

Cięcie cesarskie w pytaniach i odpowiedziach

Zgodnie z Rekomendacją Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wyróżniamy następujące wskazania do cięcia cesarskiego:

- **Wskazania planowe** – m.in. nieprawidłowe położenie płodu, niewspółmierność płodowo-miednicza, cienka blizna macicy. Wskazania poza-położnicze – m.in. kardiologiczne, pulmonologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, neurologiczne, psychiatryczne.
- **Wskazania pilne** – m.in. nieprawidłowe ułożenie główki, nieprawidłowe położenie płodu przy trwającej czynności skurczowej, dystocja szyjkowa (zaburzenia rozwierania się szyjki macicy), ciężki stan przedrzucawkowy (nadciśnienie i białkomocz po 20 tyg. ciąży).
- Wskazania naglące – m.in. powtarzające się epizody bradykardii (zbyt wolnej czynności serca płodu).
- Wskazania nagłe – m.in. wypadnięcie pępowiny, podejrzenie krwotoku wewnętrznego spowodowanego pęknięciem macicy, przedwczesne oddzielenie łożyska, rzucawka.

Prosimy pamiętać, że w każdym przypadku decyzję o wykonaniu cięcia cesarskiego podejmuje lekarz położnik.

Pacjentka posiadająca kwalifikację do cięcia cesarskiego od swojego lekarza prowadzącego zgłasza się do lekarza specjalisty położnika-ginekologa w Przychodni Przyszpitalnej.

W trakcie wizyty lekarz zbiera wywiad, weryfikuje wskazania do cięcia cesarskiego, omawia przebieg procedury, wypełnia druk kwalifikacji do cięcia cesarskiego.

W przypadku wskazań – wcześniej nieujawnionych – położniczych kwalifikacje do cięć cesarskich odbywają się w trybie pilnym.

Telefon do Przychodni Specjalistycznej św. Zofii
/22/ 25 59 900

Kwalifikacja anestezjologiczna

Przed przyjęciem do szpitala, pacjentka musi przejść kwalifikację anestezjologiczną w Przychodni.

W tym celu należy niezwłocznie po kwalifikacji położniczej, umówić się na konsultację z lekarzem anestezjologiem, pod numerem telefonu 22 25 59 900.

Aby zaplanowana operacja cięcia cesarskiego przebiegała bez powikłań prosimy, aby Pani odpowiednio się do niej przygotowała już w domu. Sposób przygotowania zamieściliśmy w tej zakładce

Przyjęcie do planowanego cesarskiego cięcia

Operacja ta polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej po nacięciu brzucha nad spojeniem łonowym lub podłużnie między spojeniem łonowym a pępkiem, z następowym nacięciem mięśnia macicy i wydobywaniem płodu (płodów) oraz łożyska. W dalszym etapie operacji następuje zeszywanie mięśnia macicy oraz powłok brzucha*

* Rekomendacje PTG

Możliwe powikłania związane z tą operacją to między innymi:

- ogólne: reakcje alergiczne, krwotok śródoperacyjny, blizny, zaburzenia oddychania, zatrzymanie krążenia, zgon,
- krwotok wymagający podwiązania tętnic macicznych, tętnic biodrowych wewnętrznych lub wycięcia macicy,
- wtórne krwawienie lub krwiaki wymagające przetoczenia krwi i / lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej),
- śródoperacyjne uszkodzenie pęcherza moczowego lub moczowodu,
- śródoperacyjne uszkodzenie jelit,
- niedrożność pooperacyjna jelit,
- powstanie przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo – macicznej),
- powikłania zakrzepowo – zatorowe (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy),
- zapalenie otrzewnej,
- zakażenie rany pooperacyjnej,
- nieprawidłowe gojenie rany pooperacyjnej,
- zapalenie pęcherza moczowego,
- zakażenie uogólnione,
- powstanie urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu,
- nieoptymalny przebieg wczesnego okresu adaptacyjnego noworodka.

Planowe cięcie cesarskie

Zgodnie z zapisami Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w Szpitalu Specjalistycznym św. Zofii istnieje możliwość obecności wskazanej przez Pacjentkę osoby bliskiej podczas świadczenia medycznego jakim jest **planowane cięcie cesarskie** wykonywane w dni powszednie w godzinach porannych.

