JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Vedení porodu rodiček s anamnézou císařského řezu v předchozí graviditě

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce **2009** **Autor**
MUDr. Miloš Velemínský ml. **Piskorzová Martina**

ABSTRAKT

Mode of delivery in women with a history of Caesarean section

Caesarean section has become an increasingly common method of delivery worldwide. Caesarean section is by the public considered to be a minor surgery terminating pregnancy or delivery. But Caesarean section is a major abdominal surgery that may pose all the risks a serious surgery may be accompanied by in both the operative and postoperative phases. Mothers having delivered by Caesarean section face a longer period of hospitalization and convalescence than women after normal vaginal delivery. Any other delivery puts them at risk. It involves specific childbirth management and the consequent nursing care.

The thesis is focused on childbirth management in women with a history of Caesarean section. Two objectives were stated. The first one was to found out the childbirth management in women with previous Caesarean section. The second one was focused on the women's demand for sterilization during Caesarean section. The objectives were accomplished. To meet the objectives, hypotheses were stated. It was presumed that in women with a history of Caesarean section another pregnancy would be terminated by another Caesarean section. This hypothesis was confirmed. The second hypothesis assumed the women's demand for sterilization during Caesarean section. This hypothesis was not confirmed.

The research was conducted by the quantitative method using retrospective analysis of data obtained in the perinatological centre in hospital in České Budějovice in the period between January 1, 2004 and December 31, 2008. The sources of data on the delivering woman such as parity, age category, mode of delivery and the week of termination of pregnancy were medical records on deliveries. When Caesarean section was performed, the data on type of uterine incision and the number of sterilizations performed during the surgery were gathered.

The research results confirm the trend of growing number of Caesarean sections and their impact on the management of another childbirth. Not many expecting women choose sterilization and therefore an increasing number of women with two or three Caesarean sections in their medical records can be expected. Midwives will meet

these women in health care facilities dealing with obstetrics. Expecting mothers with a history of Caesarean section as well as the medical staff involved should be familiar with advantages and possible complications of vaginal delivery and Caesarean section.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vedení porodu rodiček s anamnézou císařského řezu v předchozí graviditě“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 7. 5. 2009 Piskorzová Martina

Děkuji MUDr. Miloši Velemínskému ml. za vedení mé bakalářské práce, odborné rady a konzultace.

OBSAH

ÚVOD……...…….……3
1. SOUČASNÝ STAV…….……..…4
1.1 Císařský řez…….…4
1.1.1 Historie císařského řezu…….…...4
1.2 Frekvence císařských řezů…….....…5
1.3 Indikace……...….7
1.3.1 Císařský řez na přání….…….….10
1.3.1.1 Indikace psychologická…….…...……...…10
1.3.1.2 Konec pánevní…….……..…11
1.3.2 Kontraindikace k císařskému řezu……..11
1.4 Anestezie u císařského řezu…….….11
1.5 Provedení císařského řezu…….…12
1.5.1 Podmínky k císařskému řezu …… ……..……13
1.5.2 Volba laparotomie ……..13
1.5.3 Volba řezu na děloze……...13
1.5.4 Metody císařského řezu…….……...……...14
1.6 Komplikace císařského řezu……..15
1.6.1 Mateřská mortalita…….16
1.7 Vaginální porod po císařském řezu……...…….……...…16
1.7.1 Ruptura dělohy……...…..…17
1.8 Iterativní císařský řez…….…18
1.8.1 Sterilizace……19
1. 9 Ošetřovatelská péče o rodičku s císařským řezem v anamnéze……...…20
1.9.1 Ambulantní péče……...…….….20
1.9.1.1 Celková obecná předoperační příprava vzdálená …...….22
1.9.2 Příjem rodičky na porodní sál…….……22
1.9.3 Plánovaný císařský řez……...…24
1.9.3.1 Obecná bezprostřední příprava k operaci……...……24
1.9.4 Vaginální porod po císařském řezu……..…...…25

1.9.4.1 První doba porodní…..……..…25
1.9.4.2 Druhá doba porodní ……...27
1.9.4.3 Třetí doba porodní…….……...……27
1.9.4.4 Čtvrtá doba porodní…….…….28
1.9.4.5 Akutní císařský řez…...……..…..29
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY ……...31
2.1 CÍLE PRÁCE……..……...…31
2.2 HYPOTÉZY……..…….…...31
3. METODIKA ……..……32
3.1 POUŽITÁ METODIKA ……..…..32
3.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU…….....…32
4. VÝSLEDKY ……..…….33
5. DISKUZE ……...…….……....73
6. ZÁVĚR ……..…..77
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY ……....78
8. KLÍČOVÁ SLOVA ……..…….……..…82
9. SEZNAM PŘÍLOH ……..…..83

ÚVOD

V posledních letech dochází celosvětově k nárůstu rodiček rodících císařským řezem.

Císařský řez je širokou veřejností vnímán jako jednoduchá operace, která ukončuje těhotenství nebo porod. Odborná a laická veřejnost diskutuje i nad otázkou, zda provádět císařský řez na přání (32). Vše naplánovat a přivést dítě na svět „bez bolesti“ je lákavou myšlenkou. Jedná se však o velkou abdominální operaci se všemi riziky, které mohou doprovázet operační a pooperační průběh. Rodičku po císařském řezu čeká delší doba hospitalizace i rekonvalescence než po porodu přirozenou cestou. Každá další gravidita je pro tyto ženy riziková. Způsob vedení porodu rodičky s císařským řezem v anamnéze i ošetřovatelská péče má svá specifika.

Jako porodní asistentka pracující na porodním sále jsem si nemohla nevšimnout vzrůstajícího počtu císařských řezů. Zvyšující se frekvencí a její příčinou se zabývám v teoretické části této práce. Tato část dále obsahuje indikace k císařskému řezu, druhy anestezie, provedení operace a její možné komplikace. Způsoby vedení porodu u rodičky s císařským řezem v anamnéze jsou zpracovány v kapitole vaginální porod po císařském řezu a iterativní císařský řez. Teoretickou část uzavírá ošetřovatelská péče o tyto rodičky od prvního kontaktu s porodní asistentkou až do doby porodu.

Na svém pracovišti se setkávám s rodičkami, jejichž předchozí těhotenství nebo porod byl ukončen císařským řezem. Některé z nich mají v anamnéze i dva císařské řezy. Rodičky se často dotazují, jaké mají šance porodit vaginálně. Na tuto otázku se pokouším odpovědět retrospektivní analýzou dat za pětileté období v perinatologickém centru Nemocnice České Budějovice, a.s. Cílem práce je zjistit způsob vedení porodu a vývoj názoru rodiček na provádění sterilizace při opakovaném císařském řezu. O provedení sterilizace při iterativním císařském řezu musí rodička podle platné legislativy žádat. Zaměřila jsem se také na nejčastější indikace k případnému iterativnímu císařskému řezu. Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány v praktické části práce.

1. SOUČASNÝ STAV

Edwin Craig, 1916: *„Jednou císařský řez, vždy císařský řez.“*

1.1 Císařský řez

Císařský řez je porodnická operace, při které je plod extrahován z dutiny děložní břišní cestou. Tato operace obchází přirozené porodní cesty pánevní. Císařským řezem je nejčastěji ukončován třetí trimestr těhotenství a porod (3, 26).

1.1.1 Historie císařského řezu

Císařský řez, sectio caesarea (SC), se řadí mezi nejstarší operace v porodnictví. Zmínky o císařském řezu nalezneme již v mytologii. Syn boha Slunce Apollona, Askeipos, byl vyříznut z břicha matky Coronis (7).

Jméno operace *Sectio caesarea* (císařský řez, Kaiserschnitt), pochází z Plinia- Historia naturálie T. I. L. Cap. VII. Podle tohoto díla se Auspicatius a Spicio Africanus starší narodili při smrti rodičky vyříznutím z dělohy matky. Byli nazváni caesones - vyříznutí. Vyříznutí Caesones byli též zváni Caesares, což znamená totéž. Secare znamená řezati, proto termín sectio caesarea je tautologický (5).

Novověk se zmiňuje o císařském řezu od 16. století. Byl prováděn u rodiček s absolutně zúženou pánví, v případě, že by plod neprošel porodními cestami ani za pomoci zmenšovací operace. Vysoká mortalita rodiček (60 - 90 %) bránila v rozšíření operace (27). Císařský řez na mrtvé těhotné měl podporu církve, aby živě narozené dítě mohlo být pokřtěno. Vlivem zdokonalování techniky operace, ale stále bez možnosti anestézie a bez zásad asepse, se indikace rozšiřovala na rodičky umírající a živé. Operovány byly rodičky s protrahovaným porodem, vyčerpané a s krvácením. Pokud rodička přežila samotnou operaci byla ohrožena vykrvácením a puerperální sepsí.

Pokrok nastal v druhé polovině 19. století s rozvojem zásad asepse, antisepse a šicích materiálů. Rána na děloze a laparotomie se začala šít. Rozvinula se anestézie, farmakoterapie a transfuzní služba.

Po druhé světové válce byly objevem a rozšířením antibiotik omezeny septické komplikace. Byly vypracovány operační postupy a postupy léčení vzniklých operačních komplikací. Používáním antibiotické a antitromboembolické profylaxe došlo k poklesu komplikací po císařském řezu. V perinatální medicíně byla uznána práva plodu a byly rozšířeny indikace ze strany plodu k provedení císařského řezu (26).

1.2 Frekvence císařských řezů

Od sedmdesátých let minulého století dochází celosvětově k nárůstu rodiček rodících císařským řezem (tabulka 1). Před 2. světovou válkou byl počet císařských řezů pod 1 %. V současnosti je ukončeno téměř 25 % porodů v USA císařským řezem (26).

V České republice bylo císařským řezem v roce 1997 ukončeno 11,9 % těhotenství. V roce 2006 se již jednalo o 18,86 % těhotenství (graf 1, 42). V roce 2007 bylo v České republice 20 % těhotenství ukončeno císařským řezem (40).

Na tomto nárůstu se ve velké míře podílela především perinatologická centra. V těchto centrech, kde se soustředí rizikové a patologické těhotné se frekvence císařských řezů pohybuje od 19,2-28,7 % (42).

Tabulka 1 Srovnání vývoje frekvence SC v ČR, USA a Švédsku v období 1970 – 2002

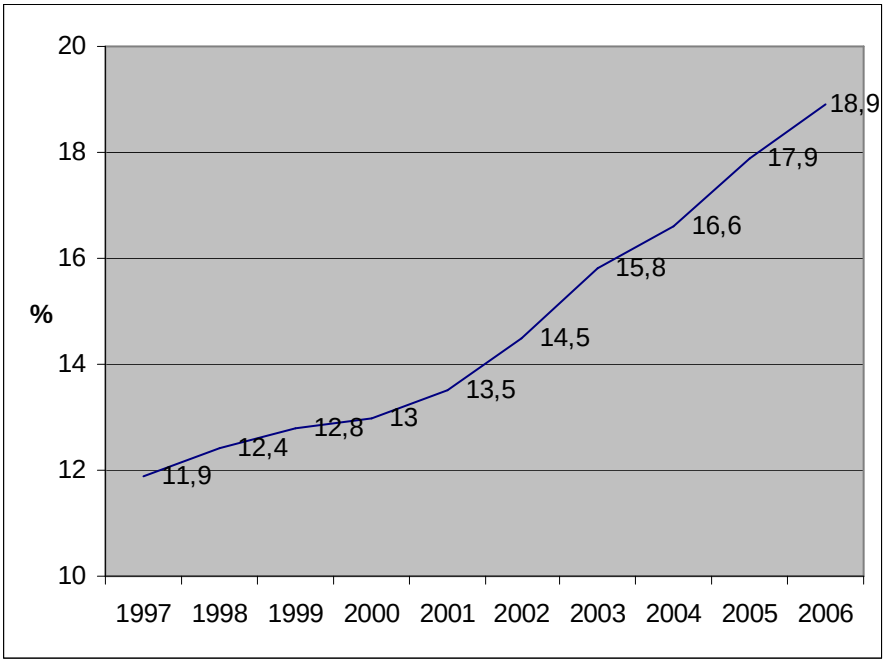
Rok	ČR %	USA %	Švédsko %
1970	2.2	5.5	4.9
1982	5.3	19.2	12.3
1988	7.4	24.7	12.9
1993	9.3		10.7
1997	11.9	20.7	10.6
1999	12.8		
2001	13.5		
2002	14.5		

Zdroj: Štembera, Z. Císařský řez v České republice na začátku 21. století (39)

Na zvýšení počtu císařských řezů se podílelo ukončení těhotenství z důvodu předcházejícího císařského řezu (SC), polohy plodu koncem pánevním, dystokie a fetálního distresu (38).

Rodičky s císařským řezem v anamnéze mají vyšší frekvenci císařských řezů než rodičky, které císařský řez v anamnéze nemají (27).

Graf 1 Vývoj frekvence porodů císařským řezem v České republice od r. 1997



Zdroj: Velebil P., Epidemiologie císařského řezu (42)

Frekvenci císařských řezů ovlivňují podle některých autorů samotné rodičky svou stoupající hmotností a věkem (4,14). U žen ve věku 35 let a více je frekvence SC 20,5 % oproti 9,7 % SC u žen ve věku 17 let a méně (tabulka 2, 39). Se stoupajícím věkem rodičky se vyskytují somatické onemocnění např. hypertenze, diabetes melitus, kardiovaskulární a renální onemocnění.

Vlivem asistované reprodukce stoupá frekvence vícečetných těhotenství. Ta jsou také ukončovaná ve větší míře císařským řezem.

Spojitost růstu počtu SC nalézáme i s nárůstem počtu indukovaných porodů. U indukovaných porodů, vzhledem k důvodům indukce, je reálné nebo předpokládané ohrožení plodu (4).

Kolísáni frekvence císařských řezů je ovlivněno několika faktory. Liší se podle zemí, krajů, mezi jednotlivými porodnicemi. Svou roli hraje i pracovní doba lékařů.

Společenské a sociální vlivy ze strany pacientky mají také svůj podíl na zvyšující se frekvenci císařských řezů. Zvláštní skupinou jsou V.I.P. klientky (6).

Lékaři v závislosti na frekvenci císařských řezů mají individuální praktické zkušenosti s operací (6).

Tabulka 2 Srovnání výskytu SC podle věku rodičky v ČR v r.2000 a 2001

Věk rodičky	Podíl SC ve věkové skupině v %		Podíl z celkové frekvence SC v %	
Rok:	2000	2001	2000	2001
méně než 17	10.2	9.7	0.07	0.09
18 – 19	10.9	9.3	0.43	0.31
20 . 24	11.3	11.7	3.6	3.3
25 – 29	12.9	13.2	5.3	5.7
30 – 34	15.1	15.2	2.4	2.7
35 a více	20.3	20.5	1.2	1.4
Celkem			13.0	13.5

Zdroj: Štembera, Z. Císařský řez v České republice na začátku 21. století (39)

1.3 Indikace

Indikace k císařskému řezu můžeme rozdělit z několika hledisek. Rozdělení indikací z hlediska matky, plodu a indikací společných. Na indikace samostatné a sdružené, indikace absolutní a relativní. Podle povahy indikace k císařskému řezu dělíme indikace na primární a sekundární (21).

Primární indikace je známa již v těhotenství, vzniká před nástupem děložní činnosti, nezávisí na průběhu porodu, ukončení těhotenství císařským řezem je plánováno. Mluvíme o primárním neboli elektivním císařském řezu. Plánovaný císařský řez, prováděn v ranních hodinách s odpočatým operačním týmem, připravenou neonatologickou následnou péčí a plánovaným zajištěním možných komplikací, je vzhledem k výskytu komplikací srovnatelný s vaginálním porodem.

Sekundární indikace vzniká v průběhu porodu, je neplánovaná, akutní. Jedná se o císařský řez akutní. Vzniklý stav ohrožuje matku, plod, nebo oba současně (13,21). Akutní císařský řez má komplikací šestkrát více než porod vedený vaginálně. Je situací velmi stresovou, hektickou, často se improvizuje, tým operačního sálu a operatér pracuje v časovém omezení (6).

Mezi porodnické indikace k císařskému řezu řadíme *nepoměr* mezi naléhající částí plodu a porodními cestami. Nepoměr může být způsoben deformitami pánve nebo velkým plodem.

Indikace z důvodů *akutní a chronické hypoxie plodu* vyplývají z monitorování plodu pomocí kardiotokografu (CTG), případně fetálního EKG (STAN) a intrapartální fetální pulzní oxymetrie (IFPO). U diagnostiky chronické hypoxie plodu má svou nezastupitelnou roli především ultrazvuková flowmetrie.

Často uváděný termín *dystokie cervikokorporální* v indikacích zahrnuje poruchy ze strany matky i plodu. Skrývá se za ním i nepostupující porod, vyčerpaná rodička, primárně a sekundárně slabé děložní kontrakce, které nereagují na léčbu, spastická nebo rigidní branka (6).

Patologické procesy v malé pánvi např. vcestné tumory dělohy, myomy děložní a *překážky měkkých cest porodních* např. stenózy hrdla, rigidita branky po plastických operacích, varixy pochvy nebo vulvy se řadí mezi indikace k císařskému řezu.

Mezi akutní indikace k operaci patří *prolaps pupečníku.*

Indikací k císařskému řezu je *porodnické krvácení*. Porodnické krvácení může být v souvislosti s vcestnou placentou nebo předčasným odlučováním placenty. Krvácení je také možným projevem ruptury děložní.

Císařský řez se provádí v případě *nepravidelné polohy plodu a poruchy naléhání plodu*. Příkladem je vysoký přímý stav, asynklitismus, poloha příčná a šikmá, čelní a obličejová, poloha podélná koncem pánevním při naléhání kolénky nebo nožkami (18).

Indikace *velký plod* se týká plodu s ultrazvukově odhadovanou váhou 4500g.

Císařský řez je indikován u *vícečetných těhotenství*. U dvojčat hraje roli poloha plodů. Kolizní poloha plodů, poloha koncem pánevním nebo poloha příčná u prvního dvojčete je indikací primární. Primární indikací jsou také monoamniální a monochoriální dvojčata; trojčata a čtyřčata. Dále je císařský řez indikován při intrauterinní růstové retardaci plodů- IUGR, u oligohydramnionu, malých a nezralých plodů a v případě hmotnostního rozdílu mezi plody 500 g a více (21, 26).

Indikací jsou také *akutní a chronická onemocnění matky*. Jedná se o choroby ledvinné, srdeční, endokrinní (diabetes mellitus) a plicní. A také o primární oční a

ortopedické indikace hraničních oborů. Herpes genitalis v akutní formě, febrilní nepostupující porod, stav po prodělaném eklamptickém záchvatu a medikamentózně nekorigovatelná preeklampsie je indikací k císařskému řezu (18).

Stav po císařském řezu je indikací k sekci v případě řezu korporálního a také v případě již dvakrát provedeného císařského řezu. U polohy plodu koncem pánevním, vícečetné graviditě a ultrazvukového odhadu váhy plodu nad 4000g volíme také porod císařským řezem. Bolestivost v jizvě udávaná rodičkou může signalizovat hrozící rupturu děložní a je indikací k císařskému řezu. Hojení per secundam v anamnéze po předchozím císařském řezu je také indikací (27).

Stavy s jizvou na děloze, které byly způsobeny metroplastikou, myomektomií nebo s peroperačním průnikem do dutiny děložní vyžadují vedení porodu císařským řezem z důvodu narušení celistvosti děložní svaloviny.

K císařskému řezu může vést i *nepostupující porod*. Indikací je 3 hodiny neprogredující nález při pravidelných kontrakcích.

Prodloužené těhotenství po dvou neúspěšných indukcích porodu je další indikací k císařskému řezu.

Císařský řez je indikován při neúspěšné konzervativní léčbě *Rh inkompatibility,* při zhoršení stavu plodu a nesplněných podmínkách pro vedení porodu per vias naturales (6, 26).

Vzácnou indikací je *císařský řez na umírající a na mrtvé* v souvislosti s akutním polytraumatem nebo u terminálních stavů maligních onemocnění (26).

Zatížená porodnická anamnéza bývá podkladem *sdružené indikace a indikace psychosociální.* V anamnéze rodičky zjišťujeme komplikovaný porod s perinatálním úmrtím plodu, dočasný nebo trvalý handicap dítěte, masivní porodnické poranění nebo krvácení, dlouhodobě léčenou sterilitu, spontánní potraty a předčasné porody (2).

Nejčastěji užívané indikace v současném porodnictví jsou hypoxie plodu, stav po předchozím SC a poloha plodu koncem pánevním. Posun indikace předchozího SC k císařskému řezu v roce 1992 a 2001 je patrný z tabulky 3.

Tabulka 3 Srovnání podílu hlavních indikací SC na celkové frekvenci SC v ČR v r.1992 a 2001

Hlavní indikace SC	1992		2001		Rozdíl 1992/2001 %
	Pořadí	% v populaci	Pořadí	% v populaci	
Hypoxie plodu	1.	2.58	1.	3.25	+ 0.67
Poloha koncem pánevním	2.	1.25	3.	1.78	+ 0.53
Dystokie	3.	1.15	6.	0.97	- 0.18
Patologické polohy plodu	4.	0.79	7.	0.64	- 0.15
Nepoměr (dysproporce)	5.	0.74	4.	1.42	+ 0.68
Předcházející SC	6.	0.73	2.	1.88	+ 1.15
Preeklampsie	7.	0.55	5.	1.04	+ 0.49
Previa + Předčasné odlučování lůžka	8.	0.45	9.	0.50	+ 0.05
Choroby matky (neporodnické)	9.	0.36	12.	0.32	- 0.04
Vícečetné těhotenství			8.	0.59	+ 0.59
PROM			10.	0.42	+ 0.42
Přenášení			11.	0.41	+ 0.41
Ostatní		0.20		0.28	+ 0.08
Celkem		8.8		13.5	+ 4.7

Zdroj: Štembera, Z. Císařský řez v České republice na začátku 21. století (39)

1.3.1 Císařský řez na přání

Indikace medicínská se může také setkat s indikací sociální. Rodička vysloví přání porodit císařským řezem, na základě jejího subjektivního postoje, bez odborné indikace. V současnosti jsou uznávány indikace nadměrná úzkost rodičky a poloha plodu koncem pánevním (26,38).

1.3.1.1 Indikace psychologická

Psychologická indikace je stanovena na základě nadměrných obav matky z porodních bolestí a komplikací u porodu, časných a pozdních poporodních komplikací a obav o dobrý stav novorozence porozeného per vias naturales (26).

1.3.1.2 Konec pánevní

V České republice mají ženy právo při porodu donošeného plodu v poloze podélné koncem pánevním (KP) být informovány o možných rizicích a výhodách v souvislosti s vedením porodu císařským řezem a s vaginálním porodem. Rodička se na základě podaných informací rozhodne a podepíše informovaný souhlas o zvoleném způsobu vedení porodu (příloha 1). Porodník by měl respektovat rozhodnutí těhotné. Výjimku tvoří rozhodnutí rodičky, která jsou v rozporu s postupem lege artis (34).

