

## Joanna Strzerzyńska, Beata Szyber, Grażyna Bączek

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

# Uwarunkowania porodu drogami natury po przebytych cięciach cesarskich

## Conditions of vaginal birth after cesarean

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** W ostatnich latach obserwuje się wzrost odsetka operacyjnego ukończenia ciąży przez cięcie cesarskie. Poród drogami natury po przebytych cięciach cesarskich daje kobietom możliwość urodzenia dziecka naturalnie.

**Cel pracy.** Celem pracy było przedstawienie i ocena praktyki w postępowaniu z rodzącą po przebytych cięciach cesarskich oraz ocena uwarunkowań okołoporodowych wpływających na sposób ukończenia ciąży po przebytych wcześniej cięciach cesarskich.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 141 pacjentek, które rodziły w jednym z warszawskich szpitali. Dane pozyskano za pomocą kwestionariusza zbierania danych z dokumentacji medycznej.

**Wyniki.** U badanych po przebytych cięciach cesarskich w wywiadzie ponownie zakończono poród operacyjnie u 61,7%, a drogą pochwową u 38,3% kobiet. W 13% przypadków zaszła potrzeba zastosowania próżniociągu położniczego z powodu zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej. Z innych zabiegów wykonano u 16 kobiet instrumentalną kontrolę jamy macicy oraz jednorazowe ręczne wydobycie łożyska i zabieg Credego. W jednym przypadku stwierdzono rozejście się blizny po poprzednim cięciu cesarskim. W 73,6% cięć cesarskich wykonano ze wskazań planowych, w 17,2% ze wskazań nagłych oraz w 9,2% ze wskazań nagłych.

**Wnioski.** Próba porodu pochwowego częściej kończy się powodzeniem u kobiet, które wcześniej przebyły oprócz cięcia cesarskiego poród drogami natury. Decyzja o dokonaniu próby porodu drogami natury zależy od indywidualnej oceny ryzyka i korzyści dla pacjentki.

**Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (2): 221–227**

**Słowa kluczowe:** poród po cięciu cesarskim, poród pochwoy, cięcie cesarskie

### ABSTRACT

**Introduction.** In the last years there has been an increase in the operating rate of pregnancy by cesarean section. Vaginal birth after cesarean gives women the possibility of having a baby naturally.

**Aim of the study.** The aim of this study is to present and evaluate practice of dealing with parturition after cesarean and evaluation of perinatal conditions affecting the completion of a pregnancy with a history of previous cesarean section.

**Material and methods.** The study included 141 patients who gave a birth in one of the Warsaw hospital. Data were obtained by using a questionnaire based on medical documentation.

**Results.** In the group of studied women, who in the past had a cesarean section, 61,7% gave next birth by cesarean section and 38,3% by delivering vaginally. In 13% of the cases there was a need to vacuum extraction due to there was the risk of intrauterine asphyxia. In the other 16 cases were performed instrumental control procedures of the uterus and manual removal of the placenta and Credego treatment. Other studied women had scar rupture after previous cesarean section. 73.6% of cesarean section was performed by elective indications, 17.2% by urgent indications and 9.2% by indications of emergency.

**Conclusions.** Trial of labor is successful more often for women who had previously both a caesarean section and vaginal delivery. The decision to trial of vaginal delivery depends on the individual assessment of risks and benefits for patients.

**Nursing Topics 2013; 21 (2): 221–227**

**Key words:** vaginal birth after cesarean, vaginal delivery, cesarean section

**Adres do korespondencji:** lic. Joanna Strzerzyńska, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 81, 02-091 Warszawa, tel.: 668 41 42 42, e-mail: asia.strzerzynska@op.pl

## Wstęp

W ostatnich latach obserwuje się wzrost odsetka operacyjnego ukończenia ciąży przez cięcie cesarskie. Według definicji, cięcie cesarskie to operacyjne wydobywanie płodu i popłodu poprzez nacięte powłoki brzuszne oraz przednią ścianę jamy macicy. Jego celem jest ratowanie życia płodu, gdy zagrożony jest jego dobrostan, a także życia matki. Poród operacyjny powinien być wykonywany w sposób gwarantujący szybkie ukończenie ciąży oraz być całkowicie bezpieczny dla matki i dziecka [1]. Poród drogami natury po przebytych cięciach cesarskich (VBAC, vaginal birth after cesarean) daje kobietom możliwość urodzenia dziecka naturalnie. Ze względu na duży przyrost cięć cesarskich, wielu lekarzy położników decyduje się na dokonanie próby porodu drogami natury po przebytych cięciach cesarskich (TOL, trial of labor). Poród taki jest możliwy wtedy, gdy są spełnione odpowiednie warunki ze strony matki i dziecka oraz jest możliwe stałe monitorowanie postępującego porodu i w przypadku pojawienia się powikłań, szybkiego wykonania cięcia cesarskiego [2].