Drugi rodzic może kangurować dziecko po planowym cięciu cesarskim.

Nieplanowe cięcie cesarskie

Ze względu na bezpieczeństwo Mamy i Dziecka oraz ze względów organizacyjnych nie ma możliwości uczestniczenia osoby bliskiej w

operacjach wykonywanych w trybie pilnym, nagłym lub nagłym, ale wiemy, jak ważne jest kangurowanie dziecka po cięciu cesarskim. Dlatego wychodząc naprzeciw Waszym oczekiwaniom, zachęcamy gorąco drugiego rodzica do kangurowania noworodka, urodzonego drogą cięcia cesarskiego.

Kangurowanie przez drugiego rodzica jest możliwe zarówno po planowym, jak i pilnym cięciu cesarskim, jeśli oczywiście kondycja maluszka i sytuacja w Bloku Operacyjnym na to pozwala.

Zachęcamy do zapoznania się z propozycją ćwiczeń przygotowaną przez nasz zespół fizjoterapeutów uroginekologicznych [ĆWICZENIA](#)

Zapraszamy do zapoznania się z materiałami o cesarskim cięciu, w tym pielęgnacji blizny na naszym [BLOGU](#)

Poród po przebytych cięciu cesarskim może być bezpieczny, gdy istnieją dogodne warunki ze strony rodzącej i płodu, a zespół prowadzący poród jest przygotowany do ciągłego monitorowania porodu i szybkiego wykonania cięcia cesarskiego w przypadku pojawienia się objawów zagrożenia podczas porodu. Dodatkowo:

- U kobiety z przebytych więcej niż jednym cięciem cesarskim można podejmować próbę porodu drogą pochwową.
- Ciąża wielopłodowa nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania do porodu drogami rodnymi po cięciu cesarskim.
- Cukrzyca nie jest przeciwwskazaniem do podjęcia próby porodu drogami rodnymi u kobiet po przebytych cięciu cesarskim.
- Podejrzenie makrosomii płodu nie stanowi przeciwwskazania do porodu drogami rodnymi u kobiet po przebytych cięciu cesarskim, jednak należy rozważyć rozwiązanie przez cięcie cesarskie.
- Kobiety rodzące w okresie 12-18 miesięcy po przebytych cięciu cesarskim powinny być poinformowane o zwiększonym ryzyku pęknięcia macicy podczas porodu.
- Poród po 40. tygodniu ciąży nie stanowi przeciwwskazania do podjęcia próby porodu drogami rodnymi u kobiet po przebytych cięciu cesarskim.*

*Rekomendacje PTG

Bardzo istotne jest właściwe przygotowanie Pacjentki do bezpiecznego znieczulenia.

Dlatego też, wszystkie Pacjentki zakwalifikowane przez lekarza położnika do cięcia cesarskiego w Szpitalu św. Zofii powinny kwalifikację anestezjologiczną w Przychodni.

W tym celu należy niezwłocznie po kwalifikacji położniczej, umówić się na konsultacje z lekarzem anestezjologiem, pod numerem telefonu 22 25 59 900 . Konsultacja ma kilka podstawowych funkcji:

- ocena stanu zdrowia Pacjentki, ewentualne zlecenie dalszych badań, konsultacji lub modyfikacja dotychczasowego leczenia
- decyzja o sposobie znieczulenia do planowego cięcia cesarskiego na podstawie zebranych informacji
- udzielenie szczegółowych informacji dotyczących znieczulenia i postępowania w okresie pooperacyjnym, w tym również leczenia bólu
- odpowiedź na wszelkie pytania i wątpliwości Pacjentki związane ze znieczuleniem
- podpisanie świadomej zgody na znieczulenie, niezbędnej do przeprowadzenia zabiegu.

Na wizytę prosimy przyjść z możliwie pełną dokumentacją medyczną dotyczącą chorób współistniejących oraz przebytych, z kartami wypisowymi, listą przyjmowanych leków, wynikami badań dodatkowych w tym RTG lub MRI kręgosłupa (jeżeli były wykonywane), a także kartą przebiegu ciąży.

Bardzo rzadko, w sytuacji wysokiego ryzyka powikłań w okresie pooperacyjnym (ze względu na choroby występujące u Pacjentki) lub konieczność nadzoru specjalistycznego np. kardiologicznego, lekarz anestezjolog może zdecydować o wykonaniu cięcia cesarskiego w szpitalu wieloprofilowym. Taki szpital zapewnia dostęp do wielu oddziałów i lekarzy różnych specjalności a najważniejszą kwestią jest przecież bezpieczeństwo Matki i Dziecka.

Znieczulenie regionalne

Znieczulenie regionalne polega na podaniu w okolice nerwów leków miejscowo znieczulających, które czasowo blokują przewodnictwo nerwowe co powoduje zniesienie czucia bólu i unieruchomienie znieczulonego obszaru- w przypadku cięcia cesarskiego to przestrzeń od łuku żeber do stóp.

Znieczulenie regionalne pozwala na zachowanie pełnej świadomości. Wykonanie znieczulenia jest praktycznie bezbolesne, warunkiem sukcesu jest współpraca Pacjentki z zespołem anestezjologicznym.

Do cięcia cesarskiego wykorzystywane są następujące typy znieczuleń regionalnych:

a) znieczulenie podpajęczynówkowe

Znieczulenie podpajęczynówkowe – jest stosowane najczęściej. Może być wykorzystane zarówno do cięcia cesarskiego planowego jak i do nagłego. Rdzeń kręgowy i nerwy rdzeniowe odpowiadające za sygnały ruchowe oraz przekazujące wrażenia czuciowe z dolnej połowy ciała są otoczone płynem i znajdują się w specjalnym kanale w kręgosłupie. Do tego płynu wstrzykuje się małą dawkę środka znieczulającego za pomocą bardzo cienkiej igły.

Ten rodzaj znieczulenia działa szybko, powodując utratę czucia i blokuje możliwości poruszania nogami przez kilka godzin (zwykle czucie i możliwość poruszania nogami wraca po ok. 2-4 godz.). Istotne jest, że ten rodzaj znieczulenia nie zaburza świadomości. Pacjentka jest w pełni przytomna i uczestniczy w narodzinach dziecka. Zachowanie świadomości to nie tylko możliwość uczestnictwa w narodzinach swojego dziecka mimo porodu operacyjnego, ale też możliwość przeżywania porodu z osobą towarzyszącą (planowe cięcie cesarskie). Z tą metodą znieczulenia wiążą się doznania, związane z przeprowadzaną operacją, w postaci czucia dotyku, pociągania i ucisku.

Po znieczuleniu podpajęczynówkowym obowiązuje zakaz pionizacji (nie wolno wstawać ani siadać) przez 6 godzin.

b) znieczulenie zewnątrzoponowe

Znieczulenie zewnątrzoponowe – stosowane rzadko przy cięciu cesarskim. Polega na podaniu środka znieczulającego do przestrzeni zewnątrzoponowej (przestrzeń w obrębie kanału kręgowego w pobliżu nerwów odpowiadających za przekazywanie bólu w dolnej połowie ciała). Najczęściej ten sposób znieczulenia wykorzystywany jest u PacjenteK, u których w czasie porodu stosowano ciągłą analgezję zewnątrzoponową (znieczulenie zewnątrzoponowe), a zaistniała konieczność zakończenia porodu drogą cięcia cesarskiego.

W tej metodzie trzeba dysponować minimum 15 minutami czasu od podania odpowiedniej dawki leku (ilość leku, która umożliwi przeprowadzenie operacji cięcia cesarskiego) do momentu pojawienia się pełnego efektu znieczulenia.

Znieczulenie to gwarantuje bezbolesność, nie zaburza świadomości, natomiast doznania czuciowe w postaci dotyku, pociągania i ucisku mogą

być dość intensywne.

Zalety znieczulenia regionalnego

- jest bezpieczniejsze niż znieczulenie ogólne zarówno dla Matki jak i Dziecka
- małe ryzyko powikłań znieczulenia dla Matki
- Dziecko urodzi się mniej śpiące z niezaburzonym potencjałem do szybkiej adaptacji po porodzie
- niezaburzona świadomość Matki i możliwość przeżywania narodzin Dziecka
- możliwość uczestniczenia w porodzie Osoby Towarzyszącej, gdy ciecie odbywa się w trybie planowym
- mniejsze zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe po cieciu cesarskim
- możliwość przytulenia i przystawienia do piersi bezpośrednio po operacji

Wady znieczulenia regionalnego

Wady znieczulenia regionalnego:

- może obniżyć ciśnienie krwi, jest to jednak łatwe w leczeniu i anestezjolog może szybko podać odpowiednie leki niwelujące ten efekt
- dreszcze

bardzo rzadko występujące powikłania:

- może się zdarzyć, że znieczulenie regionalne nie działa w pełni i wystąpi potrzeba zastosowania znieczulenia ogólnego
- przemijające powikłania neurologiczne w zakresie czucia np. mrowienie w jednej nodze utrzymujące się do kilku tygodni
- swędzenie skóry w czasie i po zabiegu, zwykle łatwe w leczeniu
- zespół popunkcyjny - ból głowy nasilający się przy pionizacji
- miejscowa tkliwość pleców w okolicy gdzie wykonano znieczulenie, zwykle trwa kilka dni i ma niewielkie nasilenie.

UWAGA! Znieczulenie podpajęczynówkowe i zewnątrzoponowe nie powoduje przewlekłych bólów pleców!!!

Niestety, bóle pleców zdarzają się bardzo często po porodzie, szczególnie u kobiet, które miały podobne problemy przed zajściem w

ciążę lub podczas jej trwania. Znieczulenie regionalne, zarówno podpajęczynówkowe jak i zewnątrzoponowe, nie powoduje zwiększenia nasilenia przewlekłych bólów kręgosłupa.

Znieczulenie ogólne złożone

Znieczulenie ogólne złożone, potocznie narkoza oznacza całkowitą i odwracalną utratę świadomości spowodowaną podaniem dożylnych i wziewnych leków anestezjologicznych. Wywołuje sen, bezbolesność, niepamięć, zahamowanie odruchów rdzeniowych co umożliwia bezbolesne przeprowadzenie operacji. Ta technika znieczulenia w położnictwie jest wykorzystywana tylko w wyjątkowych sytuacjach: w niektórych bardzo nagłych przypadkach lub jeśli są przeciwwskazania do znieczulenia regionalnego (np. zaburzenia krzepnięcia krwi, leczenie przeciwzakrzepowe rozległe zmiany chorobowe kręgosłupa, niektóre schorzenia neurologiczne).

Znieczulenie ogólne do cięcia cesarskiego obarczone jest dużym ryzykiem powikłań wynikających z zachodzących w ciąży fizjologicznych zmian adaptacyjnych w organizmie Matki. Do powikłań tych zaliczamy: zachłyśnięcie treścią żołądkową, trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych (ryzyko niedotlenienia), śródoperacyjne przebudzenia. Wszystkie leki stosowane w znieczuleniu ogólnym przechodzą przez łożysko, w związku z tym dziecko rodzi się pod ich wpływem, co ogranicza jego potencjał do szybkiej adaptacji w nowym środowisku, wyklucza także obecność osoby towarzyszącej podczas operacji.

Ważne: Bazując na Pani dokumentacji medycznej oraz przeprowadzonym wywiadzie, lekarz anestezjolog podejmie decyzję, jak forma znieczulenia operacji będzie w Pani przypadku optymalna. W sytuacji nagłego cięcia cesarskiego sposób znieczulenia zależny jest od sytuacji położniczej, chorób współistniejących oraz leków przyjmowanych przez Pacjentkę.

Po zakończonej operacji Pacjentka z dzieckiem zostaje przekazana do sali pooperacyjnej bloku operacyjnego, gdzie w sposób ciągły są monitorowane parametry życiowe Mamy oraz Dziecka, oceniany stan położniczy i stopień nasilenia bólu oraz prowadzone adekwatne leczenie przeciwbólowe. Pacjentki są objęte opieką konsultantki laktacyjnej. Czas pobytu w sali pooperacyjnej zależny jest od przebiegu okresu pooperacyjnego, minimalnie to 4 godziny.