Vaginální vedení porodu není doporučeno u plodu s ultrazvukovým odhadem hmotnosti menší než 2 500 g a větší než 3 500 g u primipary nebo větší než 3 800 g u multipary. Císařský řez je indikován u porušeného držení plodu s výjimkou naléhání řití, u vysoko stojícího KP, u podezření na IUGR a oligohydramnion, při myomatózní děloze a po předchozí operaci na děloze (21,34).

1.3.2 Kontraindikace k císařskému řezu

Kontraindikací k císařskému řezu je mrtvý plod (3). Výjimkou je předčasné odlučování placenty a stavy vitálně ohrožující matku. Relativní kontraindikací jsou patologické hodnoty koagulace rodičky (33).

1.4 Anestezie u císařského řezu

Volba druhu anestezie je závislá na naléhavosti indikaci porodníka, úsudku a zkušenosti anesteziologa, přání rodičky a jejím zdravotním stavu. U plánované operace je důležité poučit rodičku o nutnosti lačnět 8 hodin, nenasycené čiré tekutiny lze konzumovat nejpozději 4 hodiny před výkonem. U rodiček, které mají zvýšené riziko ukončení porodu operačně, omezujeme případně zastavujeme preventivně i tekutiny během porodu. Příprava před operací zahrnuje prevenci aspirace, prevenci tromboembolických komplikací (TEN), dostatečnou hydrataci a prevenci supinačního syndromu. Supinační syndrom (útlak dolní duté žíly), způsobuje u rodičky hypotenzi a tím snížený uteroplacentární průtok s následným projevem fetální acidózy. Je doporučeno uložení rodičky na levý bok a v této poloze ji i transportovat na operační sál. V rámci prevence tromboembolických komplikací je doporučena aplikace

nízkomolekulárního heparinu (LMWH) před operací a následně v šestinedělí, zvláště u rodiček nad 30 let. U regionální anestezie je podání LMWH bezprostředně před operací kontraindikováno. Premedikace před císařským řezem se nepodává z důvodu útlumu matky i plodu (6, 9). Před anestézií je vyžadován písemný souhlas rodičky se zvoleným nebo doporučeným způsobem anestezie, na základě odebrané anamnézy a vysvětlení postupu metody (příloha 2).

Celková anestezie může být plánovaná nebo je užívaná u akutních stavů matky i plodu vzhledem rychlému nástupu anestezie. Dále je indikovaná u nezdařené regionální anestezie nebo je- li k regionální anestezii kontraindikace, je- li přáním rodičky celková anestezie a v případě, že je plánováno rozšíření operace. Celková anestezie je vedená s tracheální intubací. Aby byl plod co nejméně vystavován anestetikům je doba od počátku anestezie do přerušení pupečníku stanovena na 10 minut. Nevýhodou celkové anestezie pro rodičku mimo zdravotních komplikací je pozdější kontakt s dítětem.

Regionální anestezie (epidurální, spinální, kombinovaná), která je nejčastěji aplikovaná na přání rodičky z důvodu prožitku porodu a kontaktu s dítětem, má i výhody zdravotní. Je zde sníženo riziko aspirace, nižší riziko TEN, menší krevní ztráty, není ovlivněno vědomí rodičky. Regionální anestezie má své uplatnění při selhání celkové anestezie, při obezitě a somatických onemocněních rodičky. Kontraindikací jsou akutní stavy matky a plodu, koagulopatie, alergie na lokální anestetika v anamnéze, infekce v místě vpichu, nekorigovaná hypovolémie. Relativní kontraindikací je riziko většího krvácení. Před zavedením anestezie je důležitá prehydratace rodičky i.v. podaným krystaloidním roztokem. Regionální analgezie má využití i u vaginálních porodů (6, 9).

1.5 Provedení císařského řezu

Operace je provedena na základě lékařské indikace. Operatér by měl znát porodnický nález, polohu plodu a uložení placenty (24).

1.5.1 Podmínky k císařskému řezu

Základní podmínkou k provedení císařského řezu je velká část nefixovaná v malé pánvi. Při poloze podélné hlavičkou je hranicí provedení císařského řezu rovina pánevní šíře. Vybavování plodu s velkou částí fixovanou v nižších pánevních rovinách může při laparotomickém přístupu traumatizovat plod i matku (26, 27).

1.5.2 Volba laparotomie

Provedení typu břišního řezu (příloha 3) závisí na aktuální situaci, na velikosti plodu, na předchozí jizvě. Dolní střední laparotomie se užívá v případech akutní indikace, u obrovského nebo malformovaného plodu, u obézních rodiček a u rodiček s jizvou po předchozí dolní střední laparotomii. Kožní suprapubický Phannenstielův řez, který je užíván v ostatních případech je nejužívanější, zkušeným operatérem je použit i v akutních situacích (21, 26).

1.5.3 Volba řezu na děloze

Nejčastěji je volen příčný poloměsíčitý semilunární řez v dolním děložním segmentu dle Gepperta. Řez je veden v oblasti dolního děložního segmentu, v pasivní části dělohy (příloha 4).

Řez korporální je volen u malých plodů, při apozici, u poloh příčných. Vertikální incize proniká celou vrstvou myometria. Zásah v korporální oblasti má svá rizika mezi která patří ruptura děložní v další graviditě, rozpad děložní sutury, infekce dělohy.

Řez cerviko-korporální neboli isthmo- korporální má obdobné užití jako řez korporální. Nejčastěji je užíván u předčasných porodů při nerozvinutém dolním děložním segmentu. Zasahuje do aktivní korporální části dělohy. Tím zvyšuje riziko ruptury jizvy po císařském řezu v dalším těhotenství (6).

Výše uvedený korporální řez může být nahrazen „U“ řezem. „U“ řez proveden v dolním segmentu a „U“ řez vysoký umožní dostatek prostoru. Užití má u apozice děložní a plodů extrémně nízké hmotnosti, při iterativní sekci.

V literatuře uváděný „S“ řez podle Chmelíka vychází z výše uvedených metod, tímto řezem vznikne větší prostor pro vybavení plodu (6).

„T“ řez, obrácené „T“, řez užívaný především jako nouzové řešení při obtížném vybavení plodu. Jde o rozšíření příčného nebo poloměsíčitého řezu kraniálním směrem.

1.5.4 Metody císařského řezu

Sectio caesarea supracervicalis transperitonealis transversa sec. Geppert. Poloměsíčitý řez v oblasti dolního děložního segmentu veden po protětí vezikouterinní pliky a jejím sesunutím. Řez může být jen centrální a poté digitálně rozšířen do stran. Po provedení hysterotomie operatér protne vak blan a extrahuje plod. Po porodu plodu se aplikuje oxytocin a rodí se placenta. Doporučuje se provést digitální revizi dutiny děložní, případně revizi tupou kyretou. Sutura hysterotomie se provádí ve dvou vrstvách vstřebatelným materiálem a kryje vezikouterinní plikou. Břišní stěna se šije v anatomických vrstvách (24,26).

Sectio caesarea corporalis classica se v současnosti téměř neužívá pro častou insuficienci jizvy. Řez je veden od fundu děložního k děložnímu isthmu. Je indikován před hysterektomií, u rodiček po operacích pro močovou inkontinenci při hrozící ruptuře děložní.

Sectio caesarea cervicocorporalis má omezené užití u malých plodů, při apozici děložní, u poloh příčných, u iterativních císařských řezů.

Sectio caesarea sec Misgav Ladach. Cílem této operace je maximálně zjednodušit operaci a co nejméně traumatizovat tkáně. Laparotomie je vedena příčným kožním řezem, protne se fascie a prsty zavedenými pod svaly se laterálně roztáhnou svaly, fascie a podkoží. Vznikne tak prostor pro vybavení plodu. Dolní děložní segment se zpřístupní příčnou incizí peritonea, které je digitálně rozšířeno. Řez uterotomie dlouhý 2 cm proveden příčnou incizí je také digitálně rozšířen do stran. Po vybavení plodu a placenty se v jedné vrstvě provede sutura dělohy. Peritoneum, přímé břišní svaly ani podkoží se nešije. Šije se fascie pokračovacím stehem a kůže se šije třemi silonovými stehy. V současné době je mnoho verzí této techniky (26).

Sectio caesarea radicalis. Indikací bývá karcinom děložního čípku. Při operaci po extrakci plodu následuje hysterektomie nebo supravaginální amputace děložního těla.

Sectio caesarea minor. Touto operací se ukončuje těhotenství ve 2. trimestru v akutních případech, které ohrožují život ženy, např. krvácení (21, 26).

1.6 Komplikace císařského řezu

Se zvyšující se frekvencí narůstá i vzestup komplikací v peroperačním a postoperačním období. Význam mají také pozdní následky operace (20).

Anesteziologické komplikace se vyskytují v peroperačním období. Rodičku ohrožuje Mendelsonův syndrom z aspirace žaludečního obsahu, akutní plicní edém, poruchy ventilace, hypotenze, komplikace plynoucí ze spinální nebo epidurální anagézie.

Chirurgické komplikace se ve větší míře vyskytují u iterativních císařských řezů během operace. Poranění močového měchýře, poranění střeva při adhezích, poranění dělohy a adnex zatěžuje rodičku delším trváním operace. Komplikace v souvislosti s krvácením způsobené atonií, koagulopatií, embolií plodovou vodou nebo krvácením z ruptur a poruch placentace mohou vyústit až k hysterektomii.

Z neonatologických komplikací uvádí Binder (1) především řezná poranění plodu skalpelem. Vzácně se mohou vyskytnou zlomeniny a luxace při užití větší síly k vybavení plodu. Uváděný syndrom retence alveolární tekutiny má vliv na kardiopulmonální adaptaci. U akutního císařského řezu je novorozenec vzhledem k indikaci operace zatížen více. Příkladem je hypoxie, děložní ruptura, preeklampsie, výhřez pupečníku.

Pooperační komplikace infekční, embolické, hemoragické, respirační, urologické a gastroenterologické, infekce sutury hysterotomie a její dehiscence, vznik pelveoperitonitidy, endometritidy, cystitidy a infekce sutury laparotomie prodlužují hospitalizaci.

Ranné infekce se rozvinou u 4-15 % rodiček. Rizika jejich vzniku jsou např. akutní císařský řez, obezita, diabetes melitus, plodová voda odteklá déle než 12 hodin, anémie, otevřená drenáž, chorioamnionitida. Infekční komplikace se snižují profylakticky aplikovanými antibiotiky. Aby se zabránilo expozici novorozence antibiotiky při porodu, jsou antibiotika rodičce podána až po podvazu pupečníku. Prevencí infekcí je

také správná operační technika, vhodný typ šicího materiálu, minimální traumatizace tkání a pečlivá hemostáza (23).

Pozdní následky císařského řezu se mohou projevit keloidní jizvou a kosmetickým defektem, hernií v jizvě, sterilitou, infertilitou, bolestivým koitem a chronickým syndromem bolestivé pánve. V následující graviditě se mohou následky císařského řezu projevit dystokií děložní, poruchou placentace, rizikem dehiscence a rupturou děložní jizvy (6, 10, 20).

Těhotenství v jizvě po císařském řezu zmiňované v zahraniční literatuře je raritní. Se zvyšujícím se počtem císařském řezu je však nutno myslet i na tuto možnou komplikaci. Možnost implantace blastocysty do minidehiscence v jizvě po předchozím císařském řezu je vyšší u rodiček s iterativní sekcí. Těhotenství po dvou císařských řezech u rodičky je reálné vzhledem k nevyužívání možnosti sterilizace při iterativním císařském řezu (30).

1.6.1 Mateřská mortalita

Mateřská mortalita se ve spojitosti s císařským řezem pohybuje kolem 2 promile (6).

Mateřská mortalita neboli mateřská úmrtnost je v České republice definovaná jako umrtí ženy v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím do 42 dnů po porodu. Nejčastější příčinou mateřského umrtí jsou porodnické hemoragie, embolické příčiny a kardiovaskulární komplikace (41).

Mateřská úmrtnost udává počet umrtí na 100 000 živě narozených dětí. Často je ovlivněna základním onemocněním rodičky. Proto je u žen s kardiopatiemi, s diabetem, po transplantaci orgánů, po korekci srdečních vad.těhotenství plánováno. Vliv na mortalitu mají anesteziologické komplikace, plicní embolie, krvácení, infekce, ileus, gestóza, srdeční onemocnění (3,6).

1.7 Vaginální porod po císařském řezu

Vaginální porod po císařském řezu - VBAC (Vaginal Birth after Caesarean Delivery) byl ve světě v 80. letech doporučován, aby se zamezilo prudkému nárůstu

císařských řezů. Vyskytovaly se však komplikace v podobě ruptur děložních a od vaginálně vedeného porodu po císařském řezu se ustupovalo. V současnosti můžeme včas vybrat rodičky nevhodné pro VBAC na základě stanovených kontraindikací (11).

Systémem měření tloušťky stěny dolního děložního segmentu, jizva pod 3,5 mm., vyřadíme rodičky s vyšším rizikem děložní ruptury. Dále je nevhodnou rodičkou k VBAC rodička, která má na děloze jiný než supracervikální transverzální řez, má-li v anamnéze více než jeden císařský řez nebo má děložní stěnu poškozenou operací na děloze. Kontraindikací je také ruptura děložní po předchozím císařském řezu, císařský řez v anamnéze před 18-24 měsíci, porodnická kontraindikace k vaginálnímu porodu, odhad váhy plodu nad 4 000g a odmítnutí VBAC rodičkou (11, 12).

Vhodnou rodičkou je žena s fyziologickým těhotenstvím, u níž je váha plodu odhadována mezi 2 500g-4 000g a císařský řez v anamnéze nebyl z indikace dystokie děložní. Optimální je, když po porodu císařským řezem následoval již porod vaginální.

Úspěšnost VBAC je uváděna mezi 50-85 %. Úspěšnost může být negativně ovlivněna obezitou, kouřením, abusem alkoholu, předchozí indikací k císařskému řezu. Výhodou porodu vedeného vaginálně je kratší doba hospitalizace a rekonvalescence, menší riziko infekce a tromboembolických komplikací a zvláště bezprostřední kontakt matky s dítětem (11, 39).

Z důvodu komplikací při VBAC je doporučené vedení tohoto porodu v zařízení, kde je možnost provedení akutního císařského řezu a je zajištěna profesionální resuscitace novorozence. Použití forcepsu nebo vakuumextraktoru k extrakci plodu je za splnění indikačních podmínek možné (31).

Velkým rizikem VBAC je ruptura děložní v místě jizvy předchozího císařského řezu.

1.7.1 Ruptura dělohy

Ruptura děložní je porušení celistvosti děložní stěny a tento stav ohrožuje plod i matku současně (příloha 7). Podle místa ruptury se jedná o rupturu dolního děložního segmentu nebo rupturu děložního těla.

Při vzniku komunikace mezi děložní dutinou, dutinou břišní a pochvou při ruptuře myometria a perimetria jde o rupturu kompletní. U inkompletní ruptury je porušena děložní svalovina a ruptura je kryta peritoneem nebo komunikuje s parametriem.

Ruptura vzniká spontánně, traumaticky nebo rupturou jizvy. Na porušení celistvosti děložní stěny jizvou se podílí v současnosti předchozí císařský řez. U císařského řezu s vertikální incizí je v období dalšího porodu riziko ruptury 3-4 %. U příčné incize v dolním děložním segmentu je riziko sníženo na 0,25-0,5 % (10,17).

Na rupturu děložní upozorní abdominální bolest nebo bolest v dolním děložním segmentu nad sponou stydkou. Pokud ruptuře předchází vydatné kontrakce, po ruptuře náhle ustanou. Mezi projevy upozorňující na rupturu je vaginální krvácení, krvácení z močových cest a patologický CTG záznam. Dochází k abdominálnímu krvácení s rozvojem hemoragického šoku a vzniká akutní hypoxie plodu. Mnohé ruptury dělohy jsou zpočátku bezpříznakové.

V případě latentní dehiscence jizvy po předchozím SC nedochází k silnému krvácení a tento stav je často zjištěn při iterativním císařském řezu operatérem. Latentní ruptura může být také zjištěna při digitální revizi dolního děložního segmentu po porodu placenty u rodičky, která porodila vaginálně (10,17).

1.8 Iterativní císařský řez

U rodičky s císařským řezem v anamnéze musí porodník zvážit zda přetrvává indikace z předchozí operace. Je výhodou pokud rodička rodí opakovaně ve stejném ústavu. Lze tak vyhledat dokumentaci rodičky se zaměřením na průběh těhotenství a porodu a zjištění indikace k operaci, metodu provedení SC a případné komplikace, které se vyskytly. Peroperační, zánětlivé a hemoragické komplikace předchozího SC jsou indikací k iterativní sekci spolu se současným vícečetným těhotenstvím, výraznou obezitou matky, polohou plodu KP, zatíženou porodnickou anamnézou, věkem matky nad 35 let a přáním rodičky ukončit těhotenství opět císařským řezem (29).

V případě výskytu kontraindikací k VBAC, indikací k iterativní (opakované) sekci, nebo přetrvává-li indikace uvedená u předchozího císařského řezu, je těhotenství

opět ukončeno abdominální cestou. Rodička je poučena o výhodách a rizicích iterativní sekce, o splnění indikace ke sterilizaci a podepíše informovaný souhlas s vedením porodu za účasti lékaře a svědka události. Císařský řez je plánován s dostatečným časem k předoperační přípravě (11,29).

Laparotomický řez u iterativní sekce je veden v původní jizvě. Operační průběh se v zásadě neliší. Během operace mohou být odstraněny případné adheze a provedena sterilizace na žádost rodičky (6).

1.8.1 Sterilizace

Sterilizace je lékařský výkon, který zabraňuje plodnosti bez odstranění nebo poškození pohlavní žlázy. V České republice se řídíme platnou směrnicí č. 1/1972 Věst. MZ ČSR provádění sterilizace. Sterilizace se provádí na žádost nebo se souhlasem osoby, která sterilizaci vyžaduje. Indikaci indikuje vedoucí lékař oddělení, kde se klientka léčí, nebo sterilizační komise. Komisi zřizuje ředitel nemocnice, který je zároveň předsedou. Členem komise je vedoucí lékař ženského oddělení a v případě sterilizace mužů je členem komise vedoucí lékař urologického nebo chirurgického oddělení, a odborný lékař, z jehož oboru je indikace. Když osoba nemůže dát souhlas, např. z důvodu nezletilosti nebo jiných ve směrnici stanovených důvodů, dává souhlas zákonný zástupce nebo opatrovník (35).

Sterilizace musí mít své indikace. Seznam indikací obsahuje nemoci u žen a u mužů. U žen se jedná o vybrané a stanovené nemoci srdce a cévního systému, nemoci plic, nemoci ledvin a močových cest, nemoci trávicího ústrojí, nemoci látkové přeměny, nemoci krevní, nemoci žláz s vnitřní sekrecí, nemoci nervové soustavy, duševní nemoci, nemoci kůže, nemoci kostí a kloubů a svalstva, nemoci oční, nemoci sluchu, indikace porodnicko- gynekologické, indikace genetické (35).

Rodičky žádající o sterilizaci musí splňovat podmínky dané směrnicí. Pokud žádá o výkon rodička před 35 rokem věku musí mít čtyři děti, po 35 roce věku tři děti. Indikací ke sterilizaci jsou také závažné komplikace v předešlých těhotenstvích, porodech a šestinedělích. Další těhotenství by mohlo ohrozit život ženy. Poslední indikací je provedení sterilizace při a po iterativním císařském řezu (35).

Před iterativní sekcí je rodička náležitě poučena o rizicích ohrožujících další těhotenství a porod v případě neprovedení sterilizace a je jí vysvětlena podstata zákroku a jeho nevratnost. K provedení sterilizace při iterativním císařském řezu je vyžadován podpis informovaného souhlasu rodičkou s provedením císařského řezu se sterilizací. Tento souhlas je nedílnou součástí dokumentace rodičky. Žádost je následně schválena komisí, kterou zastupuje ředitel nemocnice, vedoucí lékař oddělení a odborný lékař (6,36).

Při císařském řezu je nejrozšířenější metodou metoda dle Pomeroye (příloha 8). Při této metodě, prováděné laparotomickou cestou je vejcovod vyzvednut do výše, vytvoří se kolínko, to je podvázáno a je provedena excize střední části vejcovodu.

Pokud si žena po provedené tubární sterilizaci, z nejrůznějších důvodů přeje dítě je zde možnost asistované reprodukce. Selhání tubární sterilizace se pohybuje od 0,2-0,6 % (6).

1. 9 Ošetřovatelská péče o rodičku s císařským řezem v anamnéze

Ošetřovatelský proces, v ošetřovatelské péči o těhotnou ženu nebo rodičku, je hlavní pracovní metodou porodní asistentky. Tento proces je zaměřen na individuální potřeby těhotných žen a rodiček. Porodní asistentka zná medicínskou diagnózu klientky a je seznámena s danou lékařskou dokumentací. Na základě zhodnocení stavu a individuálních potřeb klientky stanoví porodní asistentka diagnózu ošetřovatelskou. Následně plánuje, realizuje a vyhodnocuje individuální péči ve spolupráci s klientkou (16,22).

1.9.1 Ambulantní péče

Porodní asistentka (PA) se setkává s rodičkou s císařským řezem v anamnéze v porodnické ambulanci Gynekologicko-porodnického oddělení od 36.-38. týdne gravidity. Rodička zde bývá odeslána gynekologem k dalšímu dosledování těhotenství se zaměřením na způsob vedení porodu. Porodní asistentka je první, na kterou se budoucí rodička obrací s žádostí o vyšetření. Je důležité navázání kontaktu s budoucí

rodičkou, představit se, objasnit význam dosledování v porodnické ambulanci a seznámit ji s následným postupem při jejích návštěvách.

Při první návštěvě těhotné ženy v porodnické ambulanci PA zanese identifikační data do ambulantní knihy a počítačového systému. Podle předložených dokladů zaznamená jméno a příjmení, rodné číslo, telefon, pojištění, jméno obvodního gynekologa a účel návštěvy. Úkolem PA v ambulantní péči je sledování a zaznamenávání údajů o hmotnostním přírůstku těhotné, o výši TK a nálezu v moči do těhotenské průkazky. Všímá si celkového stavu těhotné, otoků, zbarvení kůže, varixů. PA monitoruje stav plodu a výskyt děložní činnosti kardiotokografem (CTG, monitor). Dotazem zjišťuje četnost pohybů, přítomnost známek blížícího se porodu, vyslechne případné stesky těhotné a podává vhodným způsobem informace týkající se jejího stavu. Individuální přístup a zachování soukromí je samozřejmostí. PA připravuje těhotnou ženu na doporučená vyšetření a po jejím souhlasu pomáhá těhotné zaujmout danou polohu. Také asistuje lékaři při vaginálním vyšetření a amnioskopii, dle jeho ordinací odebírá těhotné krev, případně jiný biologický materiál na vyšetření (8,15).