Przebyte u kobiet cięcie cesarskie nie jest wskazaniem do kolejnego operacyjnego ukończenia ciąży, jeżeli nie występują inne czynniki ryzyka. Zmiana metody wykonywania cięcia cesarskiego daje dziś możliwość powodzenia porodu drogami i siłami natury. Na konferencji *National Institutes of Health* (NIH) w 2010 roku przeanalizowano bezpieczeństwo i wyniki malejącej liczby podejmowanych prób porodów drogami natury po przebytych cięciach cesarskich oraz wynioskowano, że dokonywanie ich jest "rozsadną opcją dla kobiet po przebytych cięciach cesarskich" [3, 4].

Obecnie dąży się, by powtórne cięcie cesarskie nie było wykonywane rutynowo, lecz jedynie z konkretnych przyczyn [5]. Dlatego większość kobiet, które mają za sobą cięcie cesarskie, powinna być zachęcana do podjęcia próby porodu drogami i siłami natury [4]. Istnieje wiele kryteriów niezbędnych do spełnienia, aby pacjentka mogła być zakwalifikowana do takiego porodu. Głównym warunkiem jest wiedza na temat wskazania do poprzedniego cięcia cesarskiego i czy nie jest ono powtarzalne na przykład nieprawidłowa budowa miednicy kostnej kobiety. Taka sytuacja wyklucza możliwość podjęcia próby porodu drogami natury [4]. Kolejnym jest znajomość sposobu nacięcia macicy w poprzednim cięciu cesarskim. Trzeba także ocenić stan blizny na mięśniu macicy u ciężarnej poprzez badanie podmiotowe oraz badanie palpacyjne dolnego odcinka macicy przez powłoki brzuszne. Niezbędne jest też badanie ultrasonograficzne dolnego odcinka macicy, które pozwoli ocenić grubość blizny oraz jej położenie. Zakłada się, że przy grubości blizny powyżej 3,5 mm ryzyko rozejścia się jej jest stosunkowo niewielkie [2, 4, 6, 7]. Badanie ultrasonograficzne jest także bardzo pomocne do oceny biometrii płodu

oraz szacunkowej masy płodu. Stwierdzona w badaniu makrosomia płodu jest wskazaniem do wykonania cięcia cesarskiego [2, 6, 7].

Decyzję o wykonaniu cięcia cesarskiego podejmuje ginekolog-położnik. Lekarz specjalista, opierając się na swojej wiedzy, doświadczeniu i indywidualnej analizie danego przypadku, wybiera rozwiązanie, które jest korzystne dla zdrowia i życia pacjentki oraz jej dziecka [2]. Trzeba pamiętać, że w każdej sytuacji porodu siłami natury po cięciu cesarskim w wywiadzie musi być zapewniony szybki dostęp sali operacyjnej, neonatologa oraz zespołu anestezjologicznego [2, 4]. W rozmowie z kobietą na temat ustalenia sposobu ukończenia ciąży ważnym jest przedstawienie ryzyka wystąpienia powikłań, a także korzyści, jakie wynikają z cięcia cesarskiego oraz z porodu drogami natury. Gdy przewyższają korzyści porodu pochwowego i zapadnie decyzja obopólna (lekarza i ciężarnej) o takim sposobie porodu, w dokumentacji medycznej powinna być zamieszczona świadoma zgoda pacjentki. Ciężarna musi wiedzieć także, że w każdym momencie porodu drogami natury, gdy zaistnieją ku temu wskazania, ciąża może być rozwiązana przez cięcie cesarskie [2, 4, 8].

Kwalifikacja pacjentki do próby porodu pochwowego po cięciu cesarskim jest trudnym elementem postępowania i należy ją przeprowadzić bardzo dokładnie. Trzeba mieć na uwadze, że jeżeli nie ma wskazań do porodu operacyjnego oraz pacjentka wyraża zgodę, należy podjąć próbę porodu siłami natury. Korzyściami podjęcia próby porodu pochwowego po uprzednio przebytych cięciach cesarskich są między innymi: zmniejszona zachorowalność pooperacyjna matek oraz brak powikłań anestezjologicznych, a także mniejszy odsetek zakażeń ran [3]. W przypadku ukończenia porodu drogami natury nie występuje dyskomfort pooperacyjny, a pacjentka szybciej wraca do zdrowia, co także umożliwia wczesny udział w opiece nad noworodkiem. Po cięciu cesarskim dłuższa jest niedyspozycja matki, a ból pooperacyjny powoduje zmniejszoną możliwość ruchu. Po porodzie operacyjnym obkurczanie się mięśnia macicy jest wolniejsze. Wczesne przystawienie dziecka do piersi przyspiesza ten proces, dzięki czemu zmniejsza się krwawienie z dróg rodnych, więc i ryzyko powstania anemii u matki. Kolejną korzyścią z wczesnego rozpoczęcia karmienia naturalnego jest pierwszy kontakt „ciało do ciała”, podczas którego bardzo ważna jest kolonizacja skóry dziecka z florą bakteryjną matki [9].

Rola położnej w opiece nad pacjentkami, u których jest podejmowana próba porodu drogami natury po przebytych cięciach cesarskich niewiele różni się od tej, którą powinna być zapewniona pacjentkom bez takiego obciążenia. Wzmocniona jest jedynie wnikliwa obserwacja stanu rodzącej i monitorowanie stanu rodzącego się dziecka [10].

## Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie i ocena praktyki w postępowaniu z rodzącą po przebytych cięciach cesarskich oraz ocena uwarunkowań okołoporodowych wpływających na sposób ukończenia ciąży po przebytych wcześniej cięciach cesarskich.

## Materiał i metody

Badaniem objęto 141 pacjentek spośród 1096, które rodziły w jednym z warszawskich szpitali w okresie od 26 stycznia do 31 maja 2010 roku. Praca składa się z zestawienia danych pozyskanych za pomocą autorskiego kwestionariusza zbierania danych z dokumentacji medycznej. Wykorzystana dokumentacja obejmowała Książkę Porodową z 2010 roku oraz historię chorób wybranych pacjentek.

Z dokumentacji medycznej uzyskano dane dotyczące wieku pacjentek, w którym tygodniu ciąży oraz w jaki sposób ukończono aktualną ciążę. Zanalizowany został także przebieg porodu, uwzględniając jego czas trwania, stosowanie zabiegów położniczych oraz sposobów stymulacji czynności skurczowej, powikłania śródporodowe i poporodowe oraz okołoporodową utratę krwi. Ważnym składowym badania było także, z jakiej przyczyny wykonano cięcie cesarskie.

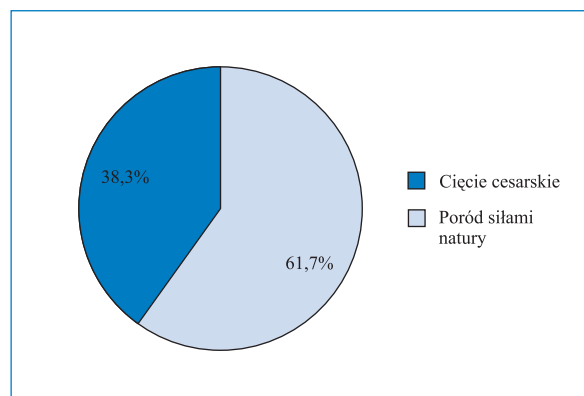
Dane opracowano przy użyciu metod obliczeniowych programu Microsoft Office Excel 2007.

## Wyniki

Wyodrębnioną grupą były kobiety w wieku 22–41 lat, u których co najmniej jeden poród w wywiadzie zakończył się cięciem cesarskim. Poród po przebytych cięciach cesarskich w najliczniejszej grupie 113 pacjentek odbył się między 37. a 40. tygodniem ciąży, po terminie porodu urodziło 6 kobiet, a pozostałe 22 urodziły przedwcześnie. U badanych ciężarnych po przebytych cięciach cesarskich w wywiadzie ponownie zakończono poród operacyjnie u 87 (61,7%), a drogą pochwową u 54 (38,3%) kobiet (ryc. 1).

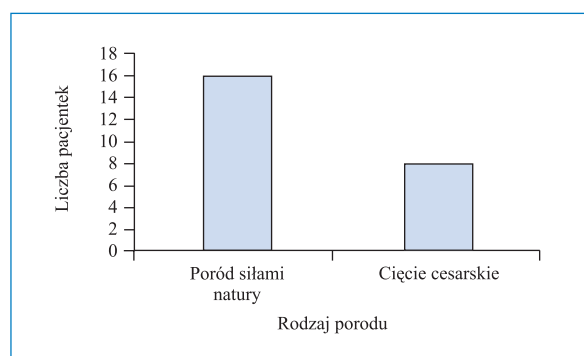
Średni czas, jaki upłynął od poprzedniego cięcia cesarskiego, u wszystkich badanych wynosił 48 miesięcy. Spośród nich, u 4 pacjentek czas ten był krótszy lub równy 1 rok. Z tej grupy u 3 pacjentek wykonano cięcie cesarskie, a jedna urodziła siłami natury.

Choroby współistniejące z ciążą pojawiły się u 49 pacjentek (35% badanych). Najczęstszą chorobą była cukrzyca ciężarnych, która wystąpiła u 26 pacjentek (u 15 — cukrzyca ciężarnych typu 1, a u 11 — typu 2). Rzadziej wystąpiły: cukrzyca rozpoznana przed ciążą, przewlekłe nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie tętnicze ciążowe oraz inne niemające wpływu na przebieg ciąży. Spośród 29 pacjentek chorujących na cukrzycę u 6 wykonano cięcie cesarskie ze wskazań elektrywnych (planowych) z powodu szacowanej dużej masy pło-



Rycina 1. Podział grupy badanej ze względu na sposób ukończenia aktualnej ciąży

Figure 1. Division of the test group due to the way of completion actual pregnancy



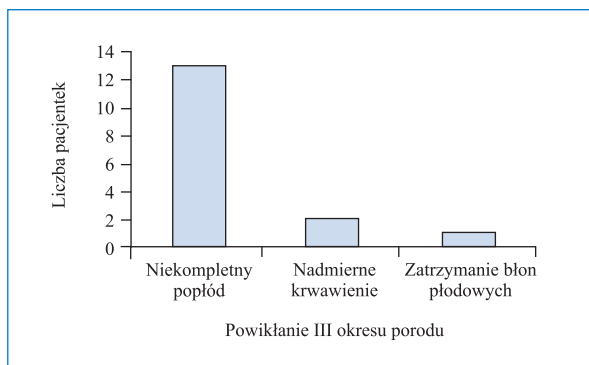
Rycina 2. Podział pacjentek stymulowanych oksytocyną ze względu na sposób ukończenia ciąży

Figure 2. Distribution of patients that were stimulated by oxytocin due to the kind of the delivery

du. Wśród 3 pacjentek chorujących na nadciśnienie tętnicze ciążowe 2 ukończyły ciążę drogą pochwową, a jedna przez cięcie cesarskie ze wskazań nagłych z powodu przedwcześnie odklejonego łożyska. Spośród pacjentek, u których występowało przewlekłe nadciśnienie tętnicze, u 4 ukończono ciążę operacyjnie, a 2 urodziły drogami i siłami natury.

U 24 kobiet (17% wszystkich badanych) zastosowano stymulację porodu wlewem z oksytocyną. U 16 z nich poród ukończono drogą pochwową, natomiast w 8 przypadkach zaistniała konieczność wykonania cięcia cesarskiego: ze wskazań nagłych — 5 i nagłych — 3 (ryc. 2).

Z grupy 54 pacjentek, które ukończyły poród drogą pochwową tylko u 4 (7%) nie wykonano żadnych zabiegów położniczych. Nacięcie krocza wykonano u 50 pacjentek (93% badanych, które urodziły drogami natury). W 7 (13%) przypadkach zaszła potrzeba zastosowania próżniociągu położniczego



**Rycina 3.** Powikłania wymagające instrumentalnej kontroli jamy macicy u pacjentek rodzących siłami natury

**Figure 3.** Complications in patients who have given birth naturally who needed instrumental control of the uterine cavity

z powodu zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej. Z innych zabiegów położniczych wykonano instrumentalną kontrolę jamy macicy oraz jednorazowo ręczne wydobywanie łożyska i zabieg Credego. Konieczne było wykonanie instrumentalnej kontroli jamy macicy po porodzie u 16 (30%) kobiet: w 13 przypadkach z powodu niekompletnego popłodu, w 2 — ze względu na nadmierne krwawienie w IV okresie porodu oraz jednorazowo za przyczyną zatrzymania błon płodowych (ryc. 3).

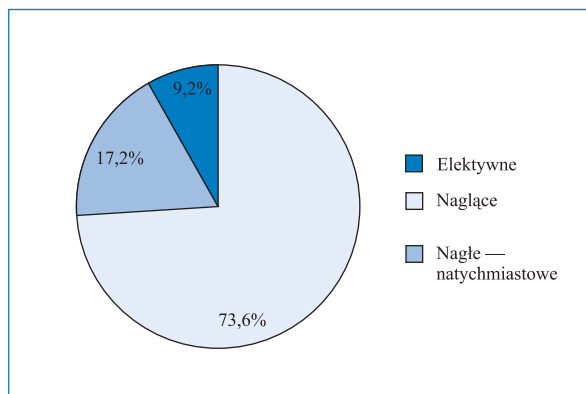
U wszystkich pacjentek po porodzie drogami natury skontrolowano ręcznie dolny odcinek macicy. Tylko w jednym przypadku stwierdzono rozejście się blizny po poprzednim cięciu cesarskim, które pozostawiono do samoistnego zagojenia się.

W 64 przypadkach (73,6%) cięcie cesarskie wykonano ze wskazań elektywnych (planowych), w 15 (17,2%) ze wskazań naglących oraz w 8 (9,2%) ze wskazań nagłych—natychmiastowych (ryc. 4).

Najczęstszym wskazaniem elektywnym, z powodu którego wykonano cięcie cesarskie u 13 (20%) była niewspółmierność płodowo-miednicza. Innymi wśród wskazań planowych były: stan po cięciach cesarskich w wywiadzie, nieprawidłowe położenie płodu, wskazania pozapolożnicze ortopedyczne, nieprawidłowa budowa miednicy, obciążony wywiad położniczy, łożysko centralnie przodujące i inne.

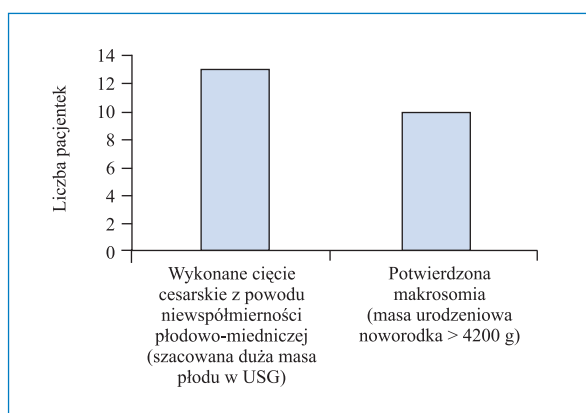
Wśród pacjentek, u których wykonano cięcie cesarskie planowe z powodu szacowanej dużej masy płodu w USG i podejrzenia niewspółmierności płodowo-miedniczej, wskazanie to potwierdziło się w 10 przypadkach (76,9%) (ryc. 5).

U 14 pacjentek poród operacyjny wykonano ze wskazań naglących z powodu wystąpienia nieprawidłowości w zapisie kardiokograficznym i związanej z tym zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej, a u jednej pacjentki — z powodu nieprawidłowości



**Rycina 4.** Podział porodów operacyjnych ze względu na wskazania

**Figure 4.** Division operating births due to the indication



**Rycina 5.** Potwierdzenie makrosomii płodu po wykonaniu cięć cesarskich z powodu dużej masy płodu i podejrzenia niewspółmierności płodowo-miedniczej

**Figure 5.** Confirmation of fetal macrosomia after cesarean section due to the large weight of the fetus and suspected fetal-pelvic disproportion

w zapisie kardiokograficznym przy braku postępu porodu. Cięcie cesarskie ze wskazań nagłych—natychmiastowych z powodu podejrzenia rozejścia się blizny po poprzednim cięciu cesarskim wykonano u 4 pacjentek, przy przedwczesnym oddzieleniu łożyska u 3, natomiast jednokrotnie z powodu wypadnięcia pępowiny.

W tabelach przedstawiono szczegółowo czas trwania poszczególnych etapów porodu drogą pochwową u pierworódek (tab. 1) oraz wieloródek (tab. 2). Średnio u wszystkich pacjentek I okres trwał 5 godzin 47 minut, II — 38 minut, a III — 11 minut. Tylko u jednej pacjentki II okres porodu trwał dłużej niż 2 godziny. Natomiast najdłuższy czas oczekiwania na urodzenie popłodu po porodach pochwowych wynosił 40 minut

**Tabela 1.** Czas trwania poszczególnych okresów porodu u badanych pacjentek — pierworódki**Table 1.** Duration of each period labor — primipara

Okres porodu	I	II	III
Średni czas trwania okresu porodu	331 min/5 h 31 min	42 min	11 min
Minimalny czas trwania okresu porodu	90 min/1 h 30 min	4 min	5 min
Maksymalny czas trwania okresu porodu	1010 min/16 h 50 min	135 min/ 2 h 15 min	40 min
Mediana	300	30	10
Odchylenie standardowe	183,31	34,71	5,82

**Tabela 2.** Czas trwania poszczególnych okresów porodu u badanych pacjentek — wieloródki**Table 2.** Duration of each period labor — multipara

Okres porodu	I	II	III
Średni czas trwania okresu porodu	389 min/6 h 29 min	27 min	11 min
Minimalny czas trwania okresu porodu	115 min/1 h 55 min	5 min	5 min
Maksymalny czas trwania okresu porodu	830 min/13 h 50 min	114 min/1 h 54 min	30 min
Mediana	250	15,5	10
Odchylenie standardowe	268,21	28,26	6,04

i w tym przypadku przystąpiono do zabiegu ręcznego wydobycia łożyska oraz ręcznej i instrumentalnej kontroli jamy macicy po porodzie.

### Dyskusja

Na przestrzeni ostatnich lat liczba porodów drogą cięcia cesarskiego ma tendencję wzrostową. Uważa się, że jest to jedna z najczęstszych operacji, które wykonuje się u kobiet [1]. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, by porody tą drogą kończyły się w 5–15%. Jednak w Polsce odsetek cięć cesarskich oscyluje pomiędzy 20% a 40% i jest uzależniony od stopnia referencyjności placówki położniczej [1, 6, 9, 11].

Odsetek korzystnego ukończenia porodu siłami i drogami natury po przebytym cięciu cesarskim w większości ośrodków waha się 50–85% [6, 12]. W badaniach przeprowadzonych na potrzeby tej pracy odsetek ten wyniósł 38,3%. Jest on niższy ze względu na specyfikę ośrodka, gdzie prowadzono badania. Natomiast próba porodu po przebytym cięciu cesarskim powiodła się u 70% pacjentek. Placówka należy do III poziomu referencyjności i obejmuje opieką przede wszystkim pacjentki z ciążami powikłanymi i wysokiego ryzyka oraz noworodki z najcięższymi patologiami

[11]. Ponadto licznej grupie hospitalizowanych dotyczą choroby współistniejące z ciążą.

U badanych pacjentek występuje wiele chorób, lecz najczęstszą i potencjalnie najbardziej wnikającą poród jest cukrzyca. Według Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego ryzyko wystąpienia powikłań u kobiet i dzieci jest wysokie, dlatego ciąża tych kobiet powinna być prowadzona w ośrodku III stopnia referencyjności. Głównym zaburzeniem w tej jednostce chorobowej jest nadmierna masa płodu lub makrosomia, które mogą prowadzić do dystocji barkowej, innych urazów okołoporodowych, a także do powikłań u kobiet [13]. Cukrzyca ciężarnych oraz cukrzyca występująca przed ciążą nie są wskazaniem do operacyjnego ukończenia ciąży u kobiet po przebytym cięciu cesarskim [2, 7, 12]. Jedyne wskazaniem do cięcia cesarskiego jest ponadnormatywna masa płodu, oceniona w okołoporodowym badaniu ultrasonograficznym [13]. W przeprowadzonych badaniach z tego powodu cięcie cesarskie wykonano u 20% kobiet chorujących na cukrzycę.

Część autorów wykazuje, że stosowanie oksytocyny u pacjentek po przebytym cięciu cesarskim jest bezpieczne i nie zwiększa ryzyka pęknięcia macicy, spowodowanego wpływem tego leku na mięsień [4,



6, 8, 12]. Wskazaniem do podłączenia wlewu z oksytocyną jest brak postępu porodu lub nieobecność czynności skurczowej mięśnia macicy po 6 godzinach od odpłynięcia płynu owodniowego [6]. Lek należy podawać ostrożnie i w ściśle określonych dawkach, przy jednoczesnym monitorowaniu kardiograficznym, badaniu palpacyjnym napięcia macicy oraz ocenie postępu porodu [2, 4, 6]. Jednak duża grupa specjalistów uważa, że stosowanie oksytocyny u pacjentek po cięciu cesarskim powinno być wyłącznie w celu stymulacji czynności skurczowej, a nie do wzniesienia porodu, gdyż właśnie wtedy znacząco rośnie liczba wykonywanych cięć cesarskich [8, 12]. W badaniach przeprowadzonych wśród pacjentek, u których wykonano cięcie cesarskie ze względu na podejrzenie rozejścia się blizny, tylko u jednej zastosowano stymulację oksytocyną. Wyniki badań pokazują, że podawanie leków naskurczowych wiąże się z większym odczuwaniem bólu przez rodzące oraz częstszym występowaniem nadmiernej stymulacji mięśnia macicy. Odnotowano także sytuacje, w których zaraz po porodzie konieczne było przeniesienie dzieci na oddział obserwacyjny, co było przeszkodą do pierwszego kontaktu „ciało do ciała” z matką. Kolejnym następstwem stosowania oksytocyny, które wiąże się z dodatkowym bólem, jest podawanie znieczulenia zewnątrzoponowego. Działanie to pociąga też za sobą wzrost częstości porodów zabiegowych oraz cięć cesarskich, co wynika z braku współpracy z rodzącą, spowodowanego słabym odczuwaniem parcia [14].

Poród drogami natury po przebyciu cięciu cesarskim jest możliwy i może być bezpieczny dla matki i dziecka. Żeby tak było, należy wdrożyć odpowiednie postępowanie, które pozwoli na jak najszybszą w przypadku pojawienia się ewentualnych powikłań. U takiej pacjentki, konieczne jest ciągłe elektroniczne monitorowanie zapisu kardiograficznego, które umożliwi ocenę dobrostanu płodu oraz stanu kurczącego się mięśnia macicy [2]. Jednym z najpoważniejszych powikłań porodu może być pęknięcie macicy. W badaniach na potrzeby tej pracy nie wystąpiło takie powikłanie. W analizach innych autorów odsetek takiego powikłania nie przekroczył 1,5% badanych, a w sytuacji wykrycia go, podjęto natychmiastową interwencję [4, 6, 8, 12]. Szybkie rozpoznanie zagrożenia związanego z pęknięciem macicy jest możliwe w przypadku pojawienia się nieprawidłowości w zapisie kardiograficznym, które nie ulegają samoistnej poprawie. Występują wtedy deceleracje zmienne oraz późne, przechodzące w bradykardię płodu, aż do zaniku czynności serca płodu. Rzadziej będzie obserwowane krwawienie z dróg rodnych i stały ból w bliźnie [4, 12]. Znaczna część autorów jest zgodna co do tego, że dla ryzyka pęknięcia macicy ważny jest czas, jaki upłynął od ostatniego cięcia cesarskie-

go. Za bezpieczny okres między porodami, który zmniejsza ryzyko pęknięcia macicy uważa się 18–25 miesięcy [7, 12]. W przeprowadzonych badaniach z czterech pacjentek, które miały ten czas krótszy od zalecanego, tylko jedna urodziła siłami i drogami natury, lecz u pozostałych pęknięcie macicy nie było przyczyną cięcia cesarskiego. Częstym powikłaniem III okresu porodu w przeprowadzonych badaniach było urodzenie niekompletnego płodu, nadmierne krwawienie i zatrzymanie błon płodowych, co wiązało się z wykonaniem instrumentalnej kontroli jamy macicy. Podobny odsetek tego rodzaju powikłań można zauważyć także u innych autorów [12]. Rozejście się macicy w bliźnie, które rozpoznano tylko u jednej pacjentki po porodzie drogami natury nie wymagało interwencji. Są autorzy, którzy uważają, że w takim przypadku należy pacjentkę uważnie obserwować i pozostawić bliźnię do samoistnego zagojenia [6, 12].

Dużą grupą wskazań do operacyjnego ukończenia ciąży stanowią planowe cięcia. Wśród nich najczęściej wykonano z powodu szacowanej dużej masy płodu i podejrzenia niewspółmierności płodowo-miedniczej w badaniu ultrasonograficznym wykonanym okołoporodowo. W przeprowadzonych badaniach wskazanie to potwierdziło się w 10 przypadkach na 13 wykonanych cięć cesarskich z tego powodu. U 11 pacjentek wykonano planowe cięcie cesarskie z powodu przebytych 2 operacyjnych porodów. Według Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z 2008 roku u kobiet, które przeżyły więcej niż jedno cięcie cesarskie można podjąć próbę porodu drogami i siłami natury [2]. W badaniach u 27% kobiet, które były zakwalifikowane do podjęcia próby porodu drogą pochwową po przebyciu cięciu cesarskim, konieczne było ukończenie porodu operacyjnie ze wskazań nagłych i nagłych. Wśród nagłych najczęstszą przyczyną były nieprawidłowości w zapisie kardiograficznym, które mogłyby prowadzić do zamartwicy wewnątrzmacicznej lub współistniejący brak postępu porodu. Natomiast wśród nagłych, największą grupą było podejrzenie rozejścia się blizny macicy po poprzednim cięciu cesarskim. Wśród innych badań można zauważyć, że te wskazania powtarzają się i także są przyczyną odsetka cięć cesarskich u kobiet po przebyciu cięciu cesarskim, niewykonywanych planowo w innych placówkach [5, 6, 12].

Aby przeanalizować czas trwania poszczególnych okresów porodu, trzeba wziąć pod uwagę czy pacjentka jest pierwotką czy wieloródką. Według Troszyńskiego czas trwania pierwszego okresu porodu liczony jest od początku regularnej czynności skurczowej do pełnego rozwarcia części pochwowej szyjki macicy. Zaleca on, by czas ten trwał średnio u pierwotek 12–18 godzin, natomiast u wieloródek 6–12 godzin [15]. W badanym przez autorów artykule materiale

tylko u jednej pacjentki, wieloródki, czas pierwszego okresu przedłużył się o niecałe dwie godziny od maksymalnego zalecanego. Czas trwania drugiego okresu porodu mierzony jest od pełnego rozwarcia części pochwowej szyjki macicy do całkowitego urodzenia się dziecka. Ten okres porodu powinien trwać u pierwiastki do 2 godzin, natomiast u wieloródki do 30 minut [15, 16]. W badaniach obu grup pacjentek czas drugiego okresu porodu był dłuższy od zalecanego. Zdaniem innych autorów w sytuacji, gdy drugi okres porodu przedłuża się oraz jeżeli nie występują wskaźniki zagrożenia dobrostanu matki i dziecka, należy wyczekać na to, by organizm sam był gotowy do parcia [17]. Czas trwania trzeciego okresu porodu mierzony jest od momentu urodzenia się dziecka do urodzenia się popłodu. Zalecany czas oczekiwania na popłód nie powinien przekraczać 30 minut [15, 16]. W badanej grupie pacjentek — pierwiastek w jednym tylko przypadku czas ten przedłużył się o 10 minut, co wynikało z wystąpienia powikłania łożyska przyrośniętego. Według najnowszych standardów postępowania, opublikowanych we wrześniu 2010 roku, czas oczekiwania na popłód nie powinien przekroczyć 1 godziny [18]. W ocenie innych autorów, od czasu trwania poszczególnych okresów podanych w godzinach, ważniejszy jest postęp porodu [15, 16]. Zgodnie ze „Standardami postępowania (...) z zakresu opieki okołoporodowej (...) stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku, za brak postępu w pierwszym okresie porodu uważa się rozwieranie szyjki macicy wolniej niż pół centymetra na godzinę, oceniane w odstępach 4-godzinnych”. Natomiast brak postępu porodu w drugim okresie stwierdza się, gdy „u pierwiastki przez 2 godziny nie następuje zstępowanie części przodującej, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie lub silne parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu” oraz gdy „u wieloródki okres ten trwa dłużej niż 1 godzinę, nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie lub silne parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu” [18].

## Wnioski

1. Próba porodu drogami natury jest rzadziej podejmowana u kobiet po cięciu cesarskim.
2. Wśród najczęściej występujących wskazań śródporodowych pojawia się zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna płodu.
3. Wśród wskazań planowych do kolejnego cięcia cesarskiego, najczęściej występującym jest podejrzenie niewspółmierności płodowo-miedniczej związanej z szacowaną dużą masą płodu.

## Piśmiennictwo

1. Kornacka M., Kufel K. Cięcie cesarskie a stan noworodka. *Ginekologia Polska* 2011; 8: 612–617.
2. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Cięcie cesarskie. *Ginekologia Polska* 2008; 79: 378–384.
3. ACOG Practice Bulletin-Obstetrics. Poród drogą pochwową po przebytym cięciu cesarskim. *Ginekologia po dyplomie* 2011; 13 (1): 71–81.
4. Kostrzewa T., Walczak J., Więckowska K. Poród drogą pochwową po cięciu cesarskim. *Ginekologia Polska* 2010; 4: 287–291.
5. Wiecheć M., Kempf- Haber M., Wolak J., Skamla K., Górniewicz T., Klimek M. Poród drogami natury po przebytym cięciu cesarskim w materiale Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa CMUJ w Krakowie w latach 1997–2002. *Ginekologia Praktyczna* 2003; 11, 3: 5–7.
6. Malinowska- Polubiec A., Knaś M., Smolarczyk R., Czajkowski K. Poród po cięciu cesarskim. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2009; 2, 3: 185–194.
7. Poręba R., Jędrzejko M., Poręba A., Sioma-Markowska U. Wskazania do cięcia cesarskiego. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2008; 1 (1): 11–18.
8. Huras H., Reroń A. Kontrowersje wokół prowadzenia porodu po przebytym cięciu cesarskim. *Ginekologia Praktyczna* 2003; 11 (2): 19–22.
9. Chmielewska D., Szyber B. Karmienie dzieci po cięciu cesarskim. *Położna nauka i praktyka* 2010; 3 (11): 44–50.
10. Opieka nad kobietą w czasie porodu normalnego, <http://www.rodzicpoludku.pl/Wiedza-o-porodzie/Opieka-nad-kobieta-w-czasie-porodu-normalnego.html>; data pobrania: 17.03.2012.
11. Abdel- Aziz A. Ocena funkcjonowania trójstopniowej opieki perinatalnej. *Położna nauka i praktyka* 2011; 1 (13): 12–15.
12. Romejko- Wolniewicz E., Gorsiak A., Zaręba- Szczudlik J., Czajkowski K. Poród po cięciu cesarskim — kiedy należy się obawiać? *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 2007; 43, 4: 21–28.
13. Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego postępowania u kobiet z cukrzycą. *Ginekologia Polska* 2011; 82: 474–479.
14. Bilińska E., Bączek G. Indukcja, stymulacja i aktywne prowadzenie porodu jako przykłady medykacji porodu w praktyce położniczej. *Położna nauka i praktyka* 2012; 1 (17): 8–12.
15. Troszyński M. Położnictwo. Ćwiczenia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 6: 120–122.
16. Pschyrembel W., Dudenhausen J. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 7: 198–199.
17. Baranowska B. Prowadzenie II okresu porodu w świetle badań naukowych, <http://www.rodzicpoludku.pl/Wiedza-o-porodzie/Prowadzenie-II-okresu-porodu-w-swietle-badan-naukowych.html>; data pobrania: 17.03.2012.
18. Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku.