

Następnie **przygotowuje blok operacyjny, sprawdza działanie urządzeń, odpowiednią ilość bielizny operacyjnej, zestawów narzędzi, itp.. Często czynnie uczestniczy w operacji, asystując, instrumentując lekarzom wykonującym zabieg.**

Po operacji, rolą położnej jest przewiezienie pacjentki do sali ścisłego nadzoru, monitorowanie jej funkcji życiowych i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej. Położna powinna być bystrym obserwatorem, mieć podzielną uwagę i umiejętność szybkiego reagowania(30,str.229). Zakres jej obowiązków w opiece pooperacyjnej zależy od kilku czynników. Chodzi o czas, który upłynął od operacji, sposób znieczulenia, technikę operacyjną, stan ogólny pacjentki.

Po przyjęciu pacjentki do sali pooperacyjnej, należy zapewnić jej prawidłowe ułożenie (właściwe do rodzaju znieczulenia), dokonać pomiaru parametrów życiowych, podłączyć ewentualnie aparaturę monitorującą pracę serca. Położna ocenia także zabarwienie powłok skórnych, ocenia stan opatrunku na ranie, krwawienie z dróg rodnych, diurezę, zapoznaje się ze zleceniami lekarskimi, analizuje całą dokumentację medyczną. Jeżeli na jej oddziale jest prowadzona dokumentacja procesu pielęgnacyjnego, **położna opracowuje plan postępowania pielęgniarskiego wg Henderson i wdraża go, odnotowując to w dokumencie.**

Wykonuje zlecenia lekarskie, przetacza we wlewach płyny fizjologiczne, podaje leki, pobiera materiał do badań, dba o higienę

pacjentki. Cały czas dba o psychiczne i fizyczne potrzeby podopiecznej. Stara się o dobre relacje z nią, wyczerpująco udziela informacji, które są w jej gestii, informuje na bieżąco rodzinę o jej stanie. W miarę możliwości ułatwia im wzajemny kontakt, **pomaga i uczy zasad karmienia naturalnego. Położna przez cały czas nie powinna zapominać o swojej roli edukacyjnej i promującej zdrowy styl życia oraz zdrowie jako największą wartość. Wprowadza rehabilitację.** W kolejnych dobach po uruchomieniu pacjentki (I doba), **wdraża kolejne ćwiczenia ruchowe**, usprawniające krążenie krwi żyłnej, zapobiegające zakrzepicy i mające wpływ na lepsze ukrwienie rany pooperacyjnej. W ten sposób przyspiesza jej gojenie oraz umożliwia prawidłową perystaltykę jelit pacjentki. Cały czas **obserwuje stan psychiczny** kobiety po operacji, **walczy z bólem pooperacyjnym**, który minimalizuje przez ciągłość podawania leków analgetycznych.

Przed opuszczeniem oddziału przez pacjentkę, **położna przekazuje jej zalecenia prozdrowotne, dotyczące jej samej i noworodka.** Wyczerpująco **informuje o prawidłowym przebiegu porodu** oraz o tym, **na co pacjentka powinna zwrócić szczególną uwagę**, min. przedwczesne zatrzymanie odchodów lub zbyt obfite krwawienie, ropienie rany operacyjnej, etc.. Udziela matce instruktarzu na temat rehabilitacji pooperacyjnej. Wyczerpująco informuje o fizjologii i najczęstszej patologii noworodka, a także o opiece położnej środowiskowej, która będzie się nią i dzieckiem zajmować. Informuje także o tym, w jakim czasie od momentu porodu, kobieta powinna zgłosić się do kontroli lekarskiej. Przekazuje wskazówki dotyczące samoopieki oraz diety w porodu i podczas karmienia piersią.

[wg standardu z Zakładu Pielęgniarstwa w Ginekologii i Położnictwie w Tychach, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach].(29)

WNIOSKI

Zebrany w toku pracy materiał, pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

1. **Cięcie cesarskie wykonywano zawsze** dla ratowania życia matki i/lub dziecka. Niemniej jednak sama operacja była i jest, mimo postępu w medycynie – potencjalnym zagrożeniem.
2. **„Cięcie cesarskie na życzenie”** nie powinno być alternatywą dla porodu fizjologicznego, gdyż stanowi ono ryzyko powikłań dla matki i płodu.
3. **Położna powinna wykazywać** aktywność edukacyjno-perswazyjną w sprawie cięcia cesarskiego przez,
 - a. **dostrzeganie potrzeby** uwzględniania wskazań do cięcia,
 - b. **ostrzeżenie przed ryzykiem** nadużyć w rodzaju „cięcie na życzenie”,
 - c. **dokonywanie transformacji** mentalnych u pacjentek i ich rodzin,
 - d. **służenie fachową wiedzą** w zakresie fizjologii porodu i cięcia cesarskiego, przez dostarczanie kobietom podstawowych i kompleksowych informacji,
 - e. **take prowadzenie porodu** i sprawowanie opieki nad kobietą, aby była ona świadomym podmiotem tego aktu.
4. **Położna powinna aktywnie** podnosić swoje kwalifikacje zawodowe oraz korzystać z nowoczesnej wiedzy medycznej, gdyż tylko wtedy może dobrze wypełniać swoje zadania.
5. **Położna powinna osobistym przykładem** wpływać na zmiany w postawie współpracowników w postrzeganiu cięcia cesarskiego, jako poważnej operacji, wykonywanej tylko ze wskazań życiowych.

Abstrakt

Powyższa praca, kreśląc w zarysie często dramatyczną historię cięcia cesarskiego, **miała na celu przeanalizowanie zagrożeń** z nim związanych dla dziecka i zwłaszcza chyba dla matki, nawet w dzisiejszej

dobie. **Zwrócić też miała uwagę na „śmiertelnie modne cięcie cesarskie na życzenie”**(26,str.25)

Uwzględniono i sformułowano problemy związane z cięciem cesarskim, **ze szczególnym uwzględnieniem roli położnej** w tzw. cięciu na życzenie. Podniesiono jej rolę w opiece okołoperacyjnej wg najnowocześniejszych standardów.

Autorka starała się w tej pracy **zasygnalizować misję**, jaką jej zdaniem ma do spełnienia położna, w kreowaniu nowego podejścia do ciąży i porodu przez kobiety. Podkreśliła jej rolę w dokonywaniu zmian mentalnych, niezbędnych w tym procesie. Sformułowała wnioski, które mają na celu umożliwić wdrażanie nowych standardów postępowania i myślenia, w pracy dydaktycznej i edukacyjnej położnej, na rzecz społeczeństwa.

Podsumowując pracę, wyciągnięto również wnioski mówiące o tym, że cięcie cesarskie zawsze było i jest wykonywane dla ratowania życia ludzkiego. Operacja ta wciąż pozostaje nieobojętna dla matki i dziecka, bo wiąże się z ryzykiem powikłań. Podkreślano nadużywanie jej wykonywania, kierując się tzw. wskazaniem bez wskazań.

Autorka **konsekwentnie unikała określenia – z a b i e g, mówiąc o operacji cięcia cesarskiego**. Mając nadzieję, że w minimalnym choćby zakresie przyczynia się do przywrócenia należnej mu rangi. Podobne zasady stosuje w codziennej pracy, w kontaktach z pacjentkami, ich rodzinami oraz współpracownikami.

PIŚMIENNICTWO

1. www.wikipedia.pl cięcie cesarskie. 2007-11-11

2. Higier J.: Cięcie cesarskie we współczesnym położnictwie. Warszawa Wyd. Lek. PZWL 1970.(9-24)
3. Martius G.: Operacje w położnictwie i perinatologii. Warszawa Wyd. Lek. PZWL 1995.(200-227)
4. Poręba R. i inni.: Ginekologia Polska. Suplement II. X Sympozjum Sek. Psychosomatyczna PTG. T.LXXVII. Tychy, 27-28 paź.2006. (t. I, s.109-110; t. II, s.19-191)
5. Słomko Z., Poręba R. i inni.: Najważniejsze zagadnienia dotyczące cięcia cesarskiego. „Ginekologia i Położnictwo”.2006,nr 2(8-22)
6. Bręborowicz G. H.(red.): Położnictwo i Ginekologia. Warszawa Wyd. Lek. PZWL 2007.(157-400)
7. www.wikipedia.pl skala NYHA. 2008-03-02
8. Uszyński M.: Klasyczne i nowo poznane koagulopatie położnicze. Wrocław Wyd. Med. Urban & Partner 2003.(13-135)
9. Krawczyński M.R.: Jak informować o urodzeniu się dziecka z wadami wrodzonymi. „Pediatria Praktyczna”. 1998.Nr 6(3/4), (73-78)
10. www.forumginekologiczne.pl Polska Z.: Możliwości wewnątrzmacicznej korekty wad rozwojowych płodu. 2008-02-27
11. www.forumginekologiczne.pl Bodrok P.: cięcie cesarskie. 2008-02-27
12. Benson R.C.: Położnictwo i Ginekologia. Warszawa Wyd. Lek. PZWL 1988.(407)
13. Poręba R.: Krwotok poporodowy. Algorytm postępowania. „Ginekologia i Położnictwo”. 2006, nr 1(8-11)
14. www.forumginekologiczne.pl Nowak B., Błaszczuk A., Drozd K.: „Możliwe powikłania po cięciu cesarskim”. 2007-11-04
15. www.ginekolog.pl Gosek P.: Zakażenia ran pooperacyjnych i farmakologiczna profilaktyka okołoporodowa. 2007-11-15
16. Mishell D.R., Paul Jr, Brenner F.(red.). Położnictwo 1 . Bielsko – Biała Wyd. āmedica Press 1999.(333-337)

17. www.pordanikmedyczny.pl Gniadek K.: Sepsa, posocznica, bakteremia, SIRS- poznaj prawdę. 2008-04-06
18. www.pulsmedycyny.com.pl Hodor J.: Zbiorowa sepsa paciorkowcowa. 2008-04-06
19. Troszyński M. i inni.: Zgony matek w Polsce w latach 1991-2000 wg czterech głównych przyczyn. „Ginekologia Polska”. Nr 10,(1306-1314)
20. www.poradnikdomowy.pl Kretowicz J.: Cięcie cesarskie kiedy i jak? 2008-01-09
21. www.sciaga.pl Cesarka zmora czy dobrodziejstwo. 2008-01-11
22. www.skotnicki.pl/ Skotnicki J.: Sposób porodu w zależności od wskazań do poprzedniego cięcia cesarskiego. 2007-11-13
23. www.ginekolog.pl Nowoczesne postępowanie w perinatologii i ginekologii- kongres w Wiśle 2007. 2007-11-15
24. www.forumginekologiczne.pl Lavander T. i inni.: Opracowanie Szumska- Kostrzewska M.: Wykonanie cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych w terminie porodu. 2007-09-23
25. www.szpital.netus.pl/gazetki/956.pdf Paculanka A., Mystkowska A.: „Wysokie Obcasy”, nr 4/ 28.01.06. Cesarka na życzenie. 2008-03-16
26. Skowronek J.: Śmiertelnie modne cięcie cesarskie. „Peryskop”. 2006, nr 10 (25)
27. www.forumginekologiczne.pl Opracowanie Szumska- Kostrzewska M.: Cięcie cesarskie na życzenie. 2007-11-04
28. Dębski R.: Cięcie cesarskie czy poród siłami natury. „Ogólnopolski Przegląd Medyczny”. 2005, nr 12, (12-15)
29. www.viamedica.pl „Standard opieki pooperacyjnej po cięciu cesarskim”. 2008-01-11.
30. Łepecka - Klusek C.(red.): Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Lublin Wyd. CZELEJ 2003.(229, 431)

SPIS TABEL

1. Zestawienie porównujące rodzaje znieczuleń.(13) 19
2. Najczęstsze powikłania w związku z cięciem cesarskim.(5) 23

3. Powikłania cięcia cesarskiego.(5) 23
4. Procentowy wzrost cięć cesarskich w Polsce w latach 1994-2005(26), (oprac. własne). 34

SPIS RYCIN

1. Przedstawia wydobytego podczas cięcia cesarskiego noworodka.(1)
3
2. Poród Eskulapa.(2) 8
3. Archaniołowie Gabriel i Michał, wyjmujący dziecko z brzucha matki.(2) 9

4. Cięcie cesarskie na zmarłej, podczas którego położna chcąc nie dopuścić do uduszenia dziecka, rozwiera usta matki.(2) 9
5. Cięcie cesarskie.(1) 18
6. Przyczyny zgonów matek w przebiegu cięć cesarskich w latach 1994-2000(19),(oprac. własne). 27
7. Zgony matek w Polsce w latach 1994-2000(na 100 tys. żywych urodzeń), w zależności od sposobu ukończenia ciąży(19), (oprac. własne). 27
8. Porównanie zgonów matek w porodach drogą pochwową i cięciach cesarskich w latach 1994-2000(19), (oprac. własne) 28

INNE ZAŁĄCZNIKI



Sekcja Psychosomatyczna Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
072Z
Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa w Tychach
Śląskiej Akademii Medycznej

CERTYFIKAT



Anna Ketner

uczestniczył(a) w X Ogólnopolskim Sympozjum Naukowo-Szkoleniowym

"Cięcie cesarskie, czy poród siłami natury?"

Wiśła, 27-28 października 2006 r.

10 pkt. edukacyjnych

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopiętnienia obowiązków doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 06.10.2004 r. zał. nr 3.

Przewodniczący
Sekcji Psychosomatycznej PTG
Komitetu Naukowego i Organizacyjnego Sympozjum

Prof. zw. dr hab. n. med. Ryszard Poręba