Pokud u rodičky trvá indikace z předchozího těhotenství nebo se vyskytly okolnosti k vedení porodu plánovaným císařským řezem, je lékařem po souhlasu rodičky naplánovaná hospitalizace s daným termínem operace. Rodička je plně informovaná o způsobu vedení porodu a je jí doporučeno zajištění předoperačního vyšetření u obvodního lékaře. V případě iterativního řezu je nabídnuta sterilizace. Stanovením termínu operace začíná předoperační příprava rodičky.

U ostatních těhotných je doporučena plánovaná hospitalizace obvykle nejpozději v době termínu porodu. Rodičky jsou poučeny o známkách blížícího se porodu, o možnosti bolesti v jizvě po předchozím císařském řezu a neodkladném nástupu do porodnice. Všem rodičkám je doporučována psychoprofylaktická předporodní příprava, která zmírní obavy a strach z těhotenství a porodu (15). Ve stanovené dny je možná prohlídka porodních sálů s porodní asistentkou, která zodpovídá dotazy budoucích rodiček a jejich doprovodů.

1.9.1.1 Celková obecná předoperační příprava vzdálená

Celková obecná předoperační příprava vzdálená se soustředí na celkový stav rodičky, na rodičky bez přidružených nemocí tj. bez speciální přípravy a na rodičky s přidruženými chorobami se speciální přípravou.

K obecné přípravě vzdálené řadíme přípravu psychickou a somatickou. Psychická příprava se soustředí na předcházení a omezení obav z operace, vysvětlení a zdůvodnění operačního zákroku a jeho případné komplikace a kosmetické následky. Somatická příprava zahrnuje vyšetření rodičky (komplexní interní vyšetření, měření základních fyziologických funkcí, biochemické a hematologické vyšetření krve) a zvolení operační techniky. Celková speciální příprava monitoruje vliv přidružených onemocnění, která by mohla mít vliv nepříznivý vliv na pooperační průběh (37).

Porodní asistentka je v úzkém kontaktu s rodičkou, navazuje důvěru, která má vliv na další spolupráci rodičky s personálem porodního sálu. Cílem rozhovoru je vysvětlení důvodu předoperační přípravy a předoperačního vyšetření, seznámení rodičky s postupy prováděných výkonů. Po potvrzení data operace je důležité informovat rodičku o nutnosti dostavit se na příjem v domluveném čase. PA poučí rodičku o odstranění šperků, odlakování nehtů. Zdůrazní zákaz přijímání tekutin a potravy od půlnoci a upozorní na zákaz kouření. Ranní nezbytné léky zapít minimálním množstvím tekutiny. PA seznámí rodičku s cviky pro hluboké dýchání a pro snadnější odkašlávání, s cviky na prevenci tromboembolické nemoci (TEN) a se způsoby obracení a vstávání z lůžka. Tyto aktivity urychlují pooperační rekonvalescenci (8,15,43).

U plánovaných císařských řezů je nástup stanoven v den operace v 7 hodin ráno. Přeje-li si rodička účast blízké osoby u porodu přichází v jejím doprovodu.

1.9.2 Příjem rodičky na porodní sál

Důvodem příchodu rodičky s císařským řezem v anamnéze na porodní sál je plánovaný císařský řez, doporučená hospitalizace lékařem nebo nástup kontrakcí, krvácení, odtok vody plodové, bolest jizvy, případně jiné obtíže související s těhotenstvím a stavem rodičky (8).

PA uvede rodičku do vstupních prostor porodního sálu, zjistí důvod příchodu, vyžádá si dokumenty (těhotenskou průkazku, OP, průkaz pojištěnce, u cizinek pas, dále u svobodné rodičky dohodu o jméně dítěte potvrzené matrikou, u vdaných oddací list), doporučení a výsledky vyšetření. Rodička je zapsána do knihy příjmů. V hygienickém filtru se rodička převleče do ústavního prádla. Její svršky jsou uloženy do úschovy.

Při příjmu rodičky PA dbá na soukromí rodičky, na ochranu sdělovaných skutečností (povinná mlčenlivost). Rodičce je upevněn na levé zápěstí identifikační náramek obsahující jméno, příjmení, datum narození, oddělení a případné alergie. PA vyšetří orientačně moč, změří TK, P, TT, zaznamená aktuální hmotnost, pohledem zjistí konstituci rodičky a stav její výživy. Dále pátrá po otocích a varixech, pohmatem zjistí uložení plodu v děloze, poslechne OP (ozvy plodu) a natočí vstupní monitor (kardiotokograf, CTG, KTG). Pokud nejsou v těhotenské průkazce zaneseny rozměry pánve, přeměří pelvimetrem její rozměry. PA zaznamená do porodnické dokumentace, která se skládá z anamnézy, průběhu porodu a porodnické křivky, iniciály těhotné a sepíše příjem. V anamnéze PA zjišťuje údaje o zdravotním stavu těhotné od narození po současnost. Zapíše výskyt onemocnění v rodině její i ze strany otce dítěte, byla-li rodička operovaná nebo utrpěla úraz. PA zjistí sociální a pracovní situaci, alergie, byla-li v minulosti podaná transfůze a jestli se při její aplikaci vyskytly komplikace. PA odebere gynekologickou anamnézu. Zeptá se na průběh a výsledky předchozích těhotenství, na frekvenci menstruačního cyklu, na zákroky a operace na ženských orgánech – jejich důvod, nález a pooperační průběh. PA zapíše průběh dosavadního těhotenství s doloženými výsledky doporučených vyšetření. Pokud byl předchozí císařský řez proveden v dané nemocnici je povinností PA vyhledat údaj o porodu v porodní knize a dokumentaci z uvedeného data. PA vypíše důvod ukončení porodu císařským řezem se zaměřením na typ řezu na děloze. Je zaznamenán průběh porodu před přijetím, frekvenci, trvání a síla kontrakcí, je ověřen odtok vody plodové Temešvaryho zkouškou, s dotazem na její množství a zbarvení. PA zjistí vnímání pohybů plodu, výskyt krvácení a jeli přítomna bolest v jizvě po předchozím císařském řezu (15, 43).

Po sepsání veškeré dokumentace a natočení vstupního monitoru následuje vyšetření lékařem. PA asistuje u vaginálního vyšetření rodičky. Lékař provede UZ vyšetření s ověřením polohy plodu, jeho váhový odhad a lokalizaci placenty. Následně je rodička informovaná o navrženém postupu porodu.

1.9.3 Plánovaný císařský řez

V případě plánovaného císařského řezu, kdy se rodička dostaví k hospitalizaci v den operace, je úkolem PA ověřit, zda je rodička na lačno, zda má s sebou předoperační vyšetření. Následuje sepsání potřebné dokumentace.

Rodičce je předložen informovaný souhlas s plánovaným císařským řezem (příloha 3) a souhlas s anestezií (příloha 2). V případě porodu plodu v poloze koncem pánevním i souhlas s vedením tohoto porodu císařským řezem (příloha 1). Poučení neboli pozitivní revers je součástí sepsané dokumentace. Rodičce je vysvětlen postup operace a případné komplikace, které mohou během výkonu nastat. Zároveň jsou jí zodpovězeny dotazy. Souhlas s operací je podepsán rodičkou, lékařem a svědkem, nejčastěji porodní asistentkou. Je uveden datum a čas podpisu všech zúčastněných.

Anesteziologický lékař rodičku seznámí s možnými způsoby anestézie, poučí ji o rizicích a postupu při zvolené anestezii. Následně je podepsán informovaný souhlas (25).

1.9.3.1 Obecná bezprostřední příprava k operaci

Do bezprostřední předoperační přípravy řadíme psychickou přípravu, spočívající v zajištění psychického klidu rodičky a přípravu místní (37). Místní příprava obsahuje přípravu operačního pole oholením, vyprázdnění tlustého střeva, hygienu, CTG, vyjmutí umělého chrupu. Bandáže dolních končetin u rizikových rodiček jsou prováděny dle ordinace lékaře, případně je aplikován Fraxiparin. PA zavede permanentní močový katétr těsně před odvozem na operační sál (25,28).

PA zajistí převoz rodičky na operační sál (OS), informuje neontologické oddělení a s veškerou dokumentací předává rodičku na OS (28). Doprovází je otec dítěte, nebo jiná osoba, která se na přání ženy dostaví k porodu.

Pokud je rodička hospitalizovaná již den nebo více před operací je vhodné provést nácvik cviků pro hluboké dýchání a pro snadnější odkašlávání, cviků na prevenci tromboembolické nemoci a nacvičit způsoby obracení a vstávání z lůžka pod dohledem rehabilitační sestry nebo porodní asistentky. PA monitoruje fyzikální funkce, podá léky ordinované lékařem případně anesteziologem na noc, upozorní na zákaz přijímání potravy a tekutin od půlnoci a zdůrazní zákaz nekouřit. Dále rodičce doporučí celkovou hygienu, ověří podpisy na souhlasech s operací, objedná krev do zásoby na základě ordinace lékaře. Vlastní příprava (klyzma, sprcha, CTG) začíná na porodním sále v 6 hod v den operace.

Převozem rodičky na operační sál končí předoperační období. Navazuje období intraoperační, které začíná uložením rodičky na operační stůl a končí přijetím rodičky na gynekologickou jednotku intenzívní péče. Pooperační fáze začíná přijetím na JIP a končí kompletním zotavením se po operaci (25).

1.9.4 Vaginální porod po císařském řezu

Vaginální porod je u rodičky s císařským řezem v anamnéze je indikován starším lékařem na základě vstupního vyšetření, zhodnocení rizik a poučení rodičky.

1.9.4.1 První doba porodní

První doba porodní začíná nástupem pravidelných kontrakcí a končí zánikem děložního hrdla a otevřením branky .

U prvorodiček probíhá 6-12 hodin, u vícerodiček 3-6 hodin. V této době rozeznáváme tři fáze, latentní, aktivní a přechodnou. Během latentní fáze dojde ke spotřebování čípku děložního a rozevření branky na 3 cm. Rodička zpočátku pociťuje bolesti v kříži, nebo v podbřišku. Tyto bolesti mají charakter menstruační bolesti, postupně sílí a zpravidelňují se. Na konci této fáze se kontrakce děložní objevují v pěti minutových intervalech. V době aktivní dochází k dilataci branky na 4-7 cm, kontrakce sílí s frekvencí 3 minut. Přechodná fáze je nejintenzivnější, dilatace branky je na 8-10 cm a může se dostavit pocit tlaku na konečník (8,15).

Úzkost a strach se vyskytuje z nástupem pravidelných kontrakcí zvláště u rodiček u nichž byl předchozí porod ukončen císařským řezem neplánovaně, akutně, za porodu. Stálý kontakt PA, přítomnost partnera nebo blízké osoby a průběžné podávání informací o průběhu porodu a stavu plodu zmírní obavy rodičky (8).

Rodička je porodní asistentkou seznámena s průběhem první doby porodní. PA naučí rodičku správnou techniku dýchání a vysvětlí nutnost monitorování stavu plodu. Na zmírnění vnímání kontrakcí jsou doporučeny úlevové polohy na lůžku, na míči nebo na žíněnce, hydromasáže, aromaterapie. Je zapojen i doprovod rodičky. V latentní fázi PA zaznamenává ozvy plodu (OP) v hodinových intervalech, poté á 15 minut. Četnost, frekvenci a sílu kontrakcí zjistí PA dotazem a ověří palpačně. PA sleduje odtok vody plodové, množství a zbarvení, případně asistuje lékaři u dirupce vaku blan (amniotomie). Při monitoraci plodu a kontrakcí CTG přístrojem, dle ordinace lékaře v daných intervalech nebo kontinuálně, je výhodné použít bezdrátový monitor. Je tím umožněn volný pohyb rodičky a možnost zaujmout lépe úlevovou polohu. Vaginální vyšetření rodičky je prováděno v intervalu dvou hodin. TK, TT a P rodičky je monitorován á 4 hod, případně častěji dle stavu. Příjem tekutin je dle ordinace lékaře zajištěn cestou parenterální, z důvodu rizika ukončení porodu iterativním císařským řezem. PA sleduje pravidelné vyprazdňování močového měchýře á 3 hodiny. Veškeré údaje o rodičce, fyziologických funkcích, stavu plodu, nálezu na porodních cestách a provedených intervencích, jsou zaneseny v porodní křivce (15, 43).

Reakce rodičky na bolest je individuální. Při tlumení bolesti mají přednost nefarmakologické metody (hydromasáže, relaxace, masáže, aromaterapie) před farmakologickými, které ordinuje lékař. Epidurální analgezie u rodičky s císařským řezem v anamnéze se nepodává z důvodu zkreslení vnímání bolesti, která může signalizovat hrozící rupturu děložní. Rodička, která náhle zneklidní a udává silné bolesti v místě jizvy musí být neprodleně vyšetřena lékařem. Bolest v dolním děložním segmentu nad sponou stydkou signalizuje hrozící rupturu děložní. Pokud ruptuře předchází vydatné kontrakce, po ruptuře náhle ustanou. Porodní asistentka upozorňuje ihned lékaře na výskyt vaginálního krvácení, krvácení z močových cest a patologického

CTG záznamu. Porodní asistentka sleduje po celou dobu porodu možné projevy upozorňující na rupturu děložní.

1.9.4.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní, vypuzovací, začíná otevřením porodního kanálu (zánik branky) a končí vypuzením plodu z porodních cest. U prvorodičky trvá kolem 15-20 minut, u vícerodičky 5-10 minut. PA připraví k porodu sterilní porodní balík, který obsahuje 2 roušky, emitní misku, dva páry rukavic, roušku na chránění hráze, 2 peány, 2 nůžky, podávky, jehelec, zrcadla, pinzetu, jehly, 8-10 tamponů, 2 tkanice na podvaz pupečníku k odebrání ASTRUPU. Přidá sterilní pupečníkovou svorku, stříkačku a jehlu. Dále jsou připraveny zkumavky na odběr pupečníkové krve, uterotonika na aktivní vedení třetí doby porodní a desinfekční roztok na desinfekci rodidel.

Pokud porodnický nález splňuje podmínky k tlačení, rodička je vyzvána ke spolupráci a zaujme vhodnou polohu. Nejčastěji v polosedě, dolní končetiny v podpěrách, drží se pod koleny nebo madel porodní postele. Rodičce je vysvětleno správné využití břišního lisu při kontrakci. Mimo kontrakci si bez tlačení žena tuto polohu zkusí zaujmout. Porod je veden lékařem za asistence porodních asistentek. U porodu je přítomna neonatologická sestra, která přebírá a ošetřuje novorozence. PA sleduje ozvy plodu po každé kontrakci na kontinuálním monitoru. Všímá si celkového stavu rodičky. Je provedena dezinfekce rodidel. Porodník sterilně oblečen zarouškuje rodidla a odvede porod. PA je po celou dobu porodu rodičce oporou, utěšuje a povzbuzuje ji, mezi kontrakcemi doporučuje odpočinek. Při porodu hlavičky plodu PA aplikuje Oxytocin 5j. i.v.- aktivní vedení třetí doby porodní. PA pečlivě zaznamená do porodní křivky dobu porodu, pohlaví, komplikace a jakékoliv změny na celkovém stavu rodičky. Pokud to stav dítěte po porodu umožňuje je dítě přiloženo k matce po odstřižení pupečníku (15, 43).

1.9.4.3 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní začíná po porodu dítěte a končí porodem placenty, obvykle do 30 minut. V první fázi se placenta odlučuje, ve druhé fázi dojde k jejímu vypuzení.

Rodička zůstává v gynekologické poloze. Při známkách odloučené placenty je vyzvána na tlačení Porodník zkontroluje celistvost placenty, úpon pupečníku, mateřskou i plodovou část a plodové obaly. PA zaznamená čas porodu placenty, její velikost a váhu, případně zajistí její odeslání na histologické vyšetření. Tato doba porodní je riziková vzhledem k možnému krvácení a ochabnutí dělohy. PA sleduje krvácení zevní i vnitřní. Pohmatem dělohy PA zjistí konzistenci a výšku fundu děložního. Zaznamená údaje do průběhu porodu zároveň s tlakem rodičky, pulsem a tělesnou teplotou (8,15, 43).

V případě poruchy odloučení nebo vypuzení placenty nebo v případě zadržení její části je rodička poučena o jejím vybavení v celkové anestezii manuálně, případně revizí dutiny děložní tupou kyretou. Před výkonem rodička podepisuje informovaný souhlas za účasti lékaře a porodní asistentky.

1.9.4.4 Čtvrtá doba porodní

Čtvrtá doba porodní je doba dvou hodin od porodu placenty, kdy rodička zůstává na porodním sále pod dohledem PA.

Po porodu placenty před ošetřením porodního poranění porodník digitálně reviduje dolní děložní segment, není-li neporušena jizva po císařském řezu. Rodička je poučena o nutnosti této kontroly. PA rodičku slovně připraví na vyšetření. Lékař zavádí ruku ve sterilní rukavici s návlkem do porodních cest. PA v průběhu zavádění ruky lékaře do rodidel provádí oplach rodidel desinfekčním roztokem, jako prevenci vzduchové embolie a udržuje s rodičkou kontakt.

PA asistuje porodníkovi při ošetření porodního poranění. Po ošetření je rodička omyta, jsou přiloženy vložky a zajištěno pohodlí k odpočinku na porodnickém lůžku. PA zkontroluje výšku a konzistenci fundu děložního, zhodnotí krvácení a poučí rodičku o 30 minutových intervalech kontroly dělohy z důvodu rizika možného krvácení v poporodním období. Zároveň zaznamená fyziologické funkce ženy, sleduje močení, všímá si reakcí na případnou bolest a zevní podněty, jejího chování a způsobu odpočinku (8). Rodička je poučena o nepřijímání tekutin a stravy během dvou hodin po porodu, v případě nutnosti podání celkové anestezie. Rodičce i doprovodu je umožněn

nerušený kontakt s dítětem. Po dvou hodinách bez komplikací je rodička předána na oddělení šestinedělí (15).

1.9.4.5 Akutní císařský řez

V průběhu porodu mohou nastat komplikace a je nutno porod ukončit akutním císařským řezem. Po stanovení indikace starším lékařem k ukončení porodu císařským řezem je nezbytné informovat úsek neonatologie, operační sál, anesteziologický úsek a jednotku intenzivní péče.

Porodní asistentka udržuje s rodičkou kontakt, vysvětluje postup výkonů i v této hektické záležitosti. Časový prostor k přípravě rodičky je dán naléhavostí operace. Rodička podepisuje informovaný souhlas k operaci (příloha 6) a anesteziologický souhlas. Při informování rodičky neopomíjíme doprovod rodičky. Psychickou přípravu nepodceňujeme. Rodička má obavy o dítě nebo o sebe, může být rozrušená. Porodní asistentka jí je oporou, uklidňuje ji a zajišťuje podání informací. Některé rodičky mohou mít obavy ze selhání při porodu, bylo-li jejich přání porodit po předchozím císařském řezu vaginálně (19).

Porodní asistentka aplikuje léky ordinované lékařem. Není-li zajištěn žilní vstup zajistí jej a objedná krev do pohotovosti, na žádost lékaře, na statim. Porodní asistentka oholí operační pole. Zavede rodičce permanentní močový katétr a napojí jej na sběrný sáček. Porodní asistentka vyzve rodičku k odložení šperků, vyjímatelné zubní náhrady a kontaktních čoček. Ozvy plodu a kontrakce děložní jsou monitorovány kardiotokografem až do doby převozu na operační sál. Porodní asistentka je zodpovědná za splnění veškerých ordinací a jejich řádné zapsání do dokumentace s časem a podpisem (28).

Na operačním sále porodní asistentka předá rodičku anesteziologovi a operačnímu týmu s veškerou dokumentací. Slovně předá informace o zdravotním stavu rodičky s důrazem na její aktuální stav. Sdělí čas podaných medikací, zvláštnosti v anamnéze a případné alergie (25,28).

Na operačním sále je rodička umístěna na operační stůl a připravena k operaci. Až do natření operačního pole porodní asistentka poslouchá ozvy plodu stetoskopem po každé kontrakci, případně podle aktuálního stavu. Po vybavení plodu operatérem

opouští porodní asistentka prostory operačního sálu. Rodička je po operaci převezena na gynekologickou jednotku intenzivní péče. Přijetím rodičky na JIP začíná pooperační fáze, která končí kompletním zotavením se po operaci (25).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit způsob vedení porodu rodiček, které mají v anamnéze předchozí porod císařským řezem, v perinatologickém centru Nemocnice České Budějovice a.s.

2. Zjistit, zda rodičky při iterativním císařském řezu žádají sterilizaci.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Porod rodičky s císařským řezem v anamnéze bude opět veden císařským řezem.

Hypotéza 2

Rodičky při iterativním císařském řezu žádají sterilizaci.

3. METODIKA

3.1 Použitá metodika

Jedná se o kvantitativní výzkum, prováděný retrospektivní analýzou dat na porodním sále v Nemocnici České Budějovice, a.s. v období od 1.1.2004 do 31.12.2008. Z porodních knih byly čerpány informace o paritě rodičky, věkové kategorii, týdnu ukončeného těhotenství, způsobu vedení porodu, v případě ukončení porodu císařským řezem, jsou zjištěny informace o typu řezu na děloze a využití možnosti sterilizace rodičkami při iterativním císařském řezu. V porodopisech byly ověřovány diagnózy k iterativnímu císařskému řezu, parita rodičky a vyhledávána data neuvedená v porodních knihách.

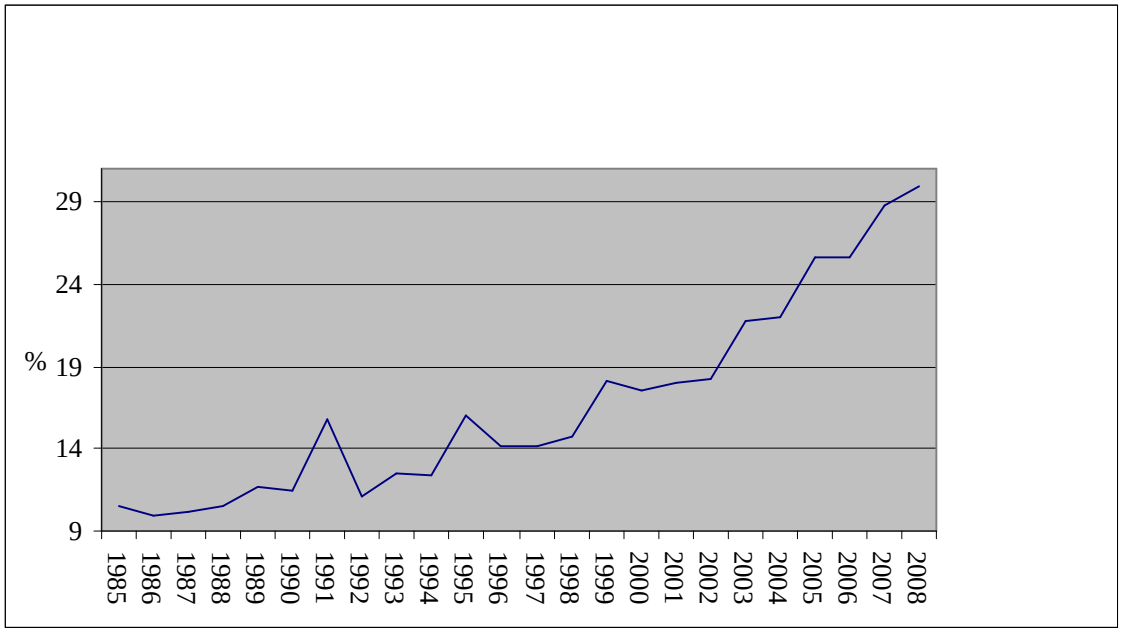
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V období od 1.1.2004 do 31.12.2008 porodilo v Českých Budějovicích 11 279 rodiček. Výběrový soubor uvedeného období tvoří celkem 828 rodiček, u nichž bylo uvedeno v anamnéze ukončení předchozího těhotenství císařským řezem. V roce 2004 se jednalo o 141 rodiček, v roce 2005 také o 141 rodiček, v roce 2006 o 156 rodiček, v roce 2007 byl nárůst na 176 rodiček a v roce 2008 již na 214 rodiček. Výzkumné šetření je zaměřeno na způsob vedení porodu těchto rodiček, na jejich věkovou kategorii, na paritu rodičky a ukončený týden těhotenství. Při vedení porodu iterativním císařským řezem se zaměřujeme na diagnózu, typ řezu a mapujeme zájem rodiček o provedení sterilizace.

Výsledky výzkumného šetření jsou rozpracovány na daný rok a znázorněny v grafech. Pod grafy jsou popsány získané údaje.

4. VÝSLEDKY

Graf č 1 Vývoj frekvence císařských řezů v Nemocnici České Budějovice, a.s. v letech 1985-2008



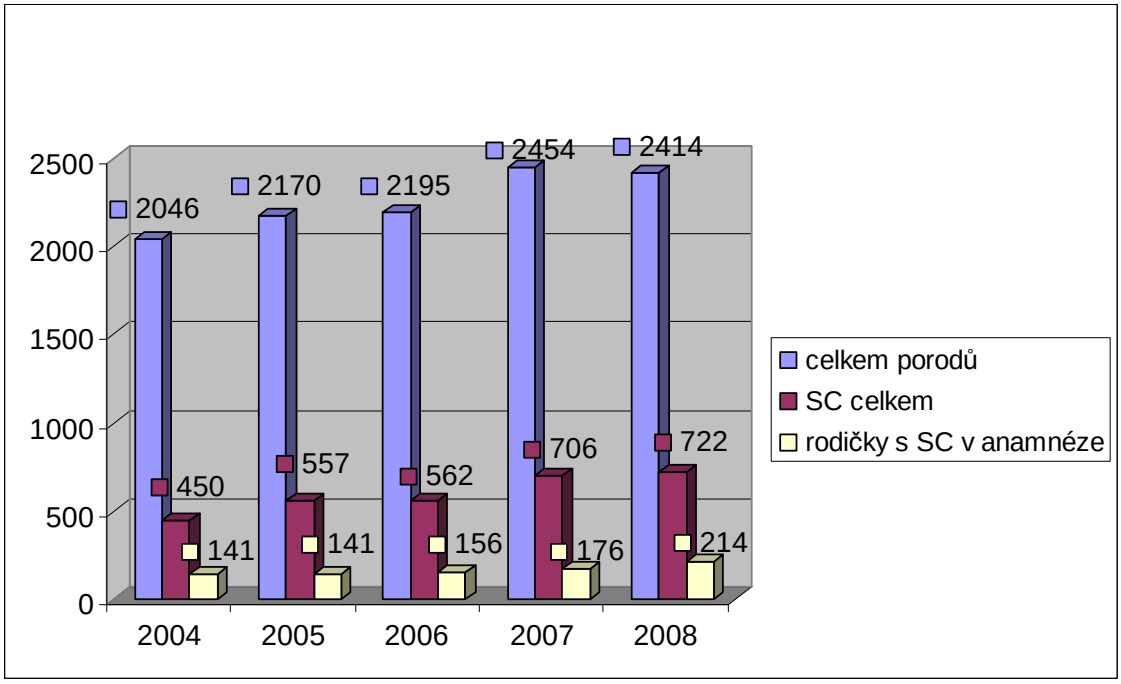
Graf č 1 znázorňuje vývoj frekvence císařských řezů (SC) v Nemocnici České Budějovice v letech 1985-2008. V grafu je patrný strmý vývoj frekvence císařských řezů. Maximum je v roce 2008, kdy je jednalo o 29,9 % porodů ukončených císařským řezem. Nejnižší procento porodů ukončených císařským řezem bylo v roce 1986, jednalo se o 9,95 % porodů. Procentuální přehled je uveden v tabulce 1.

Tabulka 1 Vývoj frekvence císařských řezů v Českých Budějovicích (r.1985-2008)

rok	% SC
1985	10,52
1986	9,95
1987	10,16
1988	10,57
1989	11,67
1990	11,45
1991	15,76
1992	11,07
1993	12,54
1994	12,41
1995	16,07
1996	14,15

rok	% SC
1997	14,13
1998	14,75
1999	18,10
2000	17,59
2001	18,04
2002	18,20
2003	21,74
2004	21,99
2005	25,67
2006	25,60
2007	28,77
2008	29,90

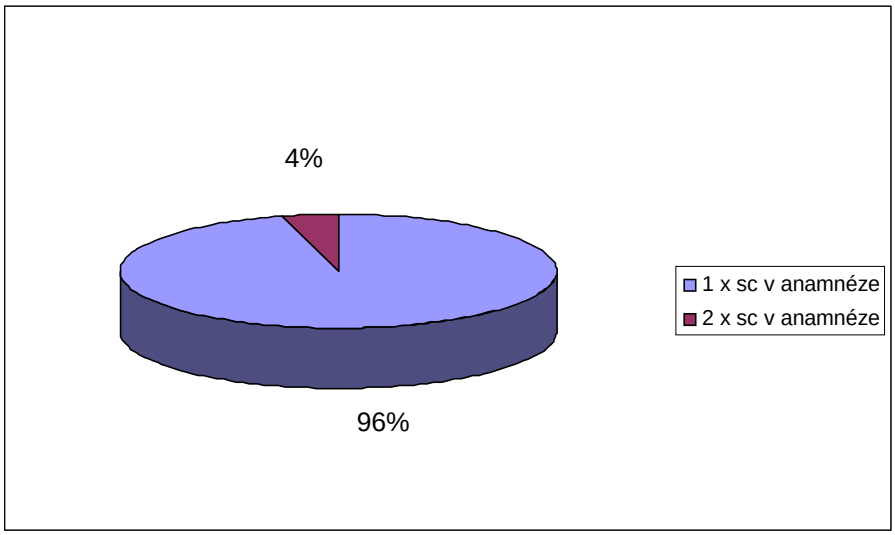
Graf č 2 Počet rodiček s císařským řezem v anamnéze vzhledem k počtu porodů a počtu císařských řezů (SC) v letech 2004-2008



Graf č 2 mapuje vývoj počtu rodiček s císařským řezem v anamnéze vzhledem k celkovému počtu porodů v daném roce a počtu císařských řezů. V roce 2004 se jednalo o 141 (6,89 %) rodiček s císařským řezem v anamnéze vzhledem k celkovému počtu porodů. V roce 2005 se jednalo také o 141 (6,49 %) rodiček. V roce 2006 bylo 156 (7,1 %) rodiček s touto anamnézou. V roce 2007 již o 176 (7,17 %) rodiček a v roce 2008 se jednalo o 214 (8,86 %) rodiček.

Graf č 3

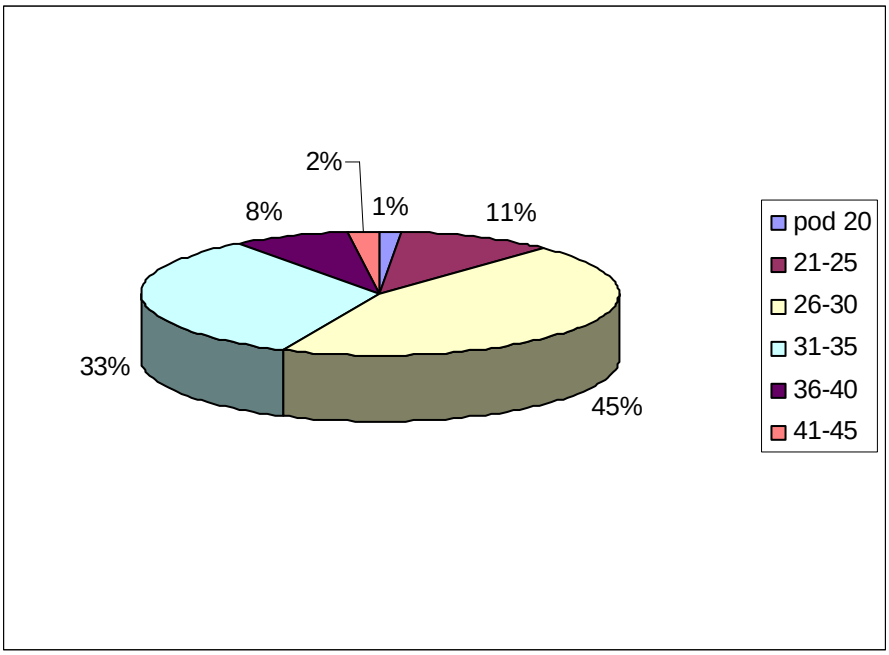
Rodičky s císařským řezem v anamnéze v roce 2004



Graf č 3 je zaměřen na počet císařských řezů v anamnéze rodičky. Z počtu 141 rodiček s císařským řezem v anamnéze je u 96 % (135) rodiček uveden jeden císařský řez v anamnéze, 4 % (6) rodiček má uvedeny dva císařské řezy v anamnéze.

Graf č 4

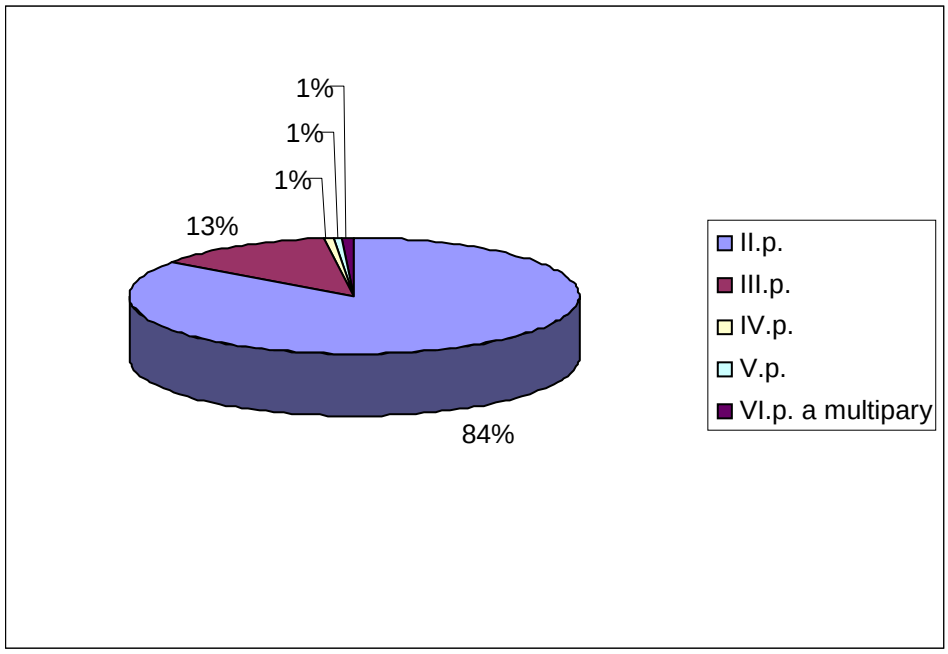
Věková kategorie rodiček v roce 2004



Graf č 4 znázorňuje věkovou kategorii rodiček v roce 2004. Z celkového počtu 141 rodiček s císařským řezem v anamnéze má největší zastoupení kategorie 26-30 let (63 rodiček) a to 45 %, následuje kategorie 31-35 let s 33 % (47 rodiček), 11 % má kategorie 21-25 let (15 rodiček), 8 % v kategorii 36-40 let (11 rodiček), 2 % v kategorii 41-45 let (3 rodičky) a nejméně zastoupená kategorie pod 20 let (2 rodičky) 1%.

Graf č 5

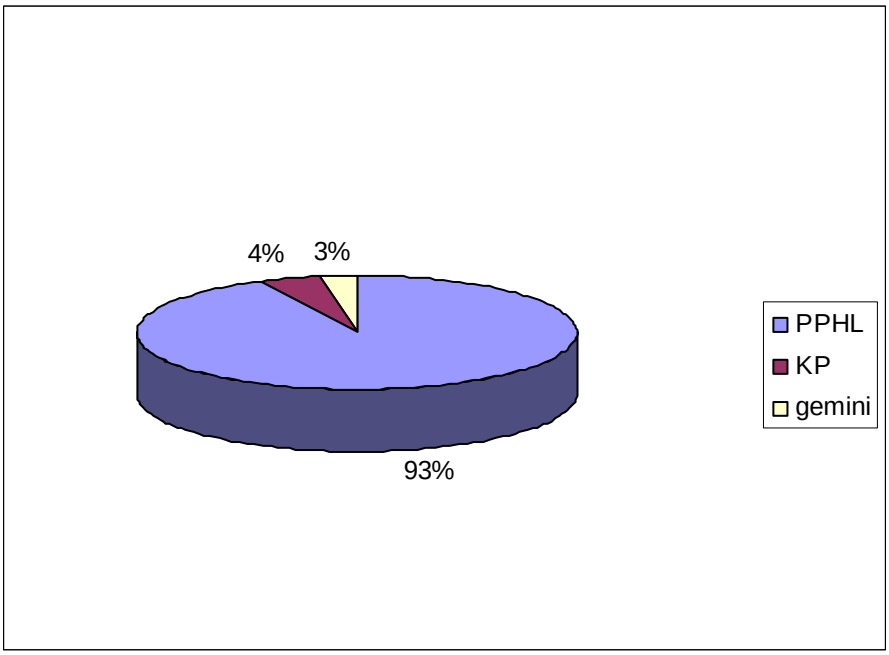
Parita rodičky v roce 2004



Graf č 5 znázorňuje paritu rodičky v roce 2004. Z celkového počtu 141 rodiček je 84 % (120 žen) secundipara, tercipara je zastoupena v 13 % (18 žen), quartipara 1 % (1 žena), quintipara 1 % (1 žena) a multipara je zastoupena 1% (1 žena).

Graf č 6

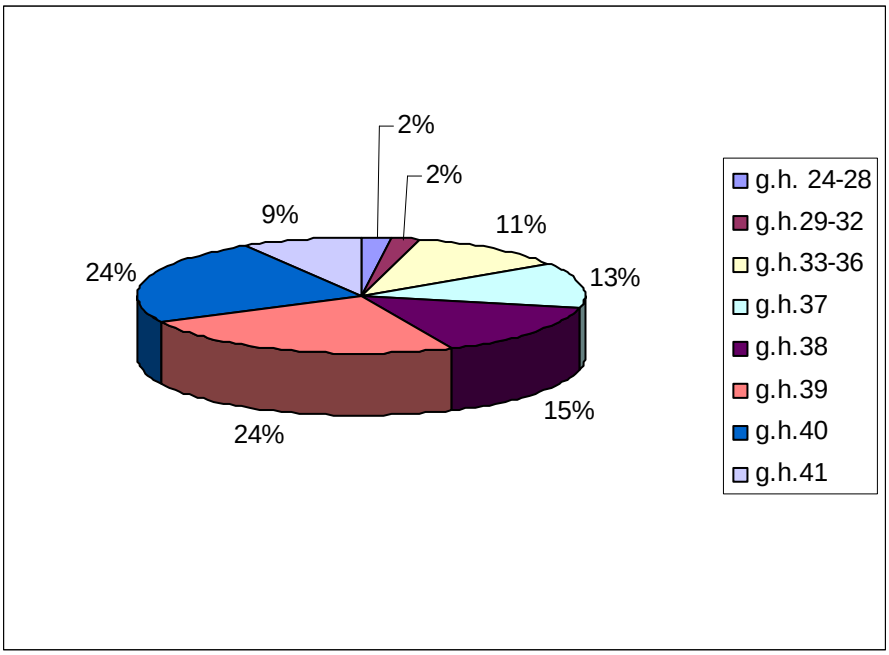
Poloha plodu v roce 2004



Graf č 6 znázorňuje polohu plodu rodičky. V 93 % (131) se jednalo o polohu podélnou hlavičkou. V 4 % (6) byla poloha plodu koncem pánevním (KP), ve 3 % (4) se jednalo o dvojčetné těhotenství (gemini). Dvojčata byla v poloze podélné hlavičkou (2), v příčné poloze oba plody (1) a kombinace polohy podélné hlavičkou a příčné polohy (1).

Graf č 7

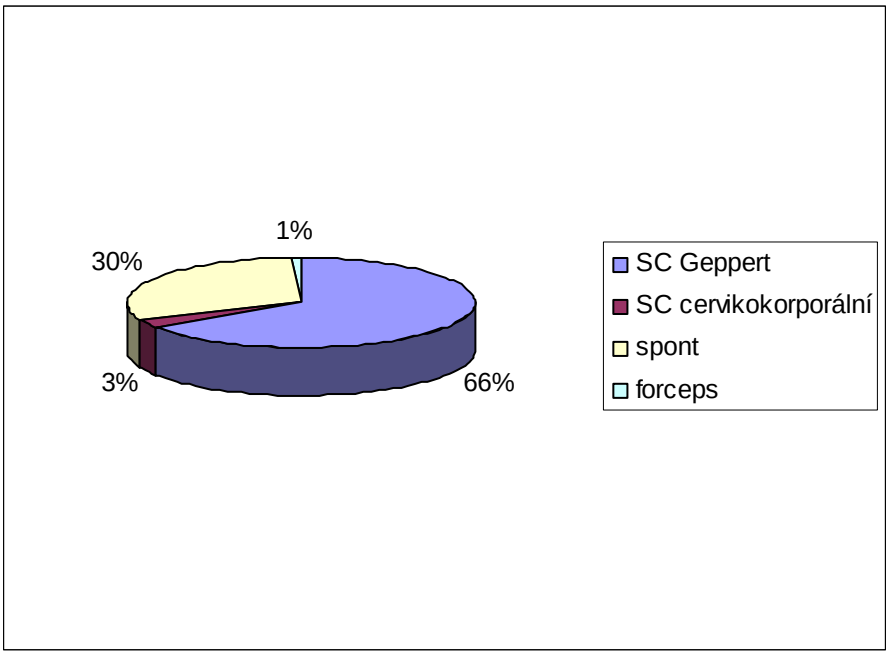
Ukončený týden těhotenství v roce 2004



Graf č 7 znázorňuje ukončený týden těhotenství v době porodu. 24% (34) těhotenství bylo ukončeno v 39 g.h., v 40 g.h. bylo také ukončeno 24 % (34) těhotenství, následuje g.h.38, v kterém bylo ukončeno 15 % (21) těhotenství. 13 % (18) porodů se uskutečnilo v 37 g.h. V 33-36 g.h. proběhlo 11 % (16) porodů. Ve 24-28 g.h. a 29-32 g.h. byla shodně ukončena 2 % (3) těhotenství. Ve 41 g.h. se jednalo o 9 % (12) těhotenství.

Graf č 8

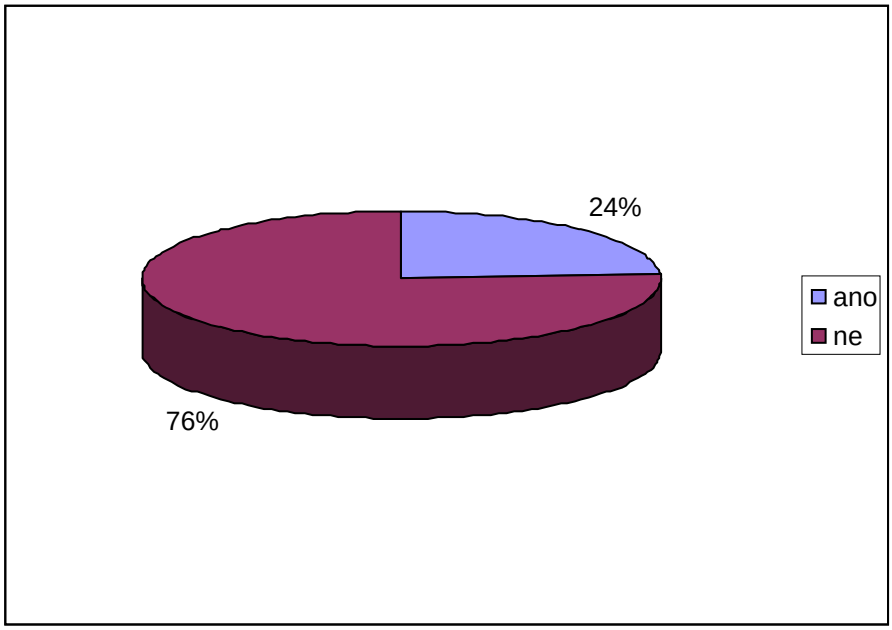
Vedení porodu rodiček s císařským řezem v anamnéze v roce 2004



V grafu č 8 je znázorněn způsob vedení porodu. 66 % (93) porodů bylo vedeno císařským řezem sec Geppert, Ve 3 % (4) byl u císařského řezu proveden cervikokorporální řez. U 30 % rodiček byl porod veden vaginálně, a v 1 % (1) byl porod ukončen operačně, per forcipem. V celkovém počtu vaginálně porodilo 31 % rodiček. Císařským řezem bylo vedeno 69 % porodů.

Graf č 9

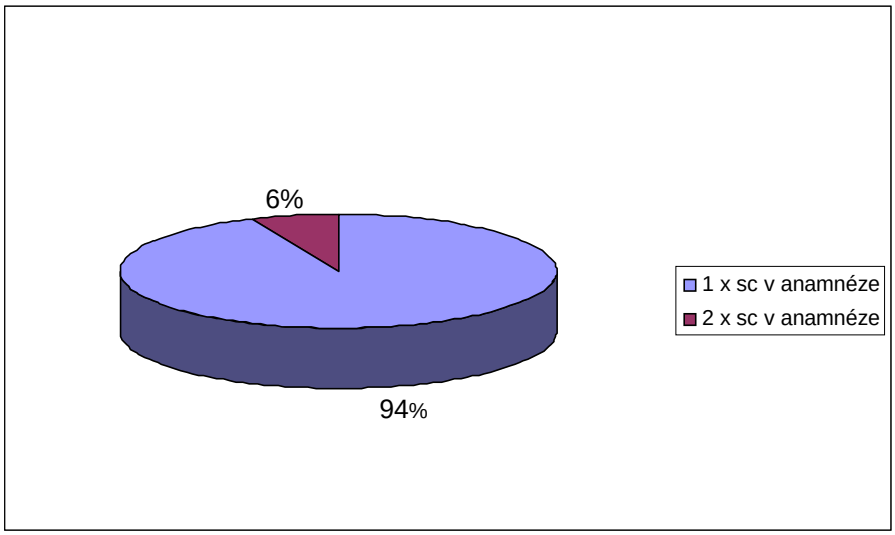
Zájem rodiček o sterilizaci v roce 2004



V grafu č 9 je mapován vývoj názoru rodiček na sterilizaci při iterativním císařském řezu. 76 % (107) rodiček sterilizaci nežádá. Z tohoto počtu nežádá sterilizaci 105 rodiček při druhém císařském řezu a 2 rodičky při třetím císařském řezu. 25 % (34) rodiček sterilizaci žádá. Jedná se o 30 rodiček při druhém císařském řezu a 4 rodičky při třetím císařském řezu.

Graf č 10

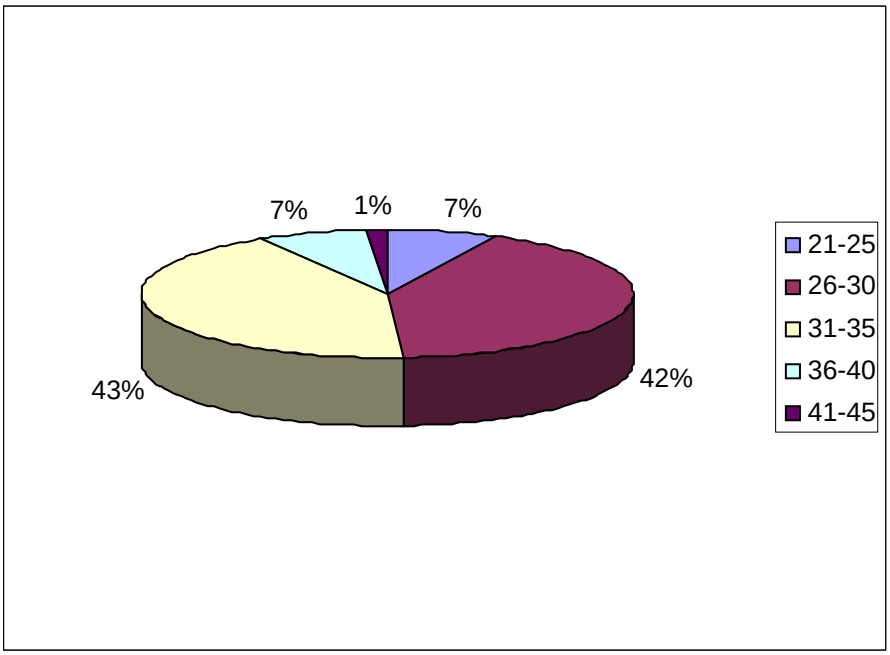
Rodičky s císařským řezem v anamnéze v roce 2005



Graf č 10 je zaměřen na počet císařských řezů v anamnéze rodičky. Z počtu 141 rodiček s císařským řezem v anamnéze je u 94 % (132) rodiček uveden jeden císařský řez v anamnéze, 4 % (9) rodiček má uvedeny dva císařské řezy v anamnéze.

Graf č 11

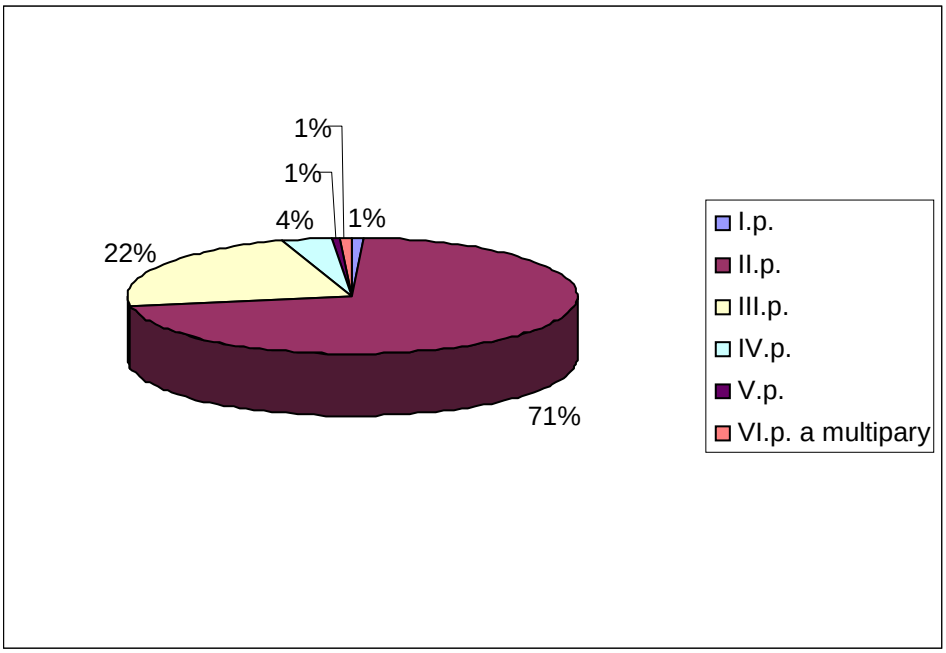
Věková kategorie rodiček v roce 2005



Graf č 11 znázorňuje věkovou kategorii rodiček v roce 2005. Z celkového počtu 141 rodiček s císařským řezem v anamnéze má největší zastoupení kategorie 31-35 let (60 rodiček) a to 43 %, následuje kategorie 26-30 let s 42 % (59 rodiček), 7 % má kategorie 21-25 let (10 rodiček), 7 % v kategorii 36-40 let (10 rodiček), 1 % v kategorii 41-45 let (2 rodičky).

Graf č 12

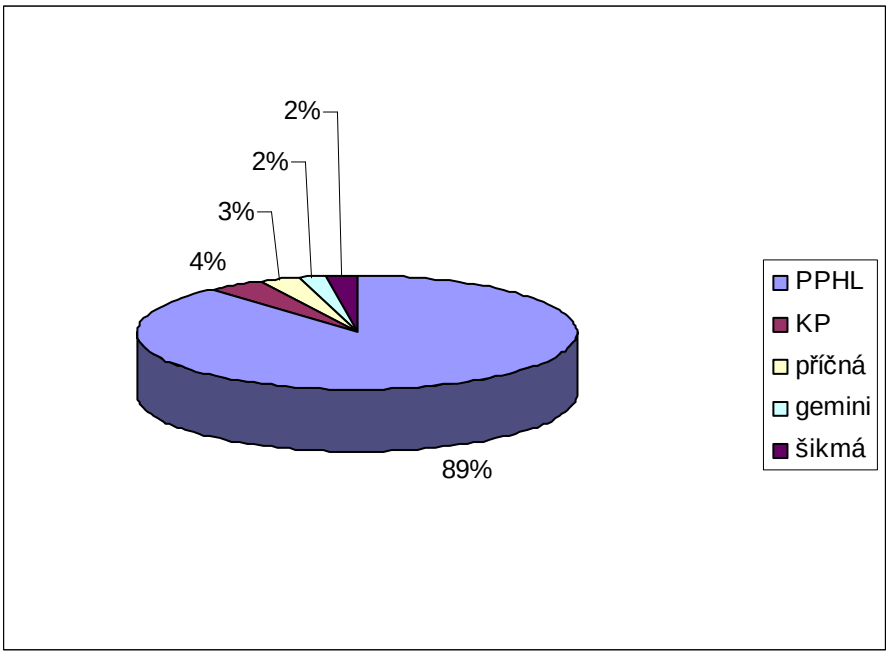
Parita rodičky v roce 2005



Graf č 12 znázorňuje paritu rodičky v roce 2005. Z celkového počtu 141 rodiček je 70 % (100 žen) secundipar, tercipary jsou zastoupeny ve 23 % (32 žen), quartipary 4 % (5 žen), quintipara 1 % (1 žena) a multipara je zastoupena 1% (1 žena). Ve vzorku je jedna primipara 1 %.

Graf č 13

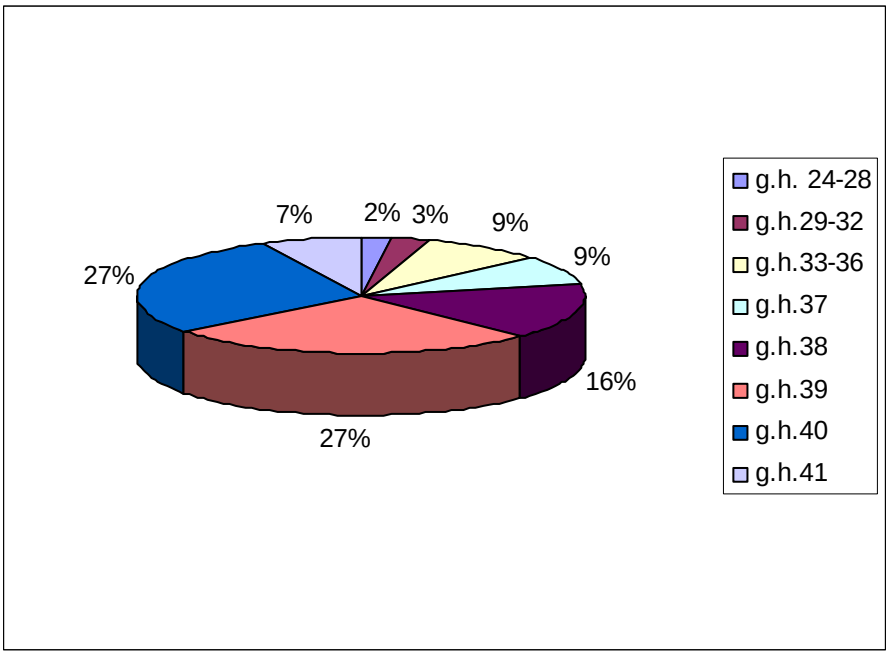
Poloha plodu v roce 2005



Graf č 13 znázorňuje polohu plodu rodičky. V 89 % (125) se jednalo o polohu podélnou hlavičkou. V 4 % (6) byla poloha plodu koncem pánevním (KP), ve 3 % (4) poloha příčná. Ve 2 % (3) byl plod v poloze šikmé. Ve 2 % (3) byla zastoupená dvojčata, dvakrát se jednalo o kolizní polohu a jedenkrát o polohu obou plodů podélnou hlavičkou.

Graf č 14

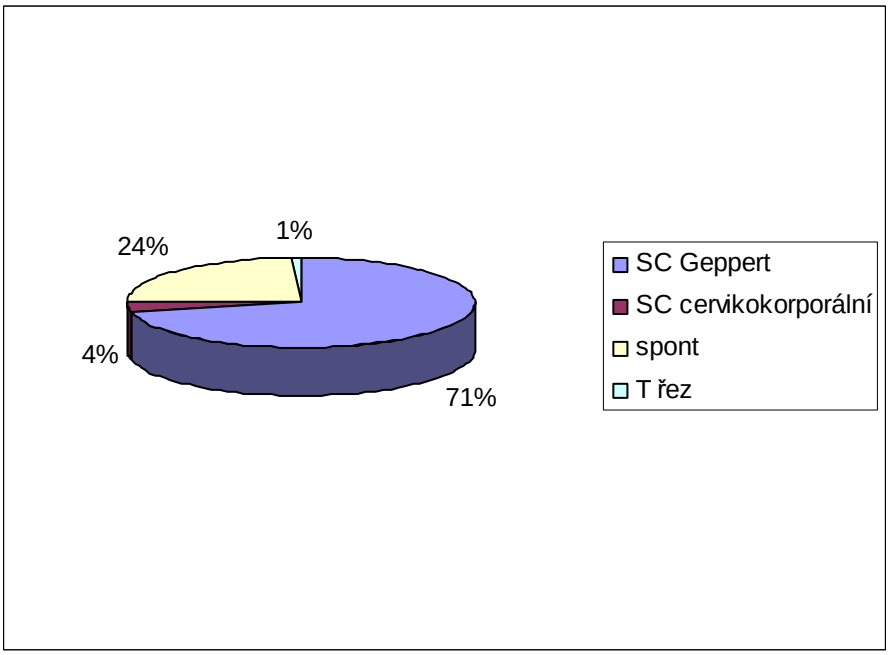
Ukončený týden těhotenství v roce 2005



Graf č 14 znázorňuje ukončený týden těhotenství v době porodu. 27%(38) těhotenství bylo ukončeno v 39 g.h., v 40 g.h. bylo také ukončeno 27 % (40) těhotenství, následuje g.h.38, v kterém bylo ukončeno 16 % (22) těhotenství. 9 % (12) porodů se uskutečnilo v 37 g.h. V 33-36 g.h. proběhlo 9 % (12) porodů. Ve 24-28 g.h. 2 % (3) těhotenství a 29-32 g.h. byla ukončena 3 % (4) těhotenství. Ve 41 g.h. se jednalo o 7 % (10) těhotenství.

Graf č 15

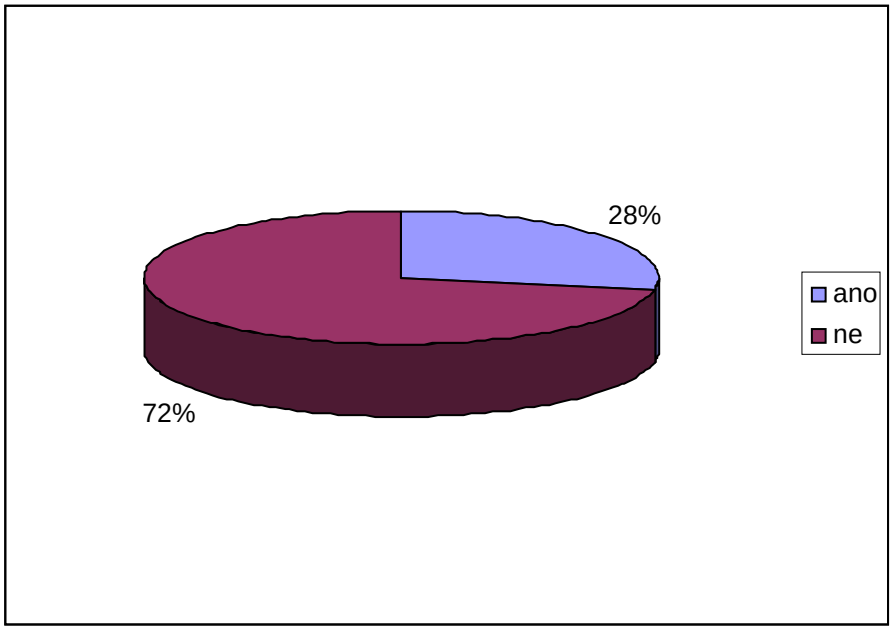
Vedení porodu rodiček s císařským řezem v anamnéze v roce 2005



V grafu č 15 je znázorněn způsob vedení porodu. 71 % (101) porodů bylo vedeno císařským řezem sec Geppert, Ve 4 % (5) byl u císařského řezu proveden cervikokorporální řez. V jednom případě 1 % (1) byl proveden T řez. U 24 % (34) rodiček byl porod veden vaginálně. Císařským řezem bylo vedeno celkem 76 % porodů.

Graf č 16

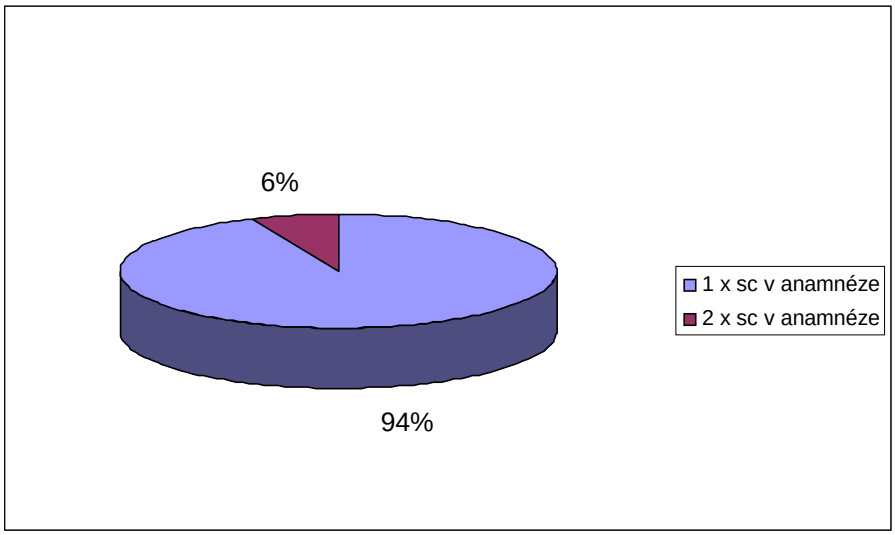
Zájem rodiček o sterilizaci v roce 2005



V grafu č 16 je mapován vývoj názoru rodiček na sterilizaci při iterativním císařském řezu. 72 % (102) rodiček sterilizaci nežádá. Z tohoto počtu nežádá sterilizaci 98 rodiček při druhém císařském řezu a 4 rodičky při třetím císařském řezu. 28 % (39) rodiček sterilizaci žádá. Jedná se o 34 rodiček při druhém císařském řezu a 5 rodiček při třetím císařském řezu.

Graf č 17

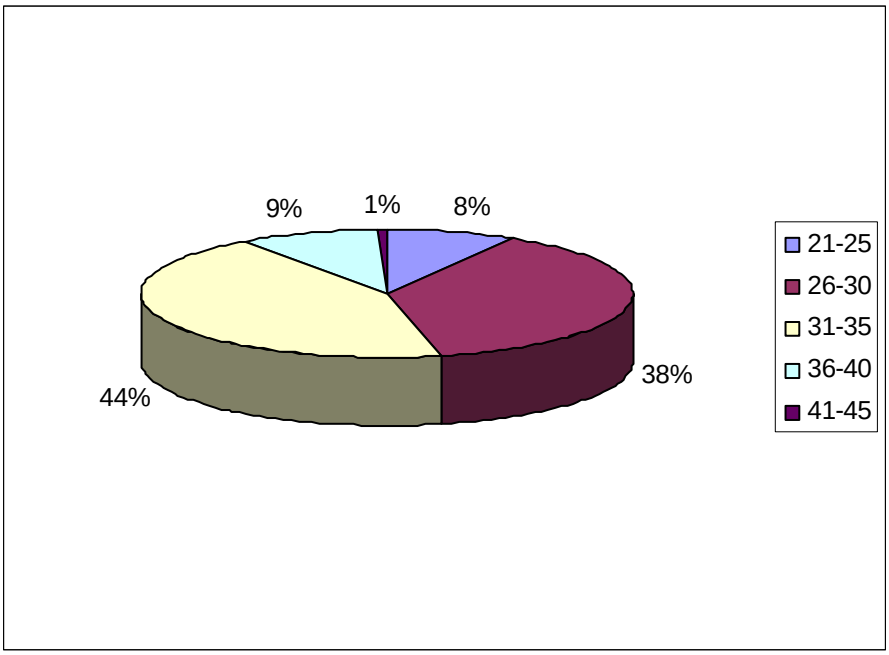
Rodičky s císařským řezem v anamnéze v roce 2006



Graf č 17 je zaměřen na počet císařských řezů v anamnéze rodičky. Z počtu 156 rodiček s císařským řezem v anamnéze je u 94 % (146) rodiček uveden jeden císařský řez v anamnéze, 6 % (10) rodiček má uvedeny dva císařské řezy v anamnéze.

Graf č 18

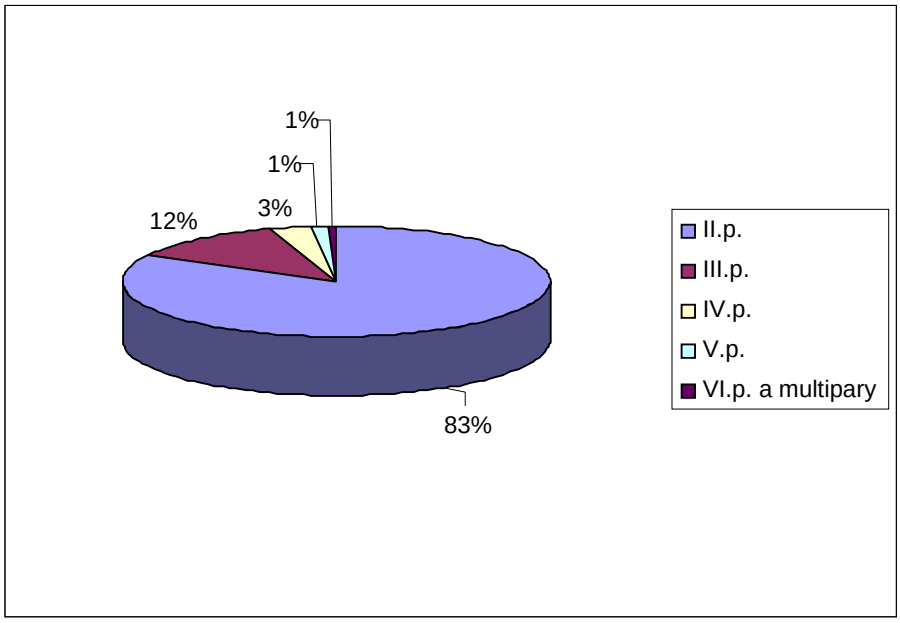
Věková kategorie rodiček v roce 2006



Graf č 18 znázorňuje věkovou kategorii rodiček v roce 2006. Z celkového počtu 156 rodiček s císařským řezem v anamnéze má největší zastoupení kategorie 31-35 let (67 rodiček) a to 44 %, následuje kategorie 26-30 let s 38% (58 rodiček), 8 % má kategorie 21-25 let (13 rodiček), 9 % v kategorii 36-40let (14 rodiček), 1 % v kategorii 41-45 let (1 rodička).

Graf 19

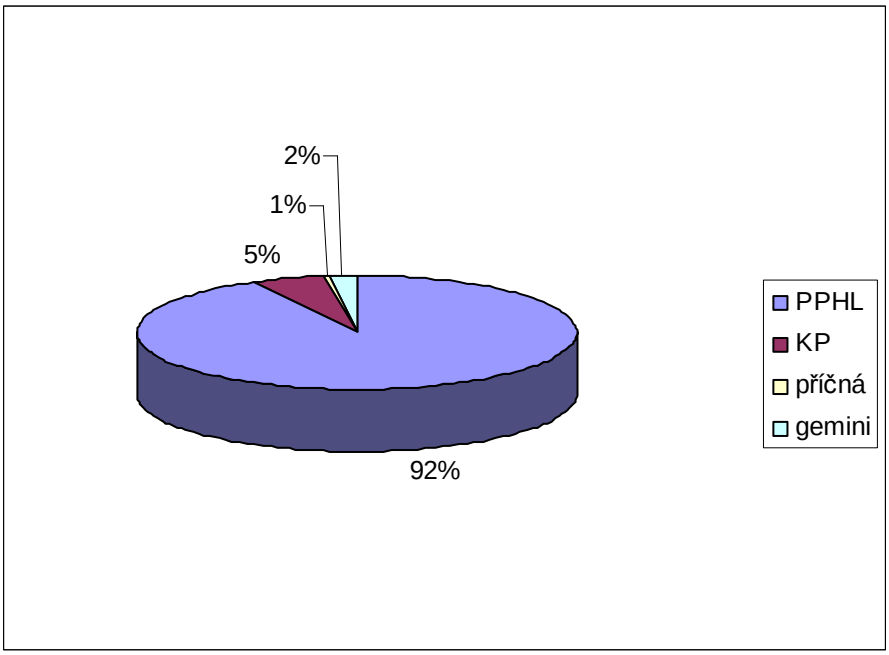
Parita rodičky v roce 2006



Graf č 19 znázorňuje paritu rodičky v roce 2006. Z celkového počtu 156 rodiček je 83 % (129 žen) secundipar, tercipary jsou zastoupeny ve 12 % (19 žen), quartipary 3 % (5 žen), quintipara 1 % (2 ženy) a multipara je zastoupena 1% (1 žena).

Graf č 20

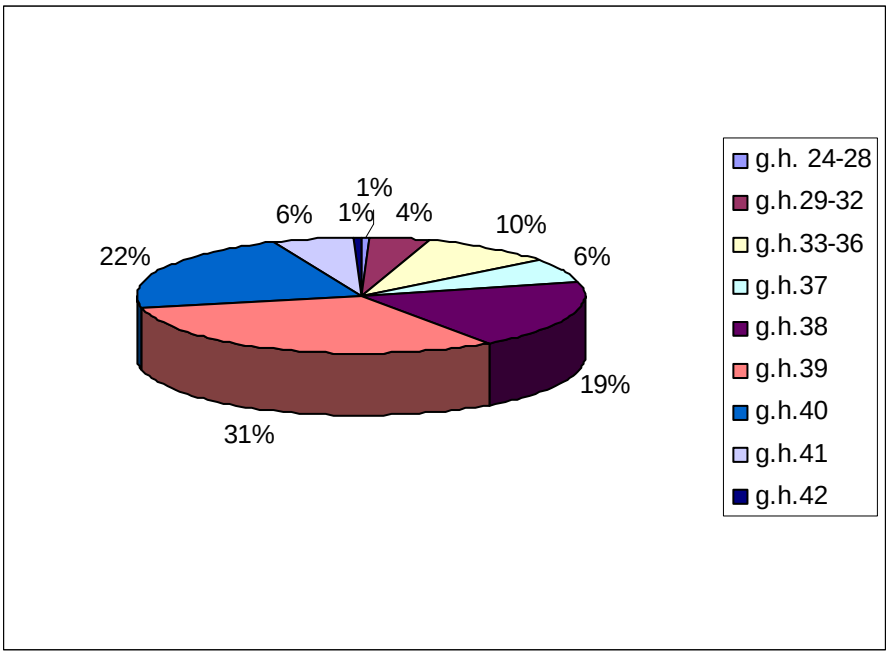
Poloha plodu v roce 2006



Graf č 20 znázorňuje polohu plodu rodičky. V 92 % (144) se jednalo o polohu podélnou hlavičkou. V 5 % (8) byla poloha plodu koncem pánevním (KP), v 1 % (1) poloha příčná. Ve 2 % (3) byla zastoupená dvojčata, všechny plody byly v poloze podélné hlavičkou.

Graf č 21

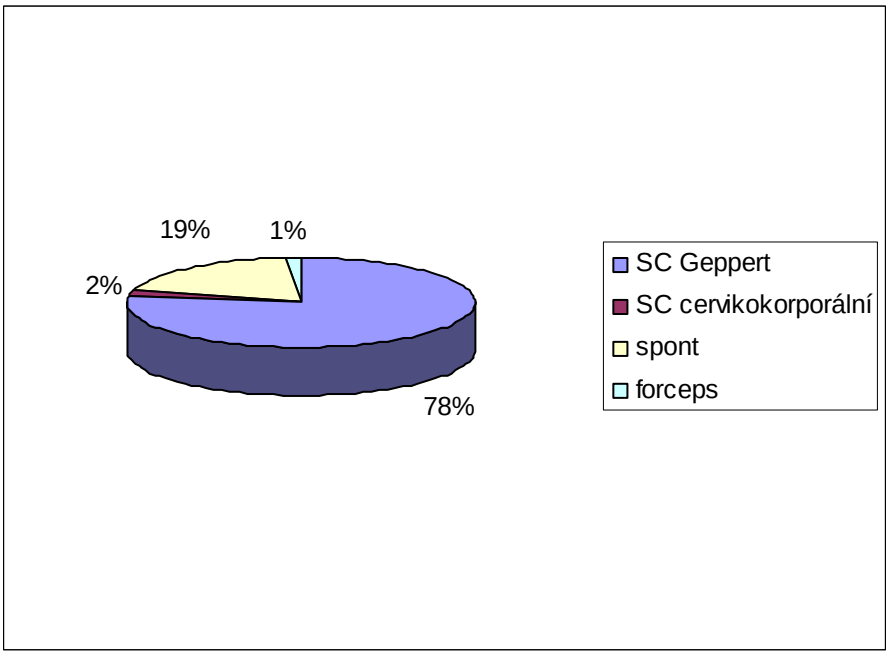
Ukončený týden těhotenství v roce 2006



Graf č 21 mapuje ukončený týden těhotenství. Nejvíce těhotenství bylo ukončeno v 39 g.h. a to 31 % (49) těhotenství. Následuje 40 g.h. s 22 % (34), 19 % (30) je v 38 g.h. 10 % (15) zaujímá 33-36 g.h. V 6 % je ukončeno těhotenství v 37 g.h. a 41 g.h., 4 % (7) představuje 29-32 g.h. a po 1 % se řadí k 42 g.h. a 24-28 g.h.

Graf č 22

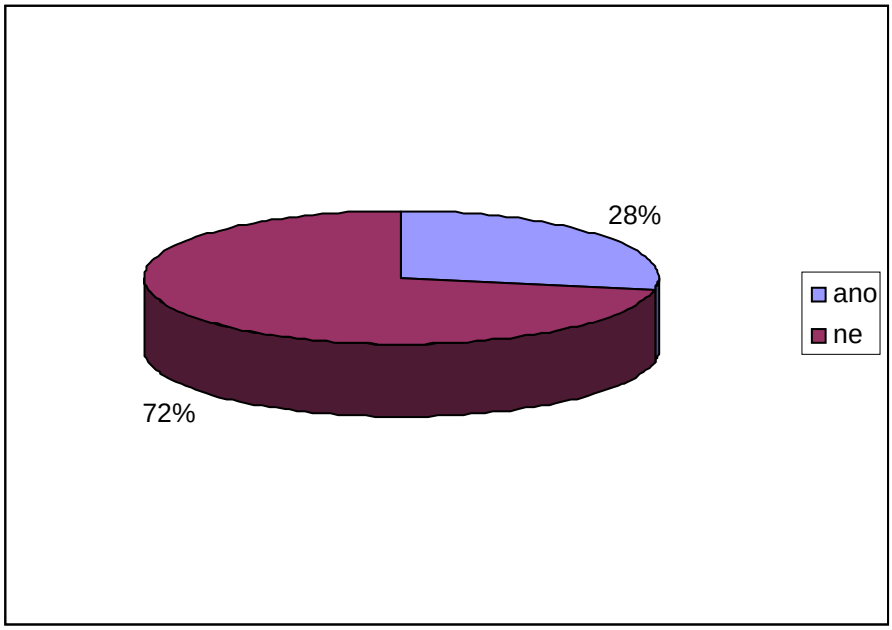
Vedení porodu rodiček s císařským řezem v anamnéze v roce 2006



V grafu č 22 je znázorněn způsob vedení porodu. 78 % (121) porodů bylo vedeno císařským řezem sec Geppert, Ve 2 % (3) byl u císařského řezu proveden cervikokorporální řez. U 20 % (32) rodiček byl porod veden vaginálně, z toho u 1 % (2) rodiček byl ukončen operačně per forcipem. Císařským řezem bylo celkem vedeno 80 % porodů.

Graf č 23

Zájem rodiček o sterilizaci v roce 2006

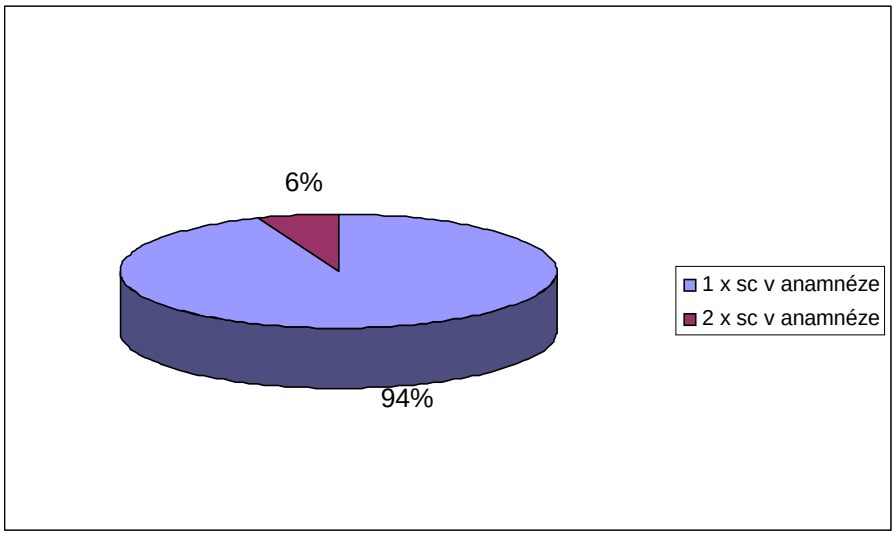


V grafu č 23 je mapován vývoj názoru rodiček na sterilizaci při iterativním císařském řezu. 72 % (112) rodiček sterilizaci nežádá. 28 % (43) rodiček sterilizaci žádá. Jedná se o 34 rodiček při druhém císařském řezu a 9 rodiček při třetím císařském řezu.

U jedné rodičky se jednalo o již druhou sterilizaci, gravidita následovala po jejím selhání. Jedna rodička nebyla do souboru započtena z důvodu již provedené sterilizace, gravidita byla metodou IVF.

Graf č 24

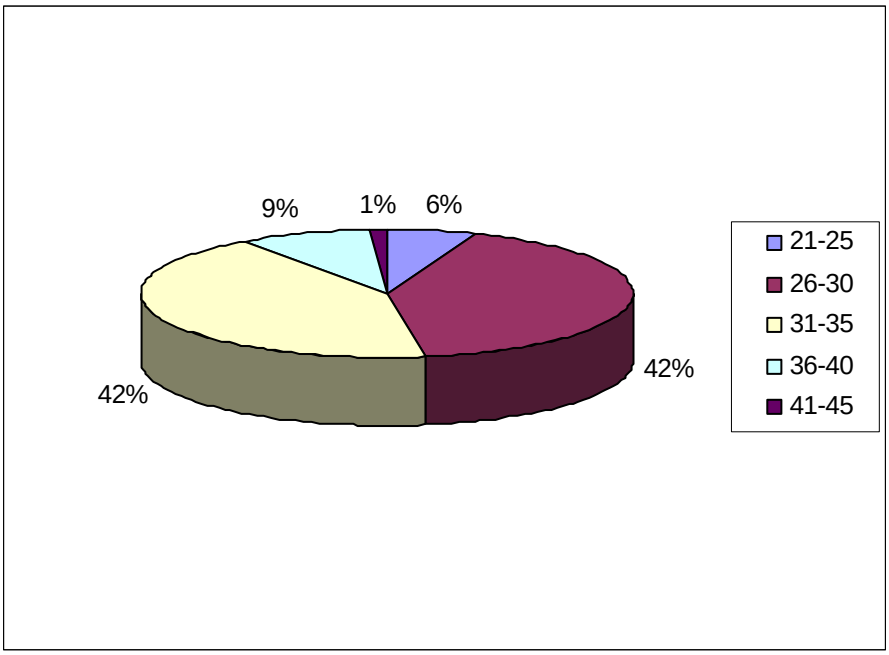
Rodičky s císařským řezem v anamnéze v roce 2007



Graf č 24 je zaměřen na počet císařských řezů v anamnéze rodičky. Z počtu 176 rodiček s císařským řezem v anamnéze je u 94 % (165) rodiček uveden jeden císařský řez v anamnéze, 6 % (11) rodiček má uvedeny dva císařské řezy v anamnéze.

Graf č 25

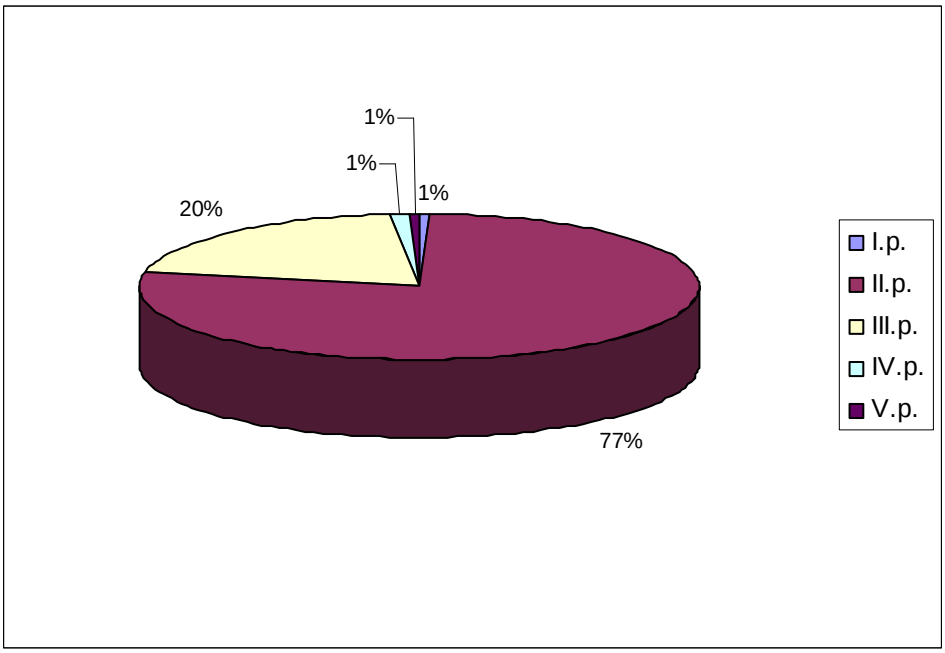
Věková kategorie rodiček v roce 2007



Graf č 25 znázorňuje věkovou kategorii rodiček v roce 2007. Z celkového počtu 176 rodiček s císařským řezem v anamnéze má stejné zastoupení kategorie 31-35 let a 26-30 let 42 % (74) rodiček, 9 % má kategorie 36-40 let (15 rodiček), 6 % v kategorii 21-25 let (10 rodiček), 1 % v kategorii 41-45 let (2 rodičky).

Graf 26

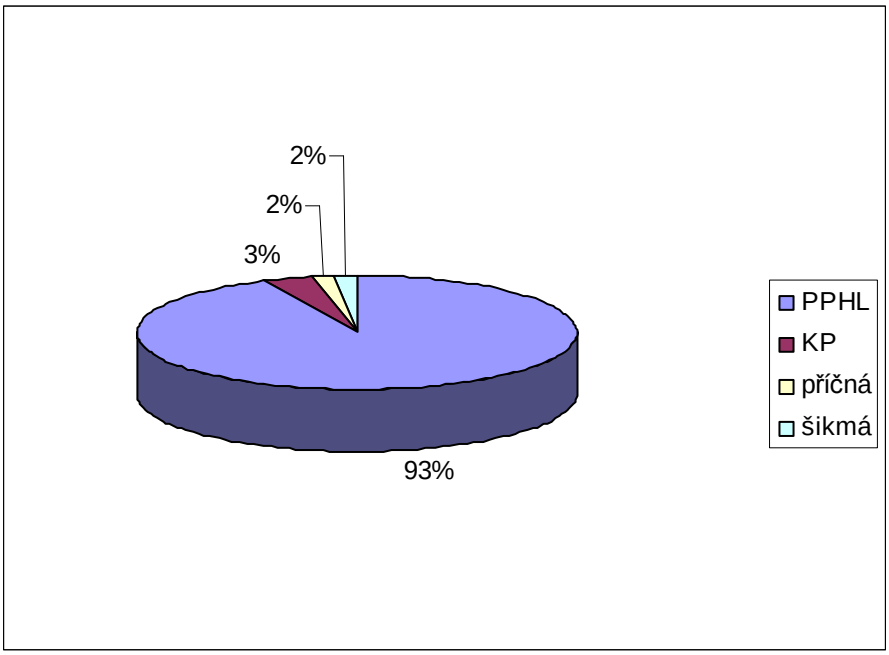
Parita rodičky v roce 2007



Graf č 26 znázorňuje paritu rodičky v roce 2007. Z celkového počtu 176 rodiček je 77 % (137 žen) secundipar, tercipary jsou zastoupeny ve 20 % (35 žen), quartipara 1 % (1), quintipara 1 % (1) a primipara je zastoupena 1% (1 rodička sectio minor v anamnéze).

Graf č 27

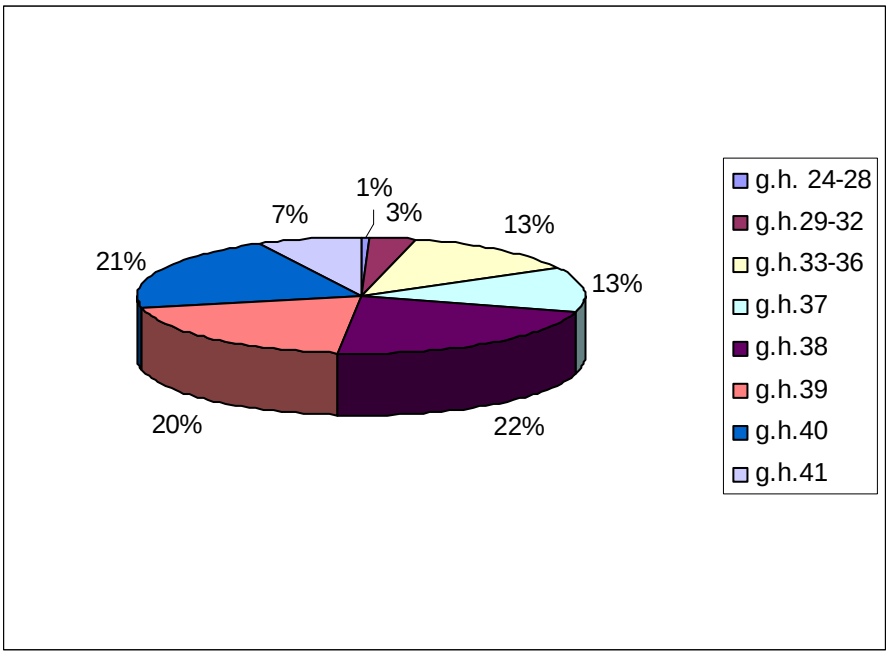
Poloha plodu v roce 2007



Graf č 27 znázorňuje polohu plodu rodičky. V 93 % (164) se jednalo o polohu podélnou hlavičkou. Ve 3 % (6) byla poloha plodu koncem pánevním (KP), ve 2 % (3) poloha příčná a poloha šikmá ve 2 % (3).

Graf č 28

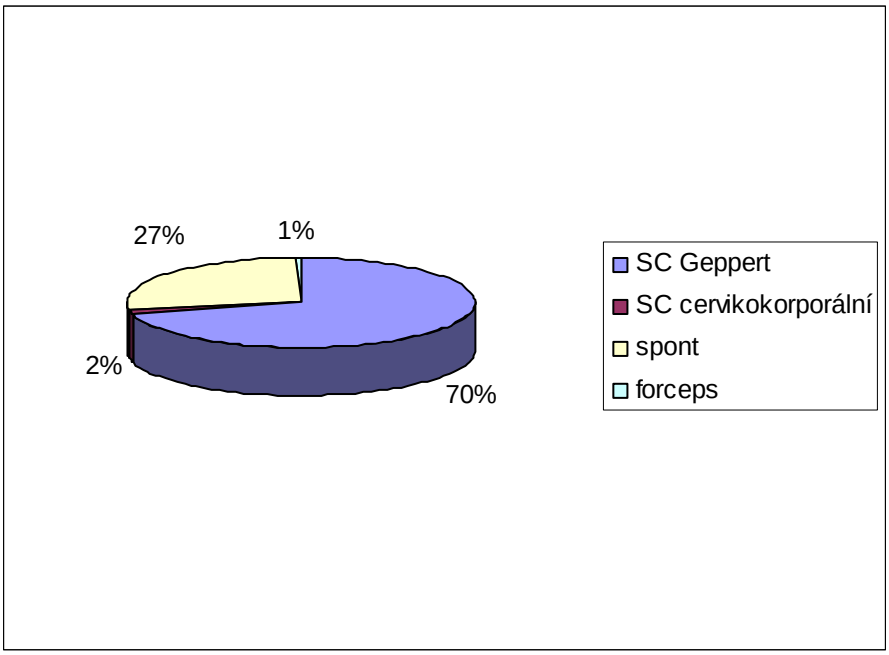
Ukončený týden těhotenství v roce 2007



Graf č 28 je zaměřen na ukončený týden těhotenství. Nejvíce těhotenství bylo ukončeno v 38 g.h. a to 22 % (39) těhotenství. Následuje 40 g.h. s 21 % (37) a 20 % (35) je v 39 g.h.. 33-36 g.h. a 37 g.h. zaujímá shodně po 13 %. V 7 % je ukončeno těhotenství v 41 g.h. 3 % (6) 29-32 g.h. a 1 % (1) 24-28 g.h.

Graf č 29

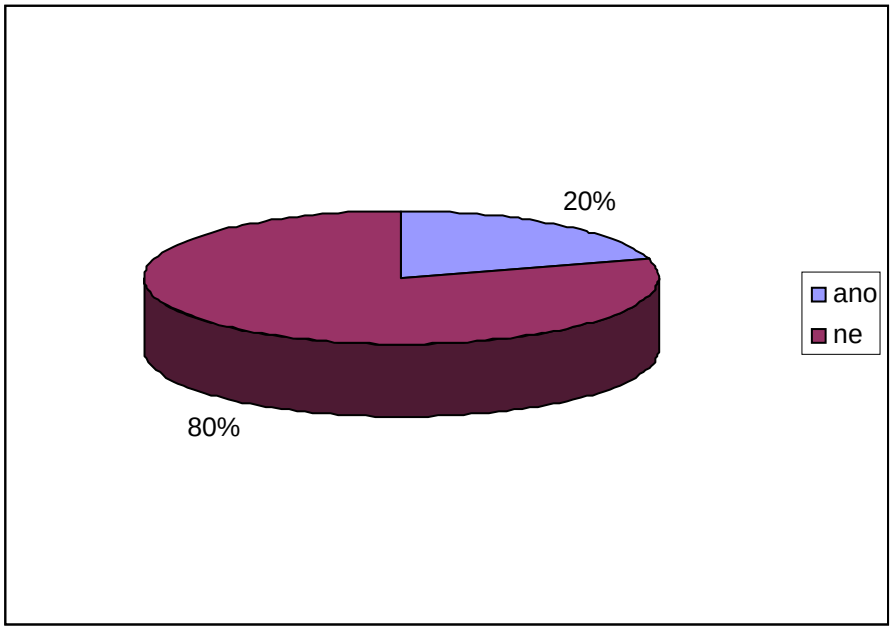
Vedení porodu rodiček s císařským řezem v anamnéze v roce 2007



V grafu č 29 je znázorněn způsob vedení porodu. 70 % (124) porodů bylo vedeno císařským řezem sec Geppert, Ve 2 % (3) byl u císařského řezu proveden cervikokorporální řez. U 28 % (49) rodiček byl porod veden vaginálně, z toho u 1 % (1) rodiček byl ukončen operačně per forcipem. Císařským řezem bylo celkem vedeno 72 % porodů.

Graf č 30

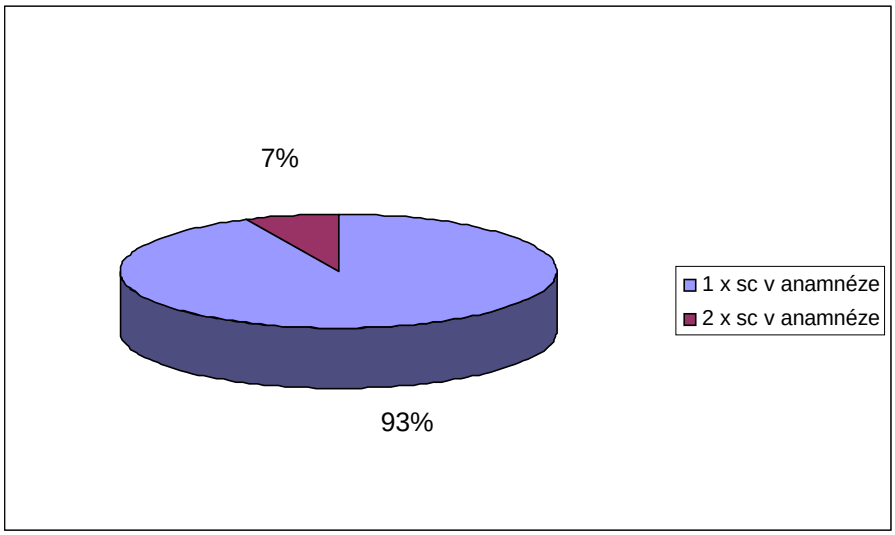
Zájem rodiček o sterilizaci v roce 2007



V grafu č 30 je mapován vývoj názoru rodiček na sterilizaci při iterativním císařském řezu. 80 % (140) rodiček sterilizaci nežádá. Z tohoto počtu nežádá sterilizaci 139 rodiček při druhém císařském řezu a 1 rodička při třetím císařském řezu. 20 % (36) rodiček sterilizaci žádá. Jedná se o 26 rodiček při druhém císařském řezu a 10 rodiček při třetím císařském řezu.

Graf č 31

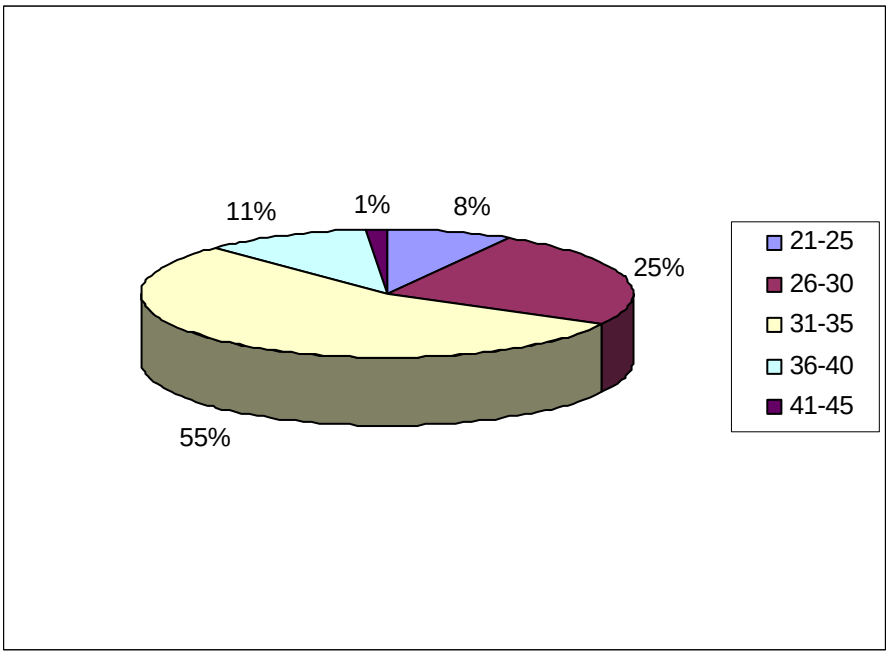
Rodičky s císařským řezem v anamnéze v roce 2008



Graf č 31 je zaměřen na počet císařských řezů v anamnéze rodičky. Z počtu 214 rodiček s císařským řezem v anamnéze v roce 2008 je u 93 % (199) rodiček uveden jeden císařský řez v anamnéze, 7 % (15) rodiček má uvedeny dva císařské řezy v anamnéze.

Graf č 32

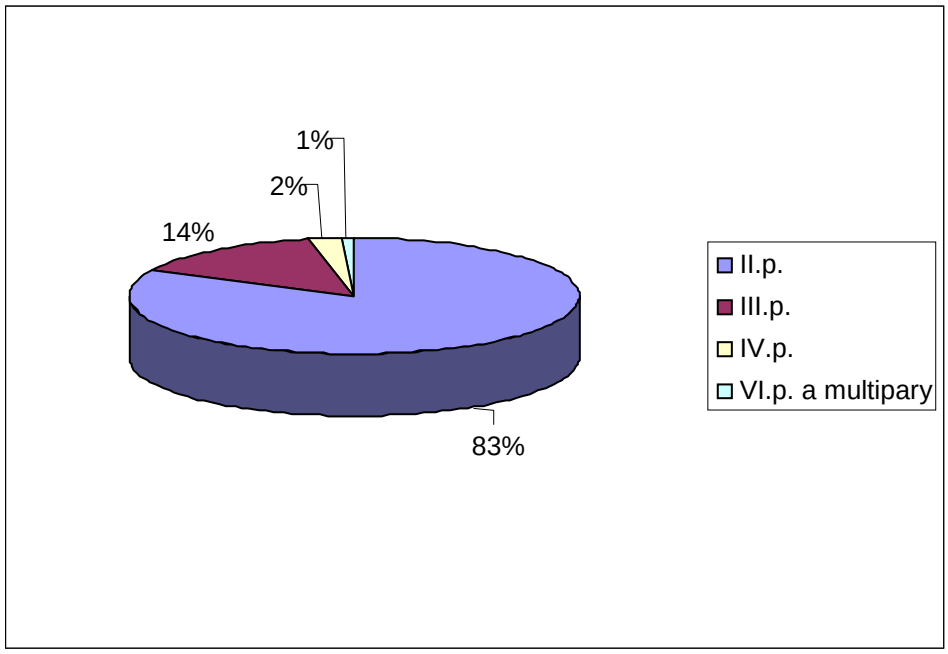
Věková kategorie rodiček v roce 2008



Graf č 32 znázorňuje věkovou kategorii rodiček v roce 2008. Z celkového počtu 214 má největší zastoupení věková kategorie 31-35 let 55 % (117), poté s 25 % (53) kategorie 26-30 let. 11 % (23) je v kategorii 36-40 let. 8 % (18) v kategorii 21-25 let a nejméně zastoupená věková skupina 41-45 let 1 % (3).

Graf 33

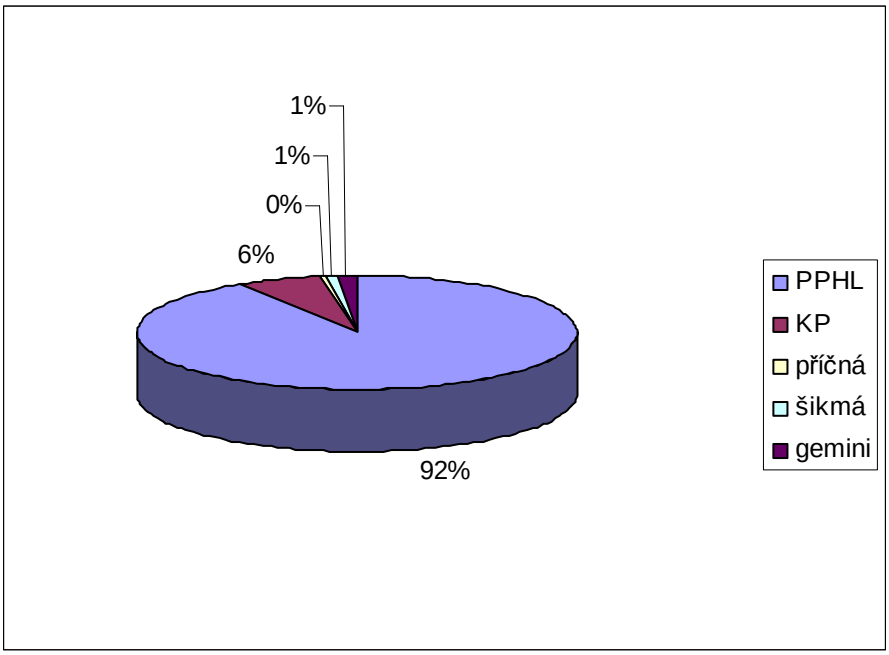
Parita rodičky v roce 2008



Graf č 33 znázorňuje paritu rodičky v roce 2008. Z celkového počtu 214 rodiček je 83 % (176 žen) secundipar, tercipary jsou zastoupeny v 14 % (31 žen), quartipara 2 % (5), multipary jsou zastoupeny 1 % (2).

Graf č 34

Poloha plodu v roce 2008

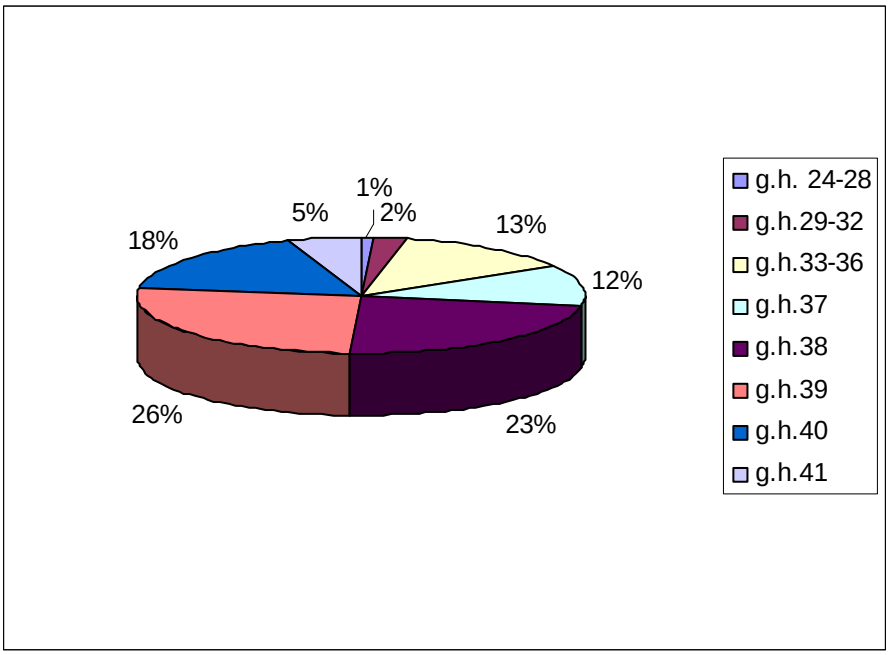


Graf č 34 znázorňuje polohu plodu rodičky. V 92 % (195) se jednalo o polohu podélnou hlavičkou. Ve 6 % (13) byla poloha plodu koncem pánevním (KP), v 1 % (2) se jednalo o polohu šikmou, poloha příčná byla přítomna v jednom případě 0 %.

V 1 % (3) se jednalo o gemini. Poloha dvojčat byla podélná hlavičkou oba plody (1) a kombinace PPHL a KP u plodu B (2).

Graf č 35

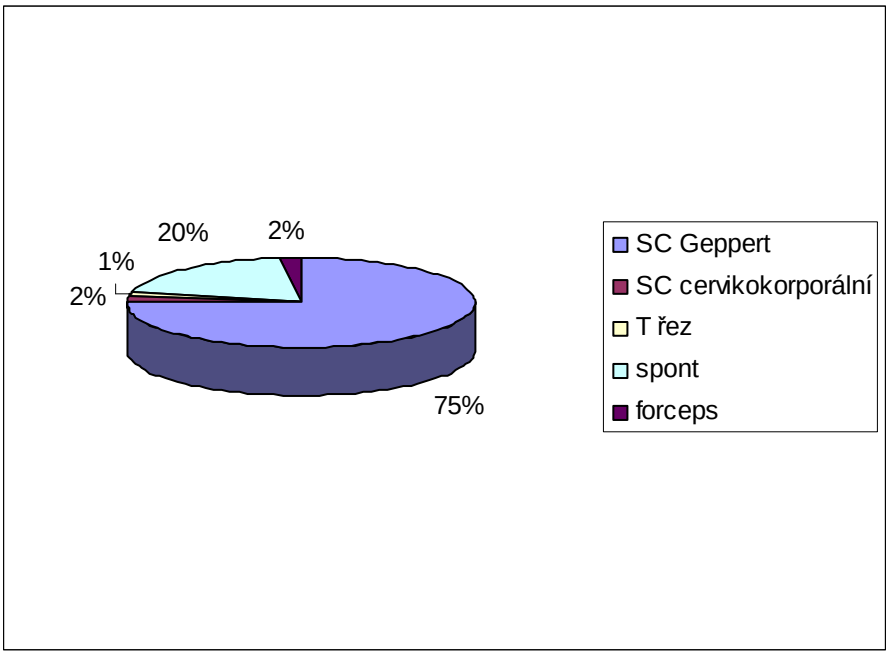
Ukončený týden těhotenství v roce 2008



Graf č 35 je zaměřen na ukončený týden těhotenství. Nejvíc těhotenství bylo ukončeno v 39 g.h. a to 26 % (56). Následuje 38 g.h. s 23 % (49). 18 % (38) je v 40 g.h.. 33-36 g.h. zaujímá 13 % (28). V 37 g.h. je ukončeno 12 % (25) těhotenství, ve 40 g.h. se jedná o 5 % (11), 29-32 g.h. představuje 2 % (5), a poslední v zastoupení je 24-28 g.h. 1 % (2).

Graf č 36

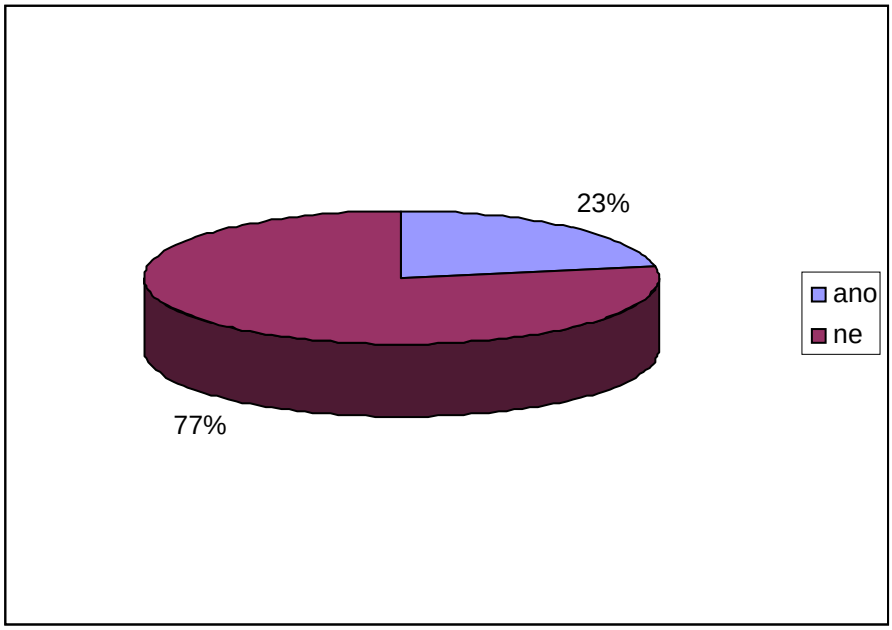
Vedení porodu rodiček s císařským řezem v anamnéze v roce 2008



V grafu č 36 je znázorněn způsob vedení porodu. 75 % (161) porodů bylo vedeno císařským řezem sec Geppert, Ve 2 % (5) byl u císařského řezu proveden cervikokorporální řez a v 1 % (2) byl proveden T řez. U 22 % (46) rodiček byl porod veden vaginálně, z toho u 2 % (4) rodiček byl ukončen operačně per forcipem. Císařským řezem bylo celkem vedeno 78 % porodů.

Graf č 37

Zájem rodiček o sterilizaci v roce 2008



V grafu č 37 je mapován vývoj názoru rodiček na sterilizaci při iterativním císařském řezu. Jedna rodička byla vyřazena z důvodu již provedené sterilizace. Následující gravidita byla metodou IVF. Sledovaný soubor tak obsahoval 213 (100%) rodiček.

77 % (165) rodiček sterilizaci nežádá. Z tohoto počtu nežádá sterilizaci 159 rodiček při druhém císařském řezu a 6 rodiček při třetím císařském řezu. 23 % (48) rodiček sterilizaci žádá. Jedná se o 40 rodiček při druhém císařském řezu a 8 rodiček při třetím císařském řezu.

Tabulka 1 Nejčastější indikace k iterativnímu císařskému řezu

Indikace k iterativnímu císařskému řezu	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Rodiček Celkem	Celkem %
Hrozící ruptura děložní	34	30	33	38	39	**177**	**21,38**
Rigidní cesty porodní	11	8	14	16	27	**76**	**9,19**
Primární indikace	10	14	17	11	16	**68**	**8,21**
Hrozící hypoxie plodu	9	19	15	11	9	**63**	**7,61**
2 x SC v anamnéze	6	9	10	11	15	**51**	**6,16**
Nepoměr plodu a pánve	0	3	6	9	13	**31**	**3,74**
Konec pánevní	4	6	4	3	9	**26**	**3,14**
Stp. Cervikokorporální řez	4	3	6	3	9	**25**	**3,02**
Velký plod	3	2	2	3	3	**13**	**1,57**
Poruchy naléhání	1	2	2	3	4	**12**	**1,45**
Gemini	1	3	0	4	2	**10**	**1,21**
Dystokie děložní	2	0	2	2	4	**10**	**1,21**
Sdružené indikace	1	0	0	5	4	**10**	**1,21**
Preeklampsie	0	3	3	2	1	**9**	**1,09**

Tabulka 1 znázorňuje nejčastější indikace k iterativnímu císařskému řezu v sestupném pořadí. Je zde zaznamenám počet rodiček k dané indikaci v daném roce, celkový počet rodiček a procentuální zastoupení ve sledovaném pětiletém období.

Tabulka 2 Ostatní indikace k iterativnímu císařskému řezu

Indikace k iterativnímu císařskému řezu	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Rodiček Celkem	Celkem %
Abrupce placenty /praevia	4	0	0	2	2	**8**	**0,97**
Stp. T řez	0	3	1	1	2	**7**	**0,85**
Předčasný porod	3	0	2	0	2	**7**	**0,85**
VVV dělohy	0	1	5	0	0	**6**	**0,72**
Stp.enukleaci myomu	0	0	0	3	1	**4**	**0,48**
Krvácení z porodních cest	0	0	0	0	2	**2**	**0,23**
Hepatopatie	0	0	0	0	2	**2**	**0,24**
IUGR plodu	0	0	2	0	0	**2**	**0,24**
Stp. SC minor	0	1	0	1	0	**2**	**0,24**
Myom děložní	0	0	0	0	1	**1**	**0,12**
TU ovar	1	0	0	0	0	**1**	**0,12**
Stp. SC Sekundární hojení	0	0	0	0	1	**1**	**0,12**

Tabulka 2 zaznamenává ostatní indikace k iterativnímu císařskému řezu, ve výskytu pod jedním procentem. Je zde zaznamenám počet rodiček k dané indikaci v daném roce, celkový počet rodiček a procentuální zastoupení ve sledovaném pětiletém období.

Tabulka 3 Výskyt ruptury děložní

Ruptura děložní	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Celkem
Latentní	1	0	0	0	2	3
Manifestní	0	0	0	0	1	1

Tabulka 3 mapuje výskyt ruptury děložní u rodiček s císařským řezem v anamnéze. Ve třech případech se jednalo o latentní dehiscenci děložní, která byla zjištěna při iterativním císařském řezu. V jednom případě rodička porodila vaginálně per forcipem z důvodu akutní hypoxie plodu a digitální revizí dolního děložního segmentu byla zjištěna ruptura děložní. Následovala revize poranění laparotomickou cestou.

5. DISKUZE

Výzkumné šetření bylo prováděno retrospektivní analýzou dat za pětileté období v letech 2004-2008. Data byla čerpána z porodních knih v daném období a byla upřesněna s ohledem na informace čerpané z porodopisů rodiček, které měly uvedeno ukončení předchozího porodu císařským řezem. Jednotlivé roky jsou rozpracovány a nyní porovnány.

Na počátku výzkumného šetření jsem se zajímala o vývoj frekvence císařských řezů v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. data byla dostupná od roku 1985 dosud. Graf č 1 doplněný tabulkou č 1 mapuje strmý vývoj frekvence císařských řezů v perinatologickém centru.

Graf č 2 srovnává počet rodiček s císařským řezem v anamnéze k počtu porodů a počtu porodů vedených císařským řezem. Počet rodiček s císařským řezem v anamnéze stoupá z 6,89 % v roce 2004 na 8,86 % v roce 2008.

Graf č 3, 10, 17, 24 a 31 mapujeme počet císařských řezů v anamnéze rodičky. Ve 4-7 % se stoupající frekvencí jsou v anamnéze rodičky uvedeny dva císařské řezy, v 96-93 % se jedná o jeden císařský řez v předchozí graviditě. V celkovém hodnocení za pětileté období má 6 % (51) rodiček v anamnéze dva císařské řezy a 94 % (777) rodiček jeden císařský řez.

V grafech č 4, 11, 18, 25, 32 je patrný posun věkové hranice rodiček.V posledních letech se v České republice zvyšuje plodnost žen ve věku 30-34 let. V mnoha zemích západní Evropy má tato skupina žen plodnost nejvyšší. Úhrnná plodnost v České republice od roku 1999 pozvolna narůstá, nyní činí 1,44 dítěte na ženu, během jejího reprodukčního období(40). V roce 2004 své druhé a další dítě porodilo 45 % rodiček ve věku 26-30 let, rodičky ve věku 31-35 let byly zastoupeny 33 %. V roce 2008 počet rodiček ve věkové kategorii 31-35 let tvoří již 55 % a rodičky ve věku 26-30 let zaujímají jen 25 %. Podle informací uvedených ve Zprávě o rodičce 2007 se v tomto roce narodilo zhruba 11 % dětí rodičkám po 35 věku. Ve sledovaném pětiletém období zaujímaly rodičky nad 35 let z celkového počtu 828 (100 %) rodiček 8,8 % (73). V roce 2007 se jednalo o 9 % (15) rodiček nad 35 let z 176 (100 %) rodiček s císařským řezem v anamnéze.

Graf č 5, 12, 19, 26, 33 zjišťuje paritu rodičky. Ve dvou případech se jednalo primiparu, secundigravidu. U těchto žen bylo předchozí těhotenství ukončeno císařským řezem - SC minor v druhém trimestru těhotenství a klasifikováno jako potrat. Z celkového souboru 828 rodiček (100%) má největší zastoupení kategorie rodiček podruhé rodících a to 79,9 % (662). Třetí dítě přivádí na svět jen 16,3 % rodiček (135). Ve dvou procentech (17) se jedná o čtvrté dítě. Páté dítě, šesté a více dítě má shodně 0,6 % (5) rodiček.

Poloha plodu případně plodů se stabilizuje ve třetím trimestru těhotenství. Poloha podélná hlavičkou (PPHL) je udávána v literatuře v 96,5 %, poloha koncem pánevním (KP) zaujímá 3 % na konci těhotenství. Patologická příčná poloha zaujímá 0,5 %. Šikmé polohy jsou polohy přechodné. Dvojčata- gemini se v populaci vyskytují v poměru 1: 80-90 porodů, incidence v České republice v r. 2004 je udávána 1,85 %. Nejčastější poloha u dvojčat je poloha podélná hlavičkou u obou plodů a zaujímá 45 %. 37 % je u polohy jednoho plodu koncem pánevním a druhého plodu hlavičkou(3). Poloha plodu v době porodu je zaznamenána v grafu č 6, 13, 20, 27, 34. V poloze podélné hlavičkou bylo 91,6 % (759) plodů, což je méně než je udávaný údaj v literatuře. V poloze koncem pánevním bylo 3,5 % (29) plodů, příčná i šikmá poloha se vyskytovala v 1,1 % (9), což je více než uváděné zastoupení. Poloha plodu u rodiček s císařským řezem v anamnéze je ovlivněna i délkou trvání těhotenství. Předčasný porod zastihne plod v poloze, ve které se v danou chvíli nachází. Dvojčetné těhotenství se vyskytovalo u 1,5 % (13) ze 100 % (828) rodiček s císařským řezem v anamnéze. Z tohoto počtu 13 (100%) rodiček s dvojčetným těhotenstvím, byla poloha obou plodů hlavičkou ve 54 % (7), ve 30 % (4) se jednalo o kombinaci polohy koncem pánevním a polohy podélné hlavičkou, 8 % (1) zaujímala shodně poloha příčná u obou plodů, a poloha podélná hlavičkou u plodu A s poloha příčnou u plodu B.

Předčasný porod je definován ukončením těhotenstvím před dokončeným 37 týdnem těhotenství (3). V perinatologických centrech vlivem soustředění rizikových a patologických těhotných je vyšší incidence předčasných porodů. Ve sledovaném souboru 828 (100 %) rodiček je těhotenství předčasně ukončeno u 16,3 % (135) rodiček s císařským řezem v anamnéze a převyšuje tak údaj 6 % výskytu předčasných porodů

v České republice (3). Po ukončeném 37 týdnu těhotenství bylo ukončeno 83,7 % (693) těhotenství s maximem 25,6 % v 39 týdnu těhotenství. Procentuální zastoupení ukončeného týdnu těhotenství je patrné z grafů č 7, 14, 21, 28, 35.

Pro potvrzení nebo vyvrácení první hypotézy, která tvrdí, že porod rodičky s císařským řezem v anamnéze bude opět veden císařským řezem, byly stěžejní informace o způsobu vedení porodu. Tato data jsou zanesena v grafu č 8, 15, 22, 29, 36. Ve sledovaném pětiletém období 24,8 % (205) rodiček porodilo vaginálně a u 75,2 % (623) rodiček byl porod veden iterativním císařským řezem. 1 % (8) rodiček s císařským řezem v anamnéze porodilo vaginálně operačně per forcipem. Vaginální vedení porodu kolísalo od 20 % do 31 % v jednotlivých letech. V roce 2004 bylo odvedeno nejvíce porodů vaginálně a to 31 %, u rodiček s císařským řezem v anamnéze. Nejméně porodů odvedených vaginálně, a to 20 %, z porodů vedených u rodiček s císařským řezem v anamnéze bylo v roce 2006. Při iterativním císařském řezu byl ve sledovaném pětiletém období nejčastěji užíván řez dle Gepperta (600 rodiček), ve 20 případech se jednalo o cervikokorporální řez a u 3 rodiček byl proveden „T“ řez . Rodičky, které měly v anamnéze uvedeny 2 císařské řezy porodily ve 100 % iterativním císařským řezem.

Dalším sledovaným parametrem výzkumného šetření bylo zjištění nejčastější lékařské diagnózy k iterativní sekci. Tyto diagnózy jsou rozpracovány v tabulce 1 a 2.
Na prvních pěti místech figuruje hrozící ruptura děložní (21,38 %), rigidní cesty porodní (9,19 %), primární indikace k císařskému řezu (8,21 %), hrozící hypoxie plodu (7,61 %) a 2x udávaný císařský řez v anamnéze (6,16 %). Předchozí císařský řez s ohledem na všechny jeho souvislosti, jako je předchozí typ řezu, dva císařské řezy v anamnéze, stav po sekundárním hojení a stav po sc minor zaujímá celkem 31,8 % diagnóz k iterativní sekci. Druhou nejčastější diagnózou jsou rigidní cesty porodní s 9,19 %. Hrozící hypoxie plodu bývá uváděna na prvním místě indikací (6,39). U rodiček s císařským řezem v anamnéze tato diagnóza hrozící hypoxie plodu zaujímá až třetí místo, vyřadíme-li z daného žebříčku primární indikace (8,21 %), jež jsou známy již v těhotenství a iterativní císařský řez je plánován.

Tabulka 3 je zaměřena na výskyt ruptury děložní. Latentní dehiscence a manifestní ruptura děložní byla zjištěna u 4 (0,48 %) rodiček s císařským řezem v anamnéze. U všech rodiček byl původní řez veden dle Gepperta. Tento údaj odpovídá výskytu ruptur děložních, při příčném řezu na děloze v dolním děložním segmentu, uváděných v rozmezí 0,25-0,5 % (10, 17).

Druhá hypotéza předpokládá žádost rodičky o sterilizaci při iterativním císařském řezu. Vývoji názoru rodiček na sterilizaci a jejich zájem o ni je mapován v grafu č 9, 16, 23, 30, 37. Během výzkumného šetření bylo zjištěno v roce 2006 jedno selhání již provedené sterilizace. Rodička při třetím císařském řezu zažádala znovu o její provedení. Literatura udává selhání tubární sterilizace, tzv. Pearl index, od 0,2-0,6 %(6). Tento index udává počet nežádoucích těhotenství na sto žen při užívání dané antikoncepční metody v průběhu roku. Dvě rodičky ve sledovaném souboru byly vyřazeny pro již provedenou sterilizaci. Tyto ženy využily k dalšímu početí asistovanou reprodukci. Ve sledovaném období bylo ohledně sterilizace osloveno 826 (100%) rodiček. Z tohoto počtu 75,8 % (626) rodiček sterilizaci nežádalo. Zájem o sterilizaci při iterativním císařském řezu mělo jen 24,2 % (200) rodiček. Zájem o sterilizaci se pohyboval od 20-28 %. Nejvíce rodiček žádalo o sterilizaci v roce 2006, naproti tomu o rok později žádalo o sterilizaci jen 20 % rodiček, nejméně ve sledovaném období. Zajímavé je rozdělení rodiček podle počtu císařských řezů v anamnéze v souvislosti s žádostí o sterilizaci. Při druhém císařském řezu žádá o sterilizaci pouze 21 % rodiček, ale při třetím císařském řezu se jedná již o 74 % rodiček.

Cílem práce bylo zjistit způsob vedení porodu rodiček, které mají v anamnéze předchozí porod císařským řezem, v perinatologickém centru Nemocnice České Budějovice, a.s. Druhým cílem bylo zjistit, zda rodičky při iterativním císařském řezu žádají sterilizaci. Cíle byly splněny.

Hypotéza 1 předpokládala, že porod rodičky s císařským řezem v anamnéze bude opět veden císařským řezem. Pro závěr této hypotézy byly použity grafy č 8, 15, 22, 29, 36. Tato hypotéza byla výzkumným šetřením potvrzena.

Hypotéza 2 předpokládala, že rodičky při iterativním císařském řezu žádají sterilizaci. Tato hypotéza nebyla potvrzena na základě grafů č 9, 12, 23, 30, 37.

6. ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na vedení porodu rodiček s anamnézou císařského řezu v předchozí graviditě. Byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký je způsob vedení porodu rodiček, které mají v anamnéze předchozí porod císařským řezem, v perinatologickém centru Nemocnice České Budějovice a.s. Druhý cíl byl zaměřen na žádost rodiček o sterilizaci při iterativním císařském řezu. Cíle byly splněny. K cílům byly stanoveny hypotézy.

Hypotéza 1 zní: Porod rodičky s císařským řezem v anamnéze bude opět veden císařským řezem. Tato hypotéza byla výzkumným šetřením potvrzena. Opakovaným císařským řezem byl porod veden u 75,2 % rodiček.

Hypotéza 2 zní: Rodičky při iterativním císařském řezu žádají sterilizaci. Žádost o provedení sterilizace při iterativním císařském řezu vzneslo 24,2 % rodiček.

Výsledky výzkumného šetření potvrdily stoupající frekvenci císařských řezů a jejich velký vliv na vedení následujícího porodu. Vzhledem k nezájmu rodiček o sterilizaci, lze předpokládat v příštích letech vyšší výskyt rodiček, které budou mít v anamnéze dva i tři císařské řezy. Porodní asistentky se budou s těmito rodičkami setkávat v terénu, v ambulantní i nemocniční sféře. Porodní asistentky, i rodičky s císařským řezem v anamnéze, by měly být seznámeny s výhodami a komplikacemi porodu vedeného vaginální cestou i císařským řezem.

Vzhledem ke zvyšujícímu se věku rodiček a nízké úhrnné plodnosti žen v České republice mě překvapilo odmítání sterilizace rodičkou při iterativním císařském řezu. Mimo jiné i proto, že se jedná o vysoce spolehlivou antikoncepční metodu. Domnívám se, že možnou příčinou by mohla být nedostatečná informovanost těhotných žen v prenatálních poradnách anebo negativní vnímání důsledku tohoto nevratného zákroku. Rodičky také nemusí mít dostatek času si tuto záležitost v klidu rozmyslet a rozebrat s partnerem. Proto by bylo zajímavé zjistit, jaký důvod rodičky k odmítání sterilizace skutečně vede.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BINDER, T. Komplikace císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví - Císařský řez.* LEVRET s.r.o. Praha: 2008, vol. 17, č. 1, s. 89-95. ISSN 1211-1058
2. *Císařský řez*. Dostupné z: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/28.pdf 1.12.2008
3. ČECH, E.; HÁJEK, Z.; MARŠÁL, K.; SRP, B. *Porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. 544+2 strany barevné přílohy. ISBN 80-247-1313-9
4. ČINČURA, J. *Počet císařských řezů roste* Dostupné z: http://www.tribune.cz/archiv/mtr/134/3961 20.1.2009
5. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví.* 1.vyd. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2001.144 s. ISBN 80-246-0277-6
6. DOLEŽAL, A. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2
7. DOLEŽAL, A. Historie císařského řezu do XX. století. *Moderní gynekologie a porodnictví – Císařský řez.* LEVRET s.r.o. Praha: 2008, vol. 17, č. 1, s. 37-44. ISSN 1211-1058
8. ELIAŠOVÁ, A. *Porodná asistencia I Fyziológia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-261-8
9. FUŇKA, J. Anestezie k císařskému řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví- Císařský řez.* LEVRET s.r.o. Praha: 2008, vol. 17, č. 1, s. 28-36. ISSN 1211-1058
10. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2004. 444s. ISBN 80-247-0418-8
11. HANÁČEK, J. Pokus o spontánní porod versus elektivní císařský řez u žen po předchozím porodu císařským řezem. *Moderní babictví.* LEVRET s.r.o. Praha: 2008, č. 16, s.16-21. ISSN 1214-5572
12. HANÁČEK, J. *Porod po předchozím císařském řezu* Dostupné z: http://www.sanquis.cz/index.php?linkID=pls30&kat=2 19.1.2009
13. HANÁKOVÁ, T. *Císařský řez.* Dostupné z: http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/9_08.html 1.12.2008

14. CHARLES, J. Lockwood. Proč stoupá počet císařských řezů? Dostupné z: http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/GPP_1-2005_01_C1.pdf 26.1.2009
15. JUŘENÍKOVÁ, P.; HŮSKOVÁ, J.; PETROVÁ, V. *Ošetřovatelství 1.část.* 2. vyd. Středisko služeb školám Uherské Hradiště- vlastním nákladem:1999, 228 s.
16. KAMENÍKOVÁ, M.; KYASOVÁ, M. *Ošetřovatelské diagnózy na porodním sále.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s. 2003. 89 s. ISBN 80-247-0285-1
17. KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví.* 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s., ISBN 80-7262-315-X
18. KŘEPELKA, P. *Císařský řez – Historie, současnost a chirurgický minimalismus.* Dostupné z: http://www.sanquis.cz/index.php?linkID=art850 27.1.2009
19. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství.* 1. vyd. české. Praha: Grada Publishink, a.s., 2004. 951 s.ISBN 80-0668-7
20. LOMÍČKOVÁ, T. Komplikace porodu císařským řezem. *Moderní gynekologie a porodnictví - Porod II.* Levret s.r.o. Praha: 2007, vol. 16, č. 1, s. 47-51. ISSN 1211-1058
21. LOMÍČKOVÁ, T. Indikace císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví – Porod II.* LEVRET s.r.o. Praha: 2007, vol. 16, č. 1, s. 47-51. ISSN 1211-1058
22. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách.* 1. vyd. Praha: Grada Publishink, a.s., 2006. s. 264. ISBN 80-247-1399-3
23. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. a kol. *Infekce v gynekologii a porodnictví* . 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 371 s. ISBN 80-7345-038-0
24. MĚCHUROVÁ, A. Metody provedení císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví – Císařský řez.* LEVRET s.r.o. Praha: 2008, vol. 17, č. 1, s. 37-44. ISSN 1211-1058
25. MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II.* 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4
26. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2
27. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví.* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2

28. ROZTOČIL, A. et.al. *Intenzívní péče na porodním sále.*1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 274s. ISBN 80-7013-230-2
29. ROZTOČIL, A. Iterativní císařský řez. *Moderní gynekologie a porodnictví – Císařský řez.* LEVRET s.r.o. Praha: 2008, vol. 17, č. 1, s. 85-88. ISSN 1211-1058
30. ROZTOČIL, A. Těhotenství v jizvě po předchozím císařském řezu. *Gynekologie po promoci.* Medical Tribune CZ, s.r.o., Praha: 2005, ročník V, č. 5, s. 54-55, ISSN 1213-2578
31. ROZTOČIL, A. Vaginální porod po císařském řezu: Stojí za to riskovat? Komentář. *Gynekologie po promoci,* Medical Tribune CZ, s.r.o., Praha: 2004, ročník IV, č. 2, s. 63-69, ISSN 1213-2578
32. ROZTOČIL, A. PESCHOUT, R. *Císařský řez na přání těhotné.* Dostupné z: http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=359259 1.12.2008
33. SÁK, P.; OTÁSKOVÁ, J.; VODIČKOVÁ, H.; KOUDELKOVÁ, V. *Standardy ošetřovatelské péče v porodní asistenci.* 1. vyd. Nemocnice České Budějovice, a.s.:2008, s. 238, ISBN 978-80-254-3774-2
34. SEKCE PERINATÁLNÍ MEDICÍNY ČGPS ČLS JEP. *Doporučený postup při vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze podélné koncem pánevním*. Dostupné z: http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/kp.htm 2.2.2009
35. Směrnice č. 1/1972 Věst. MZ ČSR, Provádění sterilizace
36. STOLÍKOVÁ, J. Právní aspekty antikoncepce, sterilizace a interrupce. *Moderní babictví.* LEVRET s.r.o. Praha: 2004, č. 4, s.39-44. ISSN 1214-5572
37. ŠIMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1.vyd. Univerzita Karlova v Praze, Karolinum: 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
38. ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie.* 1. vyd. MAXDORF s.r.o. Praha: 2004, 403 s. ISBN 80-7345-021-6
39. ŠTEMBERA, Z. *Císařský řez v České republice na začátku 21. století* Dostupné z: http://www.gyne.cz/clanky/2003/503cl1.htm

40. ÚZIS ČR Zpráva o rodičce a novorozenci 2007. Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&region=100&mnu_id=3130&mnu_action=select 1.12.2008
41. VELEBIL, P. Definice mateřské úmrtnosti v ČR. *Gynekologie po promoci*, Medical Tribune CZ, s.r.o., Praha: 2004, ročník IV, č. 6, s. 45-47 ISSN 1213-2578
42. VELEBIL, P. Epidemiologie císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví – Císařský řez.* LEVRET s.r.o. Praha: 2008, vol. 17, č. 1, s. 12-18. ISSN 1211-1058
43. ZÁČEKOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V., KONTROVÁ, L. a kol. *Štandardy v porodnej asistenci.* 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 120 s. ISBN 80-8063-221-9

8. KLÍČOVÁ SLOVA

císařský řez

indikace

porod

porodní asistentka

rodička

sterilizace

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Rozhodnutí o způsobu vedení porodu u polohy plodu koncem pánevním

Příloha 2 Informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie

Příloha 3 Typ břišního řezu při císařském řezu

Příloha 4 Typ řezu na děloze

Příloha 5 Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče: Plánovaný císařský řez

Příloha 6 Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče: Neodkladný císařský řez

Příloha 7 Ruptura děložní

Příloha 8 Sterilizace Pomeroy

Příloha 1 Rozhodnutí o způsobu vedení porodu u polohy plodu koncem pánevním

Vážená maminko!

Stojíte před důležitým životním rozhodnutím o způsobu vedení porodu svého dítěte. Zatímco při nejčastější poloze podélné hlavičkou je toto rozhodnutí výhradně v rukách lékařů, u polohy koncem pánevním, kterou zaujímá i Vaše miminko, je volba ponechána Vám. Tento postup je v souladu s posledním doporučením ČGPS /České gyn.-por. společnosti/.
Budete se nyní rozhodovat mezi 2 možnostmi:

1/ porod přirozenou tj.vaginální cestou
2/ porod císařským řezem

I když se rozhodnete pro 1.možnost, může se i tak stát, že porod bude v případě ohrožení plodu ukončen císařským řezem.
Následující obecná ponaučení Vám snad pomohou ve Vašem rozhodnutí.

Poloha koncem pánevním se vyskytuje ve 3% všech těhotenství. Z toho asi ½ je rozena vaginální cestou. Porod tímto způsobem je spojen s relativně vyšším rizikem pro plod /zhruba 2-3 násobně/, proti porodu císařským řezem. Vyžaduje proto velkou zkušenost porodníka. Porod vaginální cestou je vždy veden pod dohledem nejzkušenějšího porodníka ve službě.
Mezi nejčastější komplikace patří: prodloužená 1.doba porodní, oslabování děložních stahů vyžaduje jejich posílení infusí, větší riziko předčasného odtoku VP spojené s vyšším rizikem výhřezu pupečníku, riziko vztyčení nebo zaklínění ručky nebo ruček při porodu ramének a riziko deflexe a zadržení hlavičky při jejím porodu.

I když tato rizika vyznívají ve prospěch porodu císařským řezem, je třeba
říci, že císařský řez sám má také svá rizika. Je to velká břišní operace spojená s rizikem zánětu, krvácení, poranění okolních orgánů zejména močového měchýře a střev, delší doba rekonvalescence a delší doba pobytu v nemocnici a v neposlední řadě větší riziko pro další těhotenství /zejména prasknutí jizvy na děloze/.

Na našem oddělení se vždy preferoval porod vaginální cestou, je s ním proto dlouhodobě velká zkušenost a naše perinatologické výsledky jsou
velmi dobré.
Na základě podaných informací jsem se rozhodla o vedení porodu:

A - vaginální cestou B - císařským řezem

Nehodící se škrtněte

Datum:

Podpis:

Zdroj: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 2 Informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM ANESTEZIE

ANESTEZIOLOGICKÉ A RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ
Nemocnice České Budějovice, a.s.
Primář oddělení: MUDr. Bohuslav KUTA, MBA

Vážná paní, vážený pane!

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znecitlivění, které zajišťuje odborný lékař – anesteziolog. Podle stavu pacienta a druhu operace se může provést zákrok buď v celkové anestézii nebo v místním znecitlivění.

Celková anestezie (narkoza) znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí. Místní

ERROR: ioerror
OFFENDING COMMAND: image

STACK: