

Porod po císařském řezu

Eva Baďurová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Smolková**
Osobní číslo: **H11261**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Porod po císařském řezu**

Zásady pro vypracování:

Popis výchozího problému.

Výběr literatury a elektronických informačních zdrojů vztahujících se k danému problému.

Stanovení cílů bakalářské práce.

Výběr vhodné skupiny respondentů.

Realizace výzkumného šetření.

Zpracování získaných dat a zhodnocení výsledků šetření.

Prezentace výsledků výzkumu a možnosti jejich aplikace do klinické praxe.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČECH, E. a kol. Porodnictví. 2. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978 - 80 - 247 - 1303 - 8.

DOLEŽAL, A. Porodnické operace. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978 -80 - 247 - 0881 - 2.

HÁJEK, Z. Indikace k císařskému řezu. Moderní gynekologie a porodnictví: Císařský řez. 2008, roč. 17, č. 1, s. 19 - 22. ISSN 1211-1058.

KŘEPELKA, P. Historický vývoj indikací a techniky císařského řezu. Gynekolog. 2010, roč. 20, č. 1, s. 7 - 15. ISSN 1210 - 1133.

ROZTOČIL, A. Spontánní porod po císařském řezu. Moderní gynekologie a porodnictví. 2006, roč. 15, č. 4, ISSN 1211-1058.

ROZTOČIL, A. a kol. Moderní porodnictví. 1. vydání, Praha: Grada, 2008. ISBN 978 - 80 - 247 - 1941 - 2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

15. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

23. května 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použítou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 11. 1. 2014

Imalková Eva

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odjírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je porod po císařském řezu. Práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část obsahuje informace o císařském řezu, jeho podmínkách a indikacích, jeho frekvencích, pozdních následcích a možných komplikacích. Je zde zmíněn i císařský řez na přání. Dále pojednává o možnostech analgezie u porodu, kde se zaměřuji na analgezii epidurální a jejím vlivem na průběh porodu. V poslední kapitole jsou popsána rizika vaginálního porodu po předchozím císařském řezu, monitoring porodu, medikace a vliv porodu na pánevní dno. V praktické části je využito výsledků z KNTB a. s. Zlín, týkajících se porodů po předchozím císařském řezu, které jsou prezentovány pomocí tabulek a slovních komentářů. Dále sestává z vytvoření edukačního materiálu pro ženy po císařském řezu.

Klíčová slova: porod, porod po císařském řezu, císařský řez, placenta praevia

ABSTRACT

The topic of the Bachelor thesis is vaginal birth after caesarean section. The work consists of the theoretical and practical part. The theoretical part contains informations about caesarean section, the conditions and indications, its frequency, consequences and possible late complications. There is also mentioned the caesarean section on maternal request. Also discusses the possibilities of analgesia in childbirth, with focus on epidural analgesia and its influence on the course of labor. The last chapter describes the risks of vaginal birth after previous caesarean section, monitoring delivery, medication and the effect of childbirth on the pelvic floor. The practical part is based on the results of KNTB a. s. Zlín, relating to birth after previous caesarean section, which are presented in tables and verbal comments. It also consists of creating educational material for women after cesarean section.

Keywords: birth, birth after caesarean section, caesarean section, placenta praevia

Poděkování

Tímto bych chtěla moc poděkovat Mgr. Ludmile Reslerové Ph.D., za odborné vedení mé práce, cenné rady, připomínky a za čas, který mi při konzultacích věnovala.

Také bych ráda poděkovala vedení gynekologicko-porodnického oddělení Krajské nemocnici Tomáše Bati a. s., která mi umožnila sběr informací z porodních knih a za to, že mi byla poskytnuta statistika.

Děkuji rodičům a všem, kteří mě v době mého studia podporovali.

Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění: Porod po císařském řezu

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ.....	12
1.1 PODMÍNKY K PROVEDENÍ CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	12
1.2 INDIKACE K PROVEDENÍ CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	13
1.3 CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ.....	14
1.3.1 Důvody žen k císařskému řezu.....	15
1.3.2 Pro a proti porodu císařským řezem na přání.....	16
1.4 FREKVENCE CÍSAŘSKÝCH ŘEZŮ.....	17
1.5 MOŽNÉ KOMPLIKACE CÍSAŘSKÉHO ŘEZU	18
1.5.1 Anesteziologické komplikace	18
1.5.2 Chirurgické komplikace.....	18
1.5.3 Pooperační komplikace.....	18
1.5.4 Vážné peroperační komplikace	19
1.5.5 Poranění okolních orgánů	20
1.5.6 Poranění plodu.....	20
1.5.7 Neonatologické komplikace.....	20
1.6 POZDNÍ NÁSLEDKY CÍSAŘSKÉHO ŘEZU.....	21
1.6.1 Ektopické těhotenství v jizvě po SC.....	21
1.6.2 Mateřská mortalita	21
1.7 JINÉ CHIRURGICKÉ ZÁKROKY PO SC.....	22
1.8 VLIV NA PLOD A NOVOROZENCE	23
2 ANALGEZIE A ANESTEZIE BĚHEM PORODU	24
2.1 DĚLENÍ PORODNICKÉ ANALGEZIE.....	24
2.1.1 Farmakologické metody.....	24
2.1.1.1 Epidurální analgezie	25
2.2 VLIV ČASNÉ EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE NA PRŮBĚH PORODU	26
3 VAGINÁLNÍ POROD PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU	28
3.1 RIZIKA	28
3.1.1 Děložní dehiscence	28
3.1.2 Děložní ruptura.....	29
3.1.3 Placenta accreta	29
3.1.4 Infekční komplikace	29
3.1.5 Stav novorozence po porodu.....	29
3.2 MONITORING PORODU	30
3.3 MEDIKACE PORODU.....	30
3.4 VLIV NA PÁNEVNÍ DNO	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 METODIKA PRÁCE.....	34

CÍLE PRÁCE	34
4.1 UŽITÁ METODA VÝZKUMU	34
4.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	34
5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	35
ZÁVĚR	44
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	46
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	49
SEZNAM TABULEK	50
SEZNAM GRAFŮ.....	51
SEZNAM PŘÍLOH	52

ÚVOD

Počet těhotenství, která jsou ukončena buď plánovaným nebo akutním císařským řezem v zemích s vyspělým zdravotnictvím přibývá. Tato skutečnost staví jak matku, tak porodníky, kromě jiného, před problémem stanovení strategie vedení následujícího porodu. Současné vedení porodu císařským řezem s celou řadou doporučených postupů má natolik dobré pooperační výsledky a minimální vliv na další reprodukční funkce ženy, že následující těhotenství probíhá většinou bezproblémově a porod není zdaleka nutno ukončovat opět císařským řezem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Císařský řez neboli Sectio Caesarea (dále jen SC), je porodnickou operací, při níž je plod z dělohy vybaven břišní cestou (Roztočil, 2008, s. 335).

Tato operace může být prováděna v těhotenství, tedy než nastoupí porodní činnost a jedná se o plánovaný SC. Pokud je proveden v průběhu porodu, jedná se o akutní SC (Kudela, 2011, s. 207)

1.1 Podmínky k provedení císařského řezu

Z mnoha podmínek, které byly v minulosti před provedením SC vyžadovány a kam patřila dobrá porodnická činnost, prostupné děložní hrdlo a rodidla bez infekce, zbyla jediná: hlavička plodu nesmí být velkým oddílem vstouplá a fixovaná. V takovém případě je splněna hlavní podmínka ukončení porodu kleštěmi. Následkem jak traumatizace plodu, tak rozsáhlého poškození měkkých částí pánve matky je právě vybavování plodu laparotomickou cestou při vstouplé naléhající části (Roztočil, 1996, s. 237).

Indikuje-li lékař operační ukončení porodu, není možno uvažovat mezi provedením kleštěmi nebo SC, protože podmínky, při kterých jsou uvedené operace prováděny, jsou odlišné. Dříve stanovená podmínka živého plodu dnes mnohdy neplatí. Operaci lze provést z vitální indikace matky i při mrtvém plodu (Kudela, 2011, s. 208).

Mezi podmínky k provedení SC patří také anatomické podmínky. „*Těhotenství vyvolává v pánvi několik významných změn, mj. hypertrofii viscerálního peritonea, tkáňové prosáknutí, zmnožení tepenné a žilní vaskularizace a změnu vztahu dělohy k pánevním orgánům. Gravidní uterus měří v termínu porodu 30 - 33 cm do délky. Nejvýraznější změnou je vytvoření dolního intermediálního segmentu, který se konstituuje od 6. měsíce těhotenství, u multipar výrazně později*“ (Zábranský, 1997, s. 17).

„*Podle Lacomma není dolní segment žádnou definovanou anatomickou jednotkou, jelikož jeho forma a tvar jsou velmi variabilní. Vytvoření dolního segmentu je výslednicí vztahu mezi dilatační silou a rezistencí děložní stěny v místě istmu. Dilatace a ztenčení istmu nastává působením intraovulárního tlaku (definice Williamse)*“ (Zábranský, 1997, s. 17).

1.2 Indikace k provedení císařského řezu

Indikace k SC prošly především v poválečném období bouřlivým vývojem. Došlo ke zdokonalení operačních technik, k zavedení nových šicích materiálů a zlepšily se možnosti boje proti infekcím a krvácení. Výrazný pokrok se stal v anestezii. Při indikaci k SC stojí v popředí zájem porodníka o zachování zdraví a života matky. Stále více sem však vstupuje ohled na plod a to jak na zachování života, tak na jeho zdravý postnatální život. Indikace rozdělujeme na ty ze strany matky, kdy je důvodem provedení SC stav ohrožující její život nebo zdraví, na indikace ze strany plodu a na kombinované. Pokud hovoříme o indikacích sdružených, jde o jeden patologický stav, či více, které se kumulují (Roztočil, 1996, s. 233).

Rozšířenější dělení zahrnuje ještě indikace samostatné, jasné a problematické (Roztočil, 2008, s. 335).

Mezi indikace provedení SC dle (Roztočil, 2008, s. 335) patří:

- Nepoměr mezi naléhající částí plodu a porodními cestami.
- Patologické procesy v malé pánvi (včetně tumorů dělohy a ovaria).
- Pooperační stavy (rekonstrukční operace v malé pánvi).
- Porodnické krvácení (rpt. dělohy, vasapraevia, placenta praevia, abrupce placenty).
- Patologie naléhání plodu.
- Velký plod.
- Primární kontraindikace použití břišního lisu.
- Stav po prodělaném eklamptickém záchvatu.
- Vícečetné těhotenství (kromě poloh PPH obou nebo PPH a PPKP)
- HIV pozitivní rodička.
- Chorioamnionitida při životaschopnosti matky.
- Nepostupující porod.
- Akutní či chronická hypoxie plodu.
- Prolaps pupečníku.

- VVV plodu.
- Nezralé porodní cesty.
- Jizva na děloze.
- Zatížená porodnická anamnéza.

Skutečnost, že těhotná nebo rodička v minulosti již SC prodělala, není sama o sobě indikací k opakovanému SC. Plně indikován je pouze v případech, pokud byl předchozí proveden korporálním řezem, obráceným T- řezem nebo pokud jde o stav po dvou předchozích SC. V těchto případech je zde významně vyšší riziko ruptury dělohy (Pařízek, 2002, s. 121).

1.3 Císařský řez na přání

Asi od 70. let 20. století nastal v zemích, které mají rozvinutý zdravotnický systém, nárůst ve frekvenci prováděných SC. Tento boom se netýká pouze světa vyspělého, ale také rozvojových států. Příčin proč tomu tak je, je několik, a v různých státech na různých pracovištích mezi sebou vzájemně působí. Je prokazatelné, že uznáním práv plodu v děloze a tím zvýšením indikací k provedení SC ze strany plodu, došlo od minulého století k výraznému poklesu perinatální mortality, a to bez výrazného nárůstu perinatální morbidity. Ve většině evropských států je žena po patřičném vstřebání informací schopna zvolit pro ni nejvhodnější způsob porodu svého dítěte. Žena má v naší společnosti právo na plánované rodičovství, včetně ukončení nechtěného těhotenství. Má právo na prenatalní diagnostiku včetně řešení těhotenství s plodem vyvíjejícím se patologicky, může si zvolit gynekologa a zdravotnické zařízení, kde se rozhodla родit. Sama si může zvolit porodnickou analgezií, programovaný porod, polohu, a zda bude nebo nebude kojit. Pokud splňuje podmínky, může podstoupit asistovanou reprodukci a zvolit si její metodu. Proč tedy má být SC bez medicínské indikace provedený z důvodů udávaných ženou výjimkou? Toto právo doposud nebylo ženám veřejně přisouzeno. Nicméně rapidní nárůst SC svědčí pro fakt, že jsou jednak medicínské indikace anebo se SC na přání rodičky provádějí z jiné indikace (Roztočil, 2008, s. 159).

Než se lékař rozhodne, jak bude v situaci, kdy žena žádá CS postupovat, musí zvážit mnoho faktorů. K těmto patří délka hospitalizace, riziko postpartálního krvácení, výskyt infekčních komplikací, hrozbu močové inkontinence a řadu dalších. Většina porodníků, kteří provádějí SC na přání, uvádí obavy z poškození perinea, včetně močové inkontinence

moči a stolice, a obavy ze sexuální dysfunkce. Mnoho lékařů má však ve své péči inkontinentní pacientky, které ve svém fertilním věku rodily císařským řezem. Mezi další obavy patří i poranění plodu, možnost kontroly a pohodlí. Porodníci, kteří odmítají provádět SC na přání, tak činí kvůli obavám z potencionálního rizika maternální morbidity a mortality, které jsou s tímto chirurgickým zákrokem spojeny. Dále jako důvody udávají možnost komplikací v dalších graviditách a při porodech, protože mnoho žen si přeje více než jedno nebo dvě děti (Binder, 2003, s. 20; Hibbard, 2007, s. 16).

1.3.1 Důvody žen k císařskému řezu

Ženy, které žádají SC na přání, mohou mít mnoho důvodů. Může to být uznání SC jako běžně a bezpečně prováděné porodnické operace. Z těch žen, které jej v minulosti podstoupily, jich mnoho mělo pozitivní počitek. Vaginální porod je naopak mnoha ženami hodnocen jako bolestivé období s pocitem úzkosti a beznaděje, navíc s množstvím různých možných pozdních následků vaginálního porodu. Tato představa, či v některých případech skutečnost, může být pro budoucí rodičky traumatizující. Některé ženy, které žádají o ukončení těhotenství SC, již vaginálně porodily, proto mohou mít dostatek důvodů, aby se opakovanému následku vyhnuly. Taková negativní vzpomínka, ať už ze strany dítěte nebo z její vlastní, může vést k závěru, že ukončení těhotenství SC je jediným možným řešením. Postoje některých porodníků k možnosti provedení SC na přání mohou být pozitivně nakloněny. Jako důvod mohou udávat poškození dna pánevního či možnost vzniku sexuálních dysfunkcí následkem vaginálního porodu (Roztočil, 2008, s. 160).

Existují ženy, které jako důvod mohou uvádět možnost načasování. Žena si musí eventuálně obstarat hlídání pro své starší děti, či naplánovat účast na plánovaných pracovních jednáních (Binder, 2003, s. 21).

Ženy, které se o myšlenku SC na přání zajímají, mají obvykle ze spontánního porodu hrůzu, bojí se bolesti stejně jako rizika úmrtí nebo poškození plodu. Protože dnešní ženy žijí déle, mají méně dětí a jsou více zaměřeny na kvalitu života, je v současné době problematika dna pánevního mnohem významnější (Hibbard, 2007, s. 16).

Některé ženy jsou osloveny výhodami císařského řezu na přání s možností plánování a načasování nevýhodnějšího data porodu. Císařský řez na přání dosud nebyl z hlediska mateřské mortality samostatně analyzován.

1.3.2 Pro a proti porodu císařským řezem na přání

Císařský řez na přání patří mezi plánované SC. Má tedy mnohem nižší procento vzniku komplikací než při akutním císařském řezu, prováděném za dramatických a stresujících podmínek. Pестrost a četnost komplikací vaginálního porodu, které se týkají ženského organismu, je široká. Provedením primárního SC je vyloučena nutnost provedení některé extrakční porodnické operace, kam patří použití kleští či vakuumextraktoru. Při provádění těchto operací je ve většině případů pravidlem poranění porodních cest. To může mít za následek krvácení, špatné hojení ran, inkontinence moči nebo stolice. Takové komplikace při primárním SC zpravidla vzniknout nemohou. Během spontánního porodu dochází k dilataci pochvy, což by mohlo mít nepříznivý vliv v následujícím pohlavním životě ženy. Za výhodu může být považováno odstranění bolesti oproti vaginálnímu porodu. Tímto výkonem není negativně ovlivněn stav novorozence po porodu. SC před nástupem porodní činnosti vede k vyloučení vzniku fetální hypoxie plodu, která může během vaginálního porodu vzniknout (Roztočil, 2008, s. 158-160).

Není ale pravidlem, že při vaginálním porodu musí dojít k použití kleští či vaxu stejně tak, jako ke vzniku poporodního poranění. Vhodnou volbou polohy, předporodní a psychickou profylaxí, cvičením v těhotenství nebo masírováním hráze může dojít k minimálnímu poranění anebo nemusí dojít k žádnému. Anestezie také nemusí být bez negativního vlivu jak na mateřský, tak na fetální organismus. Podpora bondingu po SC, i přes použití epidurální anestezie, nemusí být vždy realizovatelná, zvláště kvůli omezení hybnosti matky. Stejně tak i možnost péče o novorozence je omezená v porovnání s matkou po vaginálním porodu, která má dítě ihned po převozu na oddělení u sebe. Riziko vzniku embolie je větší u SC než u vaginálního porodu (Roztočil, 2008, s. 160).

Za předpokladu, že ze 100 000 císařských řezů provedených za rok znovu otěhotní třetina žen, je možné očekávat 740 případů placenta praevia, 348 případů placenta accreta, 26 mateřských úmrtí spojených s komplikacemi placenta accreta, 313 opakovaných krevních transfuzí pro velké krevní ztráty, 97 případů infekce a 17 případů peroperačního poranění močového traktu. Dále je třeba zvážit možnost nepříznivých účinků anestezie, prodloužené doby hospitalizace, poškození vnitřních orgánů, srůstů, vyššího výskytu tromboembolických komplikací, fetálních poranění, respiračních komplikací u novorozenců (Wu, Hundley, Visco, 2005).

1.4 Frekvence císařských řezů

Zvláště díky zlepšování porodnických výsledků a snižování mateřské úmrtnosti, dochází v tomto století k postupnému nárůstu CS (Roztočil, 1996, s. 232).

Během posledních několika desítek let dochází k jejich nárůstu celosvětově. Před 2. sv. válkou nedosahovala frekvence CS 1 %. Do roku 2006 vzrostla jejich frekvence na 18,9 % (Roztočil, 2008, s. 339).

V dnešní době se frekvence provedených SC pohybuje mezi 15-20 %. Je to důsledek snahy o šetrný porod zejména s ohledem na plod. Na druhé straně to však neznamená, že by měla být opomíjena veškerá rizika, která s sebou tato operace nese. Je třeba si uvědomit, že k ohrožení při SC je několikanásobně vyšší než u vaginálního porodu. Bylo také prokázáno, že další zvyšování počtu SC již nevede ke zlepšení perinatálních výsledků (Kudela, 2011, s. 209).

V USA zaznamenali v roce 2004 četnost CS 29,1 %, což je o 40 % vyšší nárůst oproti roku 1996. Tento trend ale pokračuje na celém světě. Stoupá míra jak opakovaných, tak primárních SC. Primární CS jsou pravděpodobně zrcadlem jednak v přístupu lékařů, ale také změn v medicínských a právních podmínkách a současného trendu požadavků rodiček. Nárůst opakovaných SC může být výsledkem obav lékařů z vaginálních porodů u žen s SC v anamnéze. Existuje odhad, že se na přání žen provádí na celém světě až 9 % SC na přání. Průzkumy z Velké Británie, Nového Zélandu, Izraele a Kanady ukazují, že 7-30 % porodníků a 4 % porodních asistentek by pro sebe či své partnerky preferovalo SC a 62-81 % porodníků by SC svým pacientkám nabídlo a na jejich žádost i provedlo. Průzkum mezi britskými porodníky zjistil, že téměř polovina z nich si myslí, že ženě by měla být nabídnuta možnost volby. Tento postoj zaujímá více mužů než žen a souhlasí 33 % porodních asistentek. O porodu SC u sebe nebo svých partnerek uvažovalo 33 % britských porodníků a souhlasilo pouze 9 % porodních asistentek. Ve Spojených státech amerických by podle speciálního dotazníku provedlo plánovaný SC na přání 59 % porodníků a 67 % z nich by jej provedlo právě z důvodů prevence poškození pánevního dna (Binder, 2003, s. 17-18; Hibbard, 2007, s. 17-18).

1.5 Možné komplikace císařského řezu

Riziko vzniku komplikací je oproti vaginálnímu porodu 5krát častější (Roztočil, 1996, s. 244).

Kromě běžných klasifikací rizik a komplikací na mateřské a fetální, a na bezprostřední, časné a pozdní se komplikace SC dělí na anesteziologické, chirurgické, neonatologické a pooperační (Roztočil, 2008, str. 338).

1.5.1 Anesteziologické komplikace

Sem patří Mendelsonův syndrom, akutní plicní edém, poruchy ventilace včetně vzniku laryngospasmu, hypotenze a komplikace související s epidurální nebo spinální anestézií (Roztočil, 2008, s. 338).

Aspirace žaludečního obsahu do plic je v těhotenství nejčastější příčinou úmrtí z anestezie. Zvýšené riziko nastává v excitační fázi úvodu do anestezie, při obtížné intubaci a při dýchání obličejovou maskou, zejména když porodníci tlačí na břicho těhotné ve snaze vybavit dítě. Mendelsonův syndrom nastává při aspiraci kyselé žaludeční šťávy (Larsen, 2004, s. 978).

1.5.2 Chirurgické komplikace

Chirurgické komplikace jsou krvácení, jako následek poranění dělohy, děložní atonie, placenta praevia, placenta accreta, vasapraevia a poranění močového měchýře. Masivní krvácení vede k rozvoji hemoragického šoku, v horších případech k rozvoji DIC. Masivní krvácení, které nelze dostat pod kontrolu medikamentózně ani chirurgicky, může vést k nutnému provedení ligatury hypogastrických arterií, nebo k hysterektomii. K rizikům krvácení patří možnost šíření hematomu do oblasti parametrií a adnex (Roztočil, 2008, s. 338).

1.5.3 Pooperační komplikace

Tyto komplikace mohou být infekční, embolické, hemoragické, algické, respirační, urologické a gastroenterologické (Roztočil, 2008, s. 338).

Může dojít k infekci jizvy hysterotomie, endometritidě, následkem katetrizace močového měchýře k cystitidě a k infekci laparotomické rány. Tyto stavy jsou při dnešním dodržování sepsu a asepsy jen výjimečné (Roztočil, 2008, s. 338-339).

Infekční komplikace patří mezi nejčastější. Během císařského řezu je otevřena komunikace do poševního prostoru, který může být osídlen mnoha patogeny, a ty mohou přestoupit jak do děložní, tak do břišní dutiny. Prevencí tohoto stavu je aplikace dávky antibiotika ihned po vybavení plodu (Binder, 2008, s. 90).

Kompletní dehiscence laparotomické rány je u porodnických pacientek poměrně vzácná. Vznik abscesů a flegmón souvisí s operační technikou, a příliš traumatický způsob operování vede ke vzniku podkožních hematomů (Binder, 2008, s. 90).

U pacientek se zavedeným močovým katetrem je asi 80 % nemocničních infekcí močových cest způsobeno opakovaným cévkováním. U 10-20 % cévkovaných pacientek se rozvine uroinfekce. (Mašata, Jedličková, 2006, s. 110).

Rodičkám, kterým je SC proveden déle než 24 hodin po odtoku plodové vody, hrozí vyšší riziko výskytu infekčních komplikací (Roztočil, 1996, s. 244).

K závažným komplikacím patří embolie. Relativně nejčastější jsou trombembolie, jen zřídka kdy se vyskytují embolie vzduchové, či embolie plodovou vodou (Roztočil, 2008, s. 339). Prevencí těchto stavů jsou bandáže dolních končetin, šetrné operování a brzké vstávání a rehabilitace po porodu (Roztočil, 1996, s. 245).

Pooperační krvácení se projevuje metrorrhagií, vznikem hemoperitonea nebo krvácením z rány. Nadměrná bolestivá reakce pacientky signalizuje vznik a průběh pooperační komplikace. Následkem výrazné ztráty krve je vznik pooperační anémie (Roztočil, 2008, s. 339).

Vznik pooperační cystitidy a retence moče jsou nejčastější urologické komplikace (Roztočil, 2008, s. 339).

Vznik paralytického ilea je relativně častou gastroenterologickou komplikací. Tlak dělohy na stěnu tlustého střeva může způsobit jeho dilataci (Roztočil, 2008, str. 339). Relativně častou komplikací je akumulace vzduchu v břišní dutině, projevující se bolestí, dechovými obtížemi a pocitem napnutého břicha (Roztočil, 1996, s. 245).

1.5.4 Vážné peroperační komplikace

Během SC může dojít k natržení arteriauterina, které je spojeno s větší krevní ztrátou či s faktem, že operátor nerespektuje postup při tupém rozšíření uterotomie prsty a uplatní sílu pouze do stran a nikoliv zároveň směrem vzhůru. K natržení může dojít i během násilného

vybavení hlavičky plodu, nebo pokud se operatér snaží vybavit hlavičku, která je nedostatečně zrotovaná (Binder, 2008, s. 92).

Poměrně častou komplikací při akutním SC na počátku II. doby porodní je ruptura dolního děložního segmentu, který je vlivem fixace hlavičky značně ztenčelý. Dochází k ní tehdy, když je vyvinuta větší síla při vybavování hlavičky. Ruptury mohou sahát hluboko pod močový měchýř (Binder, 2008, s. 92).

Mezi nejobávanější komplikace patří placenta accreta a praevia, které jsou spojeny s velkou krevní ztrátou. Jejich diagnostika před porodem, je i přes diagnostické možnosti obtížná (Binder, 2008, s. 92).

1.5.5 Poranění okolních orgánů

V úvahu připadá poranění močového měchýře a močovodů. Měchýř může být poškozen skalpelem, pokud je nedostatečně sesunut, při šití nebo při špatně zavedeném katetru. Vzácně dochází k poranění střev (Binder, 2008, s. 92).

1.5.6 Poranění plodu

Nejčastějším poraněním jsou řezné rány způsobené skalpelem. Dochází k nim v případech, kdy se operační pole zalévá krví z otevřených cév a operatér chce rychle proniknout do děložní dutiny. Nepříjemná jsou především řezná poranění v obličeji, zvláště pokud se jedná o děvče. Fraktury a luxace mohou vzniknout při násilném vybavení plodu a při poloze koncem pánevním (Binder, 2008, s. 94).

Při technice provádění SC v dnešní době ve vyspělých zemích je frekvence pozdních komplikací nízká. Některé komplikace se mohou projevit až v dalším těhotenství (Roztočil, 2008, s. 339).

1.5.7 Neonatologické komplikace

„Zde je nutno zmínit poranění novorozence a syndrom retence alveolární tekutiny. K poranění může dojít incizí skalpelem při intimní apozici naléhající části plodu na dolní děložní segment, nejčastěji po odtoku plodové vody. K poranění plodu může dojít při jeho extrakci, to zejména při vybavování nezralého plodu, kde časnost poranění je přímo úměrná stupni jeho nezralosti. Může dojít k poranění hlavičky a intrakraniálních struktur, parenchymatózních orgánů a končetin. Více ohrožen je plod, který je extrahován z polohy podélné koncem pánevním nebo z polohy příčné.“ (Roztočil, 2008, s. 338)

1.6 Pozdnínásledkycísařskéhohořezu

Kromě pooperačních bolestí řadíme mezi tyto komplikace i poruchy fertility a komplikace následného porodu, který je jako celé následující těhotenství poznamenán jizvou na děloze a z toho vyplývajících limitů. Nejčastěji je to dystokie a opatrnost při podávání uterotonik. Poruchy placentace jsou také častější. Možný je i vznik pooperační hernie či alespoň kosmetického defektu v jizvě (Lomíčková, 2007, s. 54).

1.6.1 Ektopické těhotenství v jizvě po SC

V minulosti byla implantace těhotenství v jizvě po SC považována za extrémně vzácnou. Avšak s rostoucím počtem porodů SC v průběhu posledních třiceti let se těhotenství v jizvě stává obvyklejším. Z posledního publikovaného rozboru 112 žen, u kterých byla prokázána gravidita v jizvě po SC, vyplývá i narůstající výskyt této patologie s incidencí 1 případ na 800 normálních gravidit. Více než polovina případů měla v anamnéze SC (Stiller, 2005, s. 50).

1.6.2 Mateřská mortalita

Mají ženy, které se rozhodnou родit SC, vyšší pravděpodobnost úmrtí než ženy, které rodí spontánně? Riziko úmrtí na komplikace spojené s těhotenstvím během posledních století výrazně kleslo. Celkový počet 11,8 až 13,2 úmrtí na 100 000 živě narozených je vyšší u Afroameričanek, žen starších 35 let a u žen bez prenatální péče. Mezi hlavní příčiny úmrtí patří embolie, hypertenze související s graviditou a krvácení. Existuje jen málo vědeckých výzkumů, které by se závislostí mateřské mortality na způsobu vedení porodu zabývaly. Výzkumy prováděné během 90. let minulého století prokázaly významně vyšší riziko úmrtí spojené s porodem SC. Další výzkumy již neukázaly žádný významný rozdíl v mateřské mortalitě mezi ženami, které porodily plánovaným SC, a ženami s vaginálním porodem. Mateřská mortalita je natolik vzácná, že takto nízká čísla nemusí být dostatečná ke zjištění rozdílů. Existují studie sledující typ porodu u plodů v postavení koncem pánevním. Jedna skupina, která srovnávala tyto dva způsoby vedení porodu, nezjistila v maternální morbiditě žádný rozdíl s výjimkou delší doby hospitalizace u žen po SC.

Analýza přehledů zabývajících se stejným problémem zjistila u žen rodiček SC pouze mírný nárůst krátkodobé maternální morbidity. Byla studována u nullipar, které porodily v termínu plánovaným primárním SC před nástupem spontánního porodu. Výsledky byly porovnávány se skupinou žen, které porodily spontánně. Nebylo zaznamenáno žádné úmrtí ani přijetí na JIP. Nebyl zjištěn žádný rozdíl ve výskytu raných infekcí, potřebě krevních transfuzí nebo intraoperačnímu traumatu. Přesto bylo ve skupině rodiček po SC zaznamenáno vyšší riziko puerperální horečky a u žen po vaginálním porodu nižší riziko postpartálního krvácení. V úvahu je brána i morbidita v dalších těhotenstvích. Incidence děložní ruptury je u žen s opakovanými SC jistě vyšší. V dalším těhotenství ženám rodičkám SC více hrozí abnormální placentace nebo abruptce placenty v porovnání se ženami, které nikdy SC nepodstoupily. Je fakt, že riziko výskytu placenta praevia je přímou funkcí počtu předchozích SC a parity. S jedním předchozím SC roste riziko o 50 %, se dvěma se zdvojnásobuje, při čtyř a vícenásobném těhotenství s více než čtyři SC je riziko výskytu placenta praevia téměř devět krát vyšší. Celková incidence placenta praevia vzrostla v závislosti na zvyšujícím se počtu SC na 1/500. Po dvou či více SC se také výrazně zvyšuje riziko výskytu placenta accreta, a to až osmkrát (Hibbard, 2007, s. 18-19; Binder, 2003, s. 22-23).

1.7 Jiné chirurgické zákroky po SC

Někteří lékaři považují u žen s anamnézou jednoho nebo více SC za rizikové i jiné než porodnické operace. Peroperační riziko u žen, které musejí podstoupit hysterektomii, zejména vaginální, může být vyšší. Provedená studie případů a kontrol sledovala přes 5 000 žen, které podstoupily hysterektomii. Bylo zjištěno, že anamnéza předchozího SC je spojena s dvojnásobným nárůstem poranění dolního močového traktu během hysterektomie. Ještě vyšší riziko poranění měly ženy, jimž byla provedena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Vyšší výskyt komplikací, jako je krvácení, poranění močového měchýře, ureterů nebo střev, technické obtíže a delší operační čas u žen, jimž byla provedena vaginální hysterektomie, a které mají v anamnéze nejméně jeden SC v porovnání se skupinou bez této anamnézy, udávají i další vědci. Mnoho článků také poukazuje na vyšší riziko endometriózy v jizvě po SC (Hibbard, 2007, s. 18-19; Binder, 2003, s. 22-23).

1.8 Vliv na plod a novorozence

Ukazuje se, že novorozenci porození plánovaným SC mají častěji respirační potíže. U vaginálně porozených dětí je pulmonální adaptace na extrauterinní život rychlejší díky odstranění amniové tekutiny z plic, zvýšenému plicnímu průtoku a hormonálním změnám, které adaptaci podporují. Selhání těchto procesů má za následek onemocnění hyalinní membrány a transitorní tachypnoi novorozenců. Incidence obou je nejvyšší u elektivního SC, zejména pokud je proveden před 39. nebo 40. gestačním týdnem. U plánovaného SC také roste riziko iatrogenní prematurity, která s sebou nese respirační potíže, přijetí na neonatální jednotku intenzivní péče, horší adaptaci na extrauterinní život, stejně jako prodlouženou dobu hospitalizace. Důkazy naznačují, že mezi dětmi narozenými plánovaným SC je méně laboratorních vyšetření pro sepsi a méně skutečných případů sepse. Nicméně v současné době nejsou dostatečně průkazná data, která by jednoznačně určila vliv způsobu porodu na dlouhodobě neonatální výsledky a mortalitu (Hibbard, 2007, s. 18-19; Binder, 2003, s. 22-23).

2 ANALGEZIE A ANESTEZIE BĚHEM PORODU

„Metody porodnické analgezie se od sebe navzájem odlišují podle své účinnosti, délky analgetického působení a technické náročnosti“ (Čech a kol., 2006, s. 143).

Cílem analgezie je u porodu zmenšit bolest rodičky. Přispívá ke komfortu, ale zároveň snižuje riziko z hlediska matky i dítěte. Asi 60 až 70 % porodů je ovlivněno různými farmaky. Ke snížení bolesti během porodu jsou používána sedativa, analgetika a inhalační anestetika (Kudela, 2011, s. 171).

Ke každé těhotné a rodící ženě je nutné mít individuální přístup. Žena by měla mít přibližnou představu, zda bude chtít tišit porodní bolesti a jakou metodou. Porodní sál by měl mít takové vybavení, aby bylo možné přání většiny žen uspokojit (Čech a kol., 2006, s. 144).

Mezi základní zásady pro použití metod porodnické analgezie dle (Čech a kol., 2006, s. 143) patří:

- metoda nesmí ovlivnit zdraví matky ani dítěte
- nesmí podstatným způsobem ovlivnit činnost dělohy
- musí být dostatečně analgeticky účinná

2.1 Dělení porodnické analgezie

Dle (Pařízek, 2002, s. 201, Čech a kol., 2006, s. 143) se porodnická analgezie dělí na:

- Analgezii za použití nefarmakologických metod
- Analgezii za použití farmakologických metod

2.1.1 Farmakologické metody

Nadměrná intenzita porodních bolestí spolu se strachem přispívají k poruchám děložní činnosti a k protrahovanému porodu, což může ovlivnit stav plodu. Psychická podpora personálu je velmi důležitá i při vedení porodu s farmakologickou podporou. Psychický stav může vést ke snížení dávkování medikamentů. Asi 60-70 % všech porodů je v dnešní době ovlivněno různými farmaky. Je důležité vzít v úvahu, že farmaka podávaná během porodu prostupují placentou a mohou negativně ovlivnit plod i novorozence. K nejvýraznějším nežádoucím účinkům patří poruchy dýchání a poruchy neurofyzilogické adaptace. Oproti dospělým je u plodu a novorozence citlivost vůči

farmakům zvýšená. Proto při sedaci a analgezi u porodu je nutné vzít všechny možné negativní účinky farmak na plod v úvahu. Současně je nutné věnovat pozornost při výběru a dávkování jednotlivých farmak (Pařízek a kol., 2002, s. 223).

2.1.1.1 Epidurální analgezie

Epidurální analgezie je nejčastěji používanou farmakologickou metodou. Jde o přechodné přerušení nervových vzruchů podáním analgetika do epidurálního prostoru v oblasti páteře. Je možné ji provést v kterémkoli úseku páteře, ale z porodnického hlediska přichází v úvahu dolní hrudní a zejména lumbální oblast. Základní indikací k podání epidurální analgezie je porodní bolest a žádost rodičky (Pařízek a kol., 2002, s. 257).

Účinná analgezie bývá nutná zejména u rodiček, které nadměrně prožívají porodní bolesti a u nichž se porod časově prodlužuje. Vyšší intenzita porodních bolestí nastává u rodiček, u kterých je plod uložen v zadním postavení. Oproti přednímu postavení dráždí hlavička při zadním postavení mechanicky záhlavím větší měrou tkáň měkkých porodních cest a zejména a zejména pak lumbosakrální nervové svazky. I. doba porodní u zadních postavení trvá déle a je bolestivější. U zadního postavení plodu i epidurální analgezie hůře ovlivňuje porodní bolest. Epidurální analgezi je možné podat i v případech, kdy jiná metoda byla analgeticky neúčinná (Pařízek a kol., 2002, s. 257).

Kontraindikací k podání této analgezie jsou projevy alergie na místní anestetikum, infekce kůže v místě vpichu, nesouhlas rodičky, poruchy krevní srážlivosti, akutní nedostatek kyslíku u plodu, překotný porod, krvácení v průběhu porodu, zvýšení nitrolebního tlaku, předčasné odučování placenty a nedostatečná zkušenost na straně osoby, která anestezii zajišťuje (Čech a kol., 2006, s. 146; Hawkins, 2010, s. 9).

Dobu podání epidurální analgezie je třeba správně časově naplánovat. Rozhodujícím momentem by neměla být jen intenzita bolestí, ale i vhodný porodnický nález. Tyto faktory jsou velmi důležité, protože pokud je podána tato analgezie před vstupem hlavičky do roviny pánevního vchodu, zvyšuje se riziko její abnormální rotace. Podávat by se také neměla později než 30 minut před dirupcí nebo dříve než 30 minut po ní (Pařízek a kol., 2002, s. 289; Čech a kol., 2006, s. 146).

Epidurální analgezie se doporučuje podat v případech, kdy má žena zdravotní nebo porodnické problémy jako: kardiovaskulární chorobu, plicní chorobu, chorobu jater, cukrovku, oční choroby, epilepsii, preeklampsii, anebo v případech, kdy ženě hrozí fyzická

a psychická vyčerpanost nebo když se rodí dítě předčasně, u samovolného porodu dvojčat, v případech selhávání placenty, pokud trpí dítě poruchou výživy, nebo je rozeno koncem pánevním. Měla by se podávat za předpokladu, že skončí porod operačně, protože se přidáním vyšší dávky může plynule přejít k místní anestezii, a pak může být bez uspání ženy proveden SC nebo manuální vybavení placenty. Povinně by se měla epidurální analgezie podat při porodu mrtvého plodu a při ukončení gravidity ve II. a III. trimestru (Roztočil, 2006, 15, č4).

Přes své výhody a vysoký analgetický účinek existují také rizika, která mohou v souvislosti s epidurální analgezií vzniknout. Na porodnickou problematiku se váží specifické komplikace, kdy je třeba brát v úvahu fyziologické nebo patologické změny rodičky a možný vliv použitých farmak na plod (Pařízek a kol., 2002, s. 294; Larsen, 2004, s. 949).

Nejčastější komplikací u epidurální analgezie je postpunkčnícefalea, kterou způsobí únik mozkomíšního moku. Aplikace krevní zátky do místa vpichu přinese ženě úlevu a zamezí jeho dalšímu úniku. Příčinou této komplikace je chybná technika (Binder, 2008, s. 89; Hawkins, 2010, s. 10).

Mezi nežádoucími účinky epidurální analgezie mohou patřit klesající ozvy plodu, hypertonické děložní kontrakce, hypotenze a retence moči. Velmi vzácnými případy jsou epidurální hematomy, epidurální abscesy a neurologické postižení. Tyto následky se týkají jednoho případu na průměrně 200 000 porodů. Nezamýšlená aplikace velkých dávek lokálního anestetika může zapříčinit vysokou spinální blokádu vedoucí k respiračnímu selhání, intravenózní aplikace může vést k výraznému nárůstu koncentrace lokálního anestetika v krvi s výskytem záchvatů a srdeční zástavy (Hawkins, 2010, s. 10).

Podrobná znalost možných komplikací je způsob, jak čelit nežádoucím účinkům při jejich vzniku a jak na ně reagovat (Pařízek a kol., 2002, s. 294; Larsen, 2004, s. 949).

2.2 Vliv časně epidurální analgezie na průběh porodu

Je podání regionální analgezie na počátku porodu rizikovým faktorem k ukončení porodu císařským řezem? Obecně užívaným pravidlem v porodnictví je, že by měla být podána až tehdy, když vaginální nález u rodičky dosáhne 4-5 cm. Zda je toto doporučení správné, ověřovalo několik studií. Například u nullipar, jimž byla aplikována epidurální analgezie,

doložila jedna ze studií zvýšený počet SC ve skupině žen s vaginálním nálezem menším než 4 cm ve srovnání se skupinou žen s vaginálním nálezem 4 cm a více. Existuje však několik možných vysvětlení dosažených výsledků. Jako rizikový může být sám o sobě definován požadavek na úlevu od bolesti již v počátcích porodu. Jiné studie prokázaly vyšší procento provedených SC u rodiček, které měly zvýšenou potřebu analgetik systémových či lokálních, při srovnání se skupinou pacientek, které reagovaly pozitivně již na menší analgetické dávky. Na zvýšené bolestivosti porodu a vyšším procentu SC se mohou také spolupodílet uterinní dystokie, nesprávné polohy plodu nebo makrosomie plodu. Jakým způsobem může tedy epidurální analgezie ovlivňovat proces porodu a jeho konečný výsledek? Anestetika podávaná při epidurální analgezi relaxují tonus pánevních svalů, což by mohlo mít za následek abnormální progresi porodu nebo rotaci plodu v porodních cestách. Ve třetí době porodní může být pro narušenou funkčnost břišního lisu ovlivněna i schopnost rodičky tlačit. Ženy byly rozděleny do dvou skupin. V první skupině museli lékaři podávat vyšší dávky analgetik, kdežto ve druhé skupině byla potřebná dávka nižší. V první skupině bylo vyšší procento instrumentálních porodů, ale počet SC provedených v obou skupinách se nelišil. Lokální analgezie dále ovlivňuje autonomní systémy, čímž jsou thorakolumbální sympatikus a sakrální parasympatikus. Relativní změna tonu v těchto systémech by mohla mít vliv na průběh porodu (Hawkins, 2010, s. 7; Wong, 2006, s. 37-38).

„Jiná studie srovnávala podíl SC u nullipar rodiček spontánně a s pomocí oxytocinu. Pacientky byly náhodně rozděleny na skupiny k časné nebo pozdní aplikaci epidurální analgezie. Rodičkám v pozdní skupině byly podány opioidy ještě před nálezem dilatace 5 cm. Rozdíl v počtu provedených SC zaznamenán nebyl. Tato studie ale nemůže zodpovědět otázku vlivu epidurální analgezie na počínající porod, protože průměrná hodnota cervikální dilatace u žen v první skupině byla 3,5-4 cm. Mnoho žen však vysloví požadavek na epidurální analgezi již při nálezu 0-3 cm. To pokusila přezkoumat další studie, sestávající z 60 nullipar, kterým byla epidurální analgezie aplikována. Ženy byly opět náhodně rozděleny do dvou skupin podle vaginálního nálezu v době aplikace analgezie. Počet SC se v obou skupinách nelišil. Je-li nějaká souvislost mezi časnou epidurální analgezi a SC, nemusí jít o samotný epidurál, ale o další proměnné“ (Wong, 2006, s. 37-38).

3 VAGINÁLNÍ POROD PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU

Jak vést porod po předchozím těhotenství, které bylo ukončeno SC. Do rozhodovacího algoritmu je zapojena celá škála faktorů. Je to předchozí indikace k SC, anamnéza rodičky, průběh těhotenství, aktuální stav organismu těhotné, její představy o vedení porodu, zkušenosti pracoviště, porodnický um a mnoho dalších. Od porodníka se očekává, že rodičce doporučí takové vedení porodu, které by bylo pro ni a její plod co nejbezpečnější, tak aby všichni prošli spokojeni a zdravý úskalím porodu (Roztočil, 2006, s. 547).

Ještě na konci 90. let se ve Spojených státech ukončovalo více než 90 % těhotenství žen s SC v anamnéze opakovaným SC. Rozsáhlé studie prokazují, že vaginální porod je úspěšný u 60-80 % těhotných po SC v předchozí graviditě (Roztočil, 2006, s. 647).

3.1 Rizika

Jasnou podmínkou pro takový porod je bezpečnost. Jde o identifikaci a vyloučení možných rizik, která mohou vzniknout.

3.1.1 Děložní dehiscence

„Jde o skryté, symptomatické oddělení okrajů hysterotomie, bez vzniku krváčení. Může mít různou velikost, od několika milimetrů po několik centimetrů. Není porušena seróza, v tomto případě plika močového měchýře nebo perimetrium. Většinou se nezjistí, zda k dehiscenci došlo nedostatečným zhojením sutury myometria v pooperačním průběhu po SC, v průběhu následného těhotenství jako následek dilatace dolního děložního segmentu rostoucím plodovým vejcem nebo v průběhu první a druhé doby porodní. Těhotenství i porod mohou proběhnout bez komplikací, aniž by byl tento stav na děloze diagnostikován. Diagnóza se většinou stanoví po otevření dutiny břišní v průběhu iterativního SC. Po otevření parietálního peritonea je vidět přes viscerální peritoneum okénko v myometriu, kde přes plodové obaly prosvítá plodová voda. Po vybavení plodu je ošetření tohoto defektu snadné. V případě asymptomatického průběhu není nutno dehiscenci ošetřovat. Pokud žena plánuje další těhotenství, je indikována chirurgická korekce, protože v průběhu dalšího porodu může dojít k rozšíření dehiscence a ke vzniku děložní ruptury. K symptomatické dehiscenci myometria po SC dochází v následném těhotenství maximálně u 2 % těhotných“ (Roztočil, 2006, s. 548).

3.1.2 Děložní ruptura

Jde o stav, který se od předchozího liší svou akutností, který vznikne v průběhu porodu a který vyžaduje akutní ukončení těhotenství. Nejčastěji se tak děje akutním SC. Symptomatologie děložní ruptury je bolestivost v oblasti vznikající trhliny a po jejím vzniku aparentní nebo děložní krvácení, které podle intenzity vede k hemoragickému šoku rodičky. Krevní ztráta se projeví vznikem hypoxie plodu. Je pravděpodobné, že na vzniku se může podílet aplikace nadměrných dávek uterokinetik, špatná děložní činnost a dva a více SC v anamnéze (Roztočil, 2006, s. 548).

3.1.3 Placenta accreta

Frekvence výskytu této závažné komplikace se zvyšuje s počtem provedených SC. Predilekční místo patologické invaze choriové tkáně do myometria je oblast děložní jizvy. Tento stav většinou nečiní obtíže během vaginálního porodu. Problém se projeví ve III. době porodní. Pravděpodobně jedinou léčbou je provedení postpartální hysterektomie. Pokusy o provedení konzervativní léčby mohou vést k životu ohrožujícímu krvácení (Roztočil, 2006, s. 548-549).

3.1.4 Infekční komplikace

Pacientky s úspěšným vaginálním porodem po předchozím SC mají nižší febrilní a infekční morbiditu než ty, u kterých byl vaginální porod neúspěšný, a bylo nutné provést další SC. Nicméně perinatální riziko infekce u žen, které se rozhodnou pro vaginální porod není vyšší než u těch, které podstoupí primární SC (Roztočil, 2006, s. 549).

3.1.5 Stav novorozence po porodu

Apgar skóre v 5 minutách po porodu se neliší u novorozenců porozených opakovaným SC a u těch, kteří byli porozeni vaginální cestou matkám s SC v anamnéze. Ze statistik je nutné vyloučit extrémně nezralé novorozence a novorozence se závažnými vývojovými vadami. Zvýšení rizika u vaginálního porodu nebylo prokázáno. Ani použití oxytocinu nezhoršuje perinatální výsledky (Roztočil, 2006, s. 549).

Větší pravděpodobnost vaginálního porodu mají ženy, které kromě SC již alespoň jednou vaginálně porodily. Velký význam na ukončení těhotenství má postoj ženy. Ta, která se již předem rozhodla k dalšímu SC, pokud bude porodníkem přesvědčena k vaginálnímu poro-

du, velmi často končí na operačním sále. Hlavní roli v rozhodování hraje indikace k provedení SC v předchozí graviditě. Z tohoto pohledu je možno dělit indikace k SC na opakující se a neopakující se. Mezi neopakující se indikace patří poloha koncem pánevním, akutní intrapartální hypoxie plodu, placentární komplikace a mnoho dalších. V takových případech je možno očekávat úspěšný porod v 85 %. U stavu jako je dystokická porodní činnost, která je často v následujícím těhotenství rekurentní, je úspěšnost porodu 70 %. V naší populaci těhotných se již nevyskytuje absolutní nepoměr mezi naléhající částí plodu a porodními cestami. Proto i kefalopelvický nepoměr jako indikace k SC v minulé graviditě není absolutní indikací k SC v graviditě nastávající. Recidivující makrosomie plodu vede porodníka spíše k opakování SC než k vaginálnímu porodu. Chronická onemocnění matky jsou většinou indikací k opakovanému SC, když i v těchto případech existují výjimky. Podmínkou vaginálního vedení porodu je příčná hysterotomie v dolním segmentu. Korporální řez je vždy indikací k SC (Roztočil, 2006, s. 549-550).

3.2 Monitoring porodu

Přestože uvedené skutečnosti vyznívají optimisticky, je vaginální porod po předchozím SC rizikový a mnoha potenciálními komplikacemi. Jde zejména o nepravidelnosti, které již byly zmíněny a kterými jsou nepravidelnosti děložní činnosti, vznik hypoxie plodu, placentární komplikace vznik děložní ruptury a komplikace ve III. době porodní. Těmi jsou placenta adhaerens, accreta a postpartální krvácení. Je proto velmi důležité nepřetržitě porod sledovat, především kardiograficky. Porod musí být zajištěný operační pohotovostí porodnického týmu. Při vzniku komplikací s důvodem k opakovanému SC zpravidla neváháme (Roztočil, 2006, s. 550).

3.3 Medikace porodu

Použití oxytocinu a prostaglandinů není až na výjimky kontraindikováno. Výjimkami jsou dva a více SC a korporální SC. Vzhledem k častějšímu vzniku dystokické děložní činnosti je použití těchto preparátů mnohdy indikováno. Stav dělohy musí být přizpůsobeno i dávkování. Pokud nedojde k rozvoji porodnického nálezu i při aplikaci oxytocinu v průběhu dvou hodin, narůstá pravděpodobnost nutnosti provedení opakovaného SC. S vyšší incidencí ruptury dělohy je spojena aplikace Misoprostolu, proto by v těchto případech neměl být používán (Roztočil, 2006, s. 550).

Indukce porodu tedy není kontraindikovaná, pokud jsou dodrženy podmínky vedení porodu (Roztočil, 2007, s. 41).

V ambulanci je nutné k léčbě těhotných žen, které mají v anamnéze císařský řez, přistupovat jako k těm s rizikovým těhotenstvím. To znamená, že povinnosti a péče porodní asistentky během prenatální péče a porodu probíhají v závislosti a s ohledem na tuto skutečnost. Tato ambulantní péče před porodem je přizpůsobena individuálním potřebám těhotné. Porodní asistentka odebere osobní anamnézu, ale také jsou pro ni důležité informace o předchozím těhotenství, porodu a šestinedělí. Také zvažuje okolnosti, které by mohly mít následný vliv na těhotenství a porod, čímž císařský řez určitě je. Důležitá je psychická podpora ženy, a pokud je zvolen porod vaginální cestou, porodní asistentka zaměří svoji pozornost na intenzivní monitorování plodu i rodičky. Musí brát v neposlední řadě v úvahu i hrozící riziko děložní ruptury, a pokud by došlo k sebemenšímu projevu patologického stavu, je její povinností informovat lékaře, který rozhodne o dalším postupu. Za takový může být považováno krvácení a vznik Bandlovy rýhy. V období po porodu sleduje příznaky infekce, krvácení a fyziologické funkce. Žena by měla předem znát rizika, která mohou během porodu nastat (Velemínský a kol., 2011, s. 3-38).

Po předchozím CS se vrhají stíny na výsledek budoucích těhotenství. Při současných technikách a dovednostech je riziko výskytu ruptury dělohy nízké. Stav děložní jizvy a její schopnost odolávat stresům při dalším těhotenství a porodu nemůžeme zcela posoudit. Tyto případy vyžadují posouzení a dohledu porodníka (Bangal a kol., 2013, s. 140-144).

V současné době jsou údaje, které naznačují, že indukce porodu u žen s SC v anamnéze zvyšuje riziko děložní ruptury. Celkový efekt indukce porodu za použití prostaglandinů na vznik děložní ruptury je stále nejasný a může se lišit v závislosti na druhu indukce (dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200107053450101#t=articleDiscussion>).

3.4 Vliv na pánevní dno

Denervační poranění, která se měří pomocí latencí pudendálního nervu, nekorelují se stresovou močovou inkontinencí, protože ta se většinou spontánně zlepšuje po několika měsících po porodu. Dostupná literatura naznačuje, že močová inkontinence

a inkontinence stolice se více vyskytuje u žen, které mají v anamnéze operační vaginální porod, než u těch, které porodily plánovaným SC před nástupem porodní činnosti. Riziko je vyšší u operačních vaginálních porodů, o něco menší u spontánního vaginálního porodu, následuje SC za porodu a nejméně postižených žen je ve skupině pacientek, které rodily plánovaným SC. Existuje názor, že jakékoli těhotenství starší než 20. gestační týden zvyšuje riziko dysfunkce pánevního dna bez ohledu na způsob vedení porodu. Prevalence dysfunkce pánevního dna je vyšší u žen, které prodělaly instrumentální porod, rodiček po spontánním vaginálním porodu, a dokonce i u těhotných po porodu SC v porovnání s nulliparami. Nicméně i u nullipar, stejně jako u žen, které rodily pouze abdominálně, se může inkontinence časem objevit. To dokazuje, že na jejím vzniku se podílí i jiné faktory, jako je věk, hmotnost nebo genetické dispozice. Těhotenství je pouze jedna z příčin poruch pánevního dna. Ve skutečnosti prevalence močové inkontinence u nerodivších jeptišek, z nichž 95 % bylo v postmenopauze, byla 49 %. To je podobné číslo, jaké je zjištěno u postmenopauzálních žen, které rodily. U starších žen, které jsou nejvíce ohroženy rozvojem prolapsu pánevních orgánů a močové inkontinence, má způsob porodu jen minimální důležitost (Hibbard, 2007, s. 18-19; Binder, 2003, s. 22-23).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

text

Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, kolik žen s císařským řezem v anamnéze porodilo v roce 2013 v KNTB, a. s. Zlín vaginálně.

Cíl 2: Zjistit, u kolika žen byl předchozí císařský řez důvodem pro provedení akutního císařského řezu.

Cíl 3: Vypracování edukačního materiálu určeného ženám, které rodily císařským řezem.

4.1 Užitá metoda výzkumu

Jako metoda výzkumu byla zvolena analýza dokumentů. Data byla získána z porodních knih za rok 2013 na porodním sále KNTB a. s. Zlín. Průzkum byl realizován v průběhu odborné praxe. Na základě cílů práce byly vyhledány všechny potřebné informace. Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány pomocí grafů a slovních komentářů.

4.2 Charakteristika souboru

První výzkumný soubor tvořily porodopisy a těhotenské průkazy žen s císařským řezem v anamnéze, které porodily vaginálně v KNTB a. s. v roce 2013.

Druhý výzkumný soubor představovaly porodopisy a těhotenské průkazy žen, u kterých byl předchozí císařský řez důvodem k provedení akutního císařského řezu.

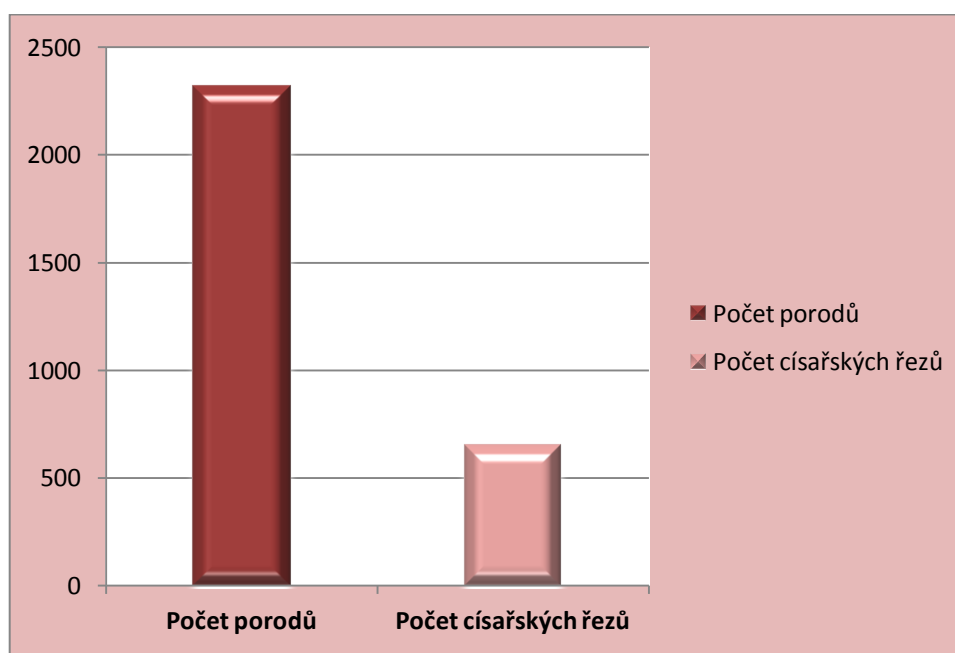
5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Rozbor 1: Celkový počet porodů a císařských řezů v KNTB a. s. za rok 2013.

Tabulka 1 Počet porodů

Rok	Počet porodů	Počet císařských řezů
2013	2322	651

Graf 1 Počet porodů



Komentář:

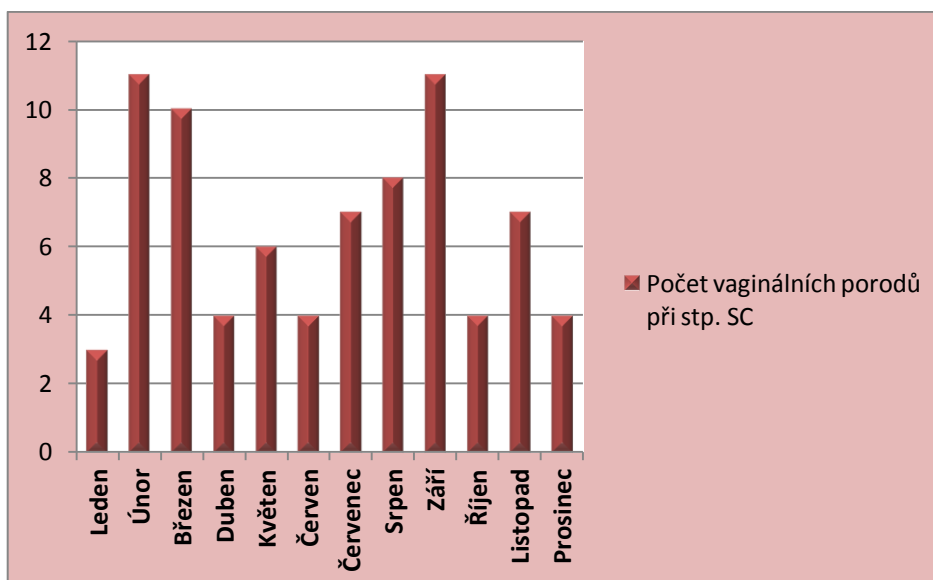
Z rozboru dat vyplývá, že za rok 2013 porodilo v KNTB a. s. 2322 žen, z toho bylo provedeno 651 (28 %) císařských řezů a 1671 (72 %) porodů bylo vaginální cestou.

Rozbor 2: Počet žen s císařským řezem v anamnéze, které porodily v r. 2013 v KNTB a. s. vaginálně

Tabulka 2 Počet porodů při stp. SC

Měsíc	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost %
Leden	3	3,8
Únor	11	13,9
Březen	10	12,6
Duben	4	5,1
Květen	6	7,6
Červen	4	5,1
Červenec	7	8,9
Srpen	8	10,0
Září	11	13,9
Říjen	4	5,1
Listopad	7	8,9
Prosinec	4	5,1
Celkem	79	100

Graf 2 Počet vaginálních porodů při stp. SC



Komentář

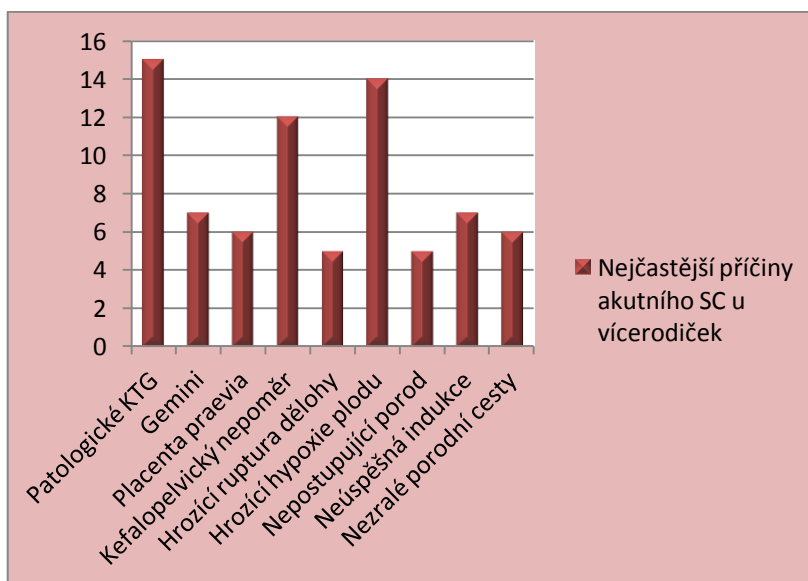
Analýzou dat bylo zjištěno, že v r. 2013 porodilo v KNTB a. s. 79 žen s císařským řezem v anamnéze.

Rozbor 3: Nejčastější příčiny akutního císařského řezu u víceroďček v r. 2013 v KNTB a. s.

Tabulka 3 Nejčastější příčiny akutního SC u víceroďček

Nejčastější příčiny akutního SC u víceroďček	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost %
Patologické KTG	15	21,4
Gemini	7	10,1
Placenta praevia	6	9,8
Kefalopelvický nepoměr	12	6,6
Hrozící ruptura dělohy	5	6,5
Hrozící hypoxie plodu	14	19,2
Nepostupující porod	5	6,5
Neúspěšná indukce	7	10,1
Nezralé porodní cesty	6	9,8
Celkem	77	100

Graf 3 Nejčastější příčiny akutního SC u víceroďček



Komentář

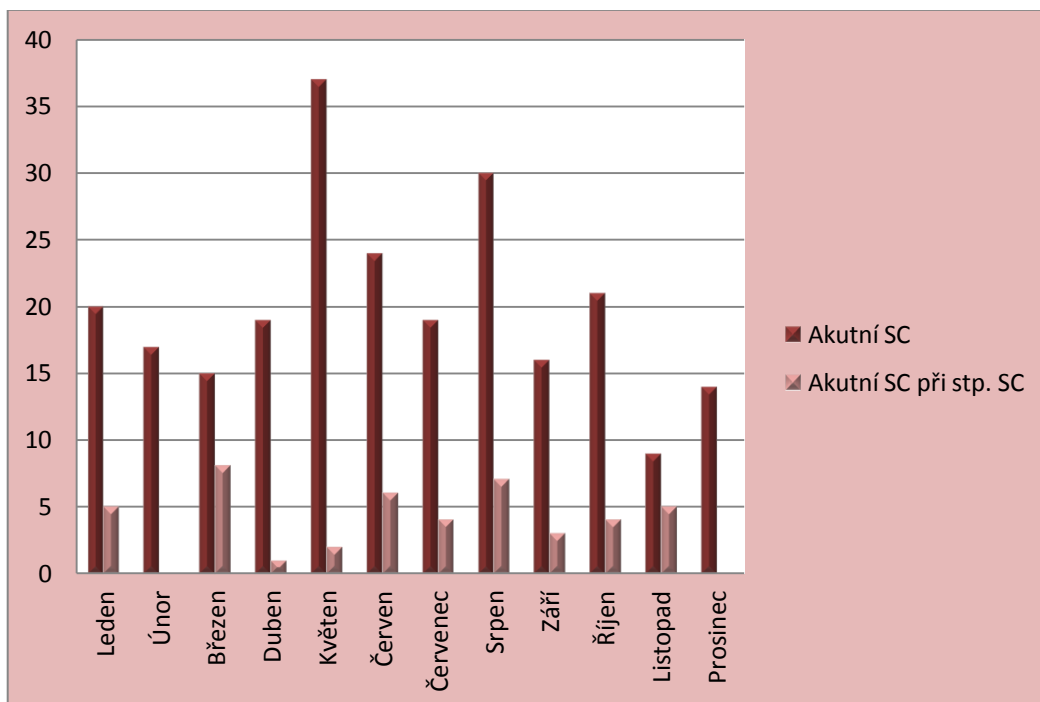
Z analýzy vyplývá, že v 15 (21,4%) případech vedlo k ukončení porodu císařským řezem patologické KTG, ve 12 (6,6%) případech byl příčinou kefalopelvický nepoměr a ve 14 (19,2%) případech byla příčinou hrozící hypoxie plodu. Další příčiny, jako neúspěšná indukce, gemini, placenta praevia, hrozící ruptura dělohy, nepostupující porod a nezralé porodní cesty byly zastoupeny přibližně ve stejné míře.

Rozbor 4: Počet provedených akutních císařských řezů v r. 2013 v KNTB a. s., a počet provedených akutních císařských řezů při stp. SC.

Tabulka 4 Počet akutních císařských řezů

Počet akutních SC			Počet akutních SC při stp. SC		
Měsíc	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost %	Měsíc	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost %
Leden	20	8,3	Leden	5	10,6
Únor	17	7,1	Únor	0	0
Březen	15	6,2	Březen	8	17,1
Duben	19	7,9	Duben	1	2,1
Květen	37	15,4	Květen	2	4,3
Červen	24	10,1	Červen	6	12,7
Červenec	19	7,8	Červenec	4	8,5
Srpen	30	12,4	Srpen	7	14,9
Září	16	6,6	Září	3	6,4
Říjen	21	8,7	Říjen	4	8,5
Listopad	9	3,7	Listopad	5	10,6
Prosinec	14	5,8	Prosinec	2	4,3
Celkem	241	100	Celkem	47	100

Graf 4 Počet akutních císařských řezů



Komentář

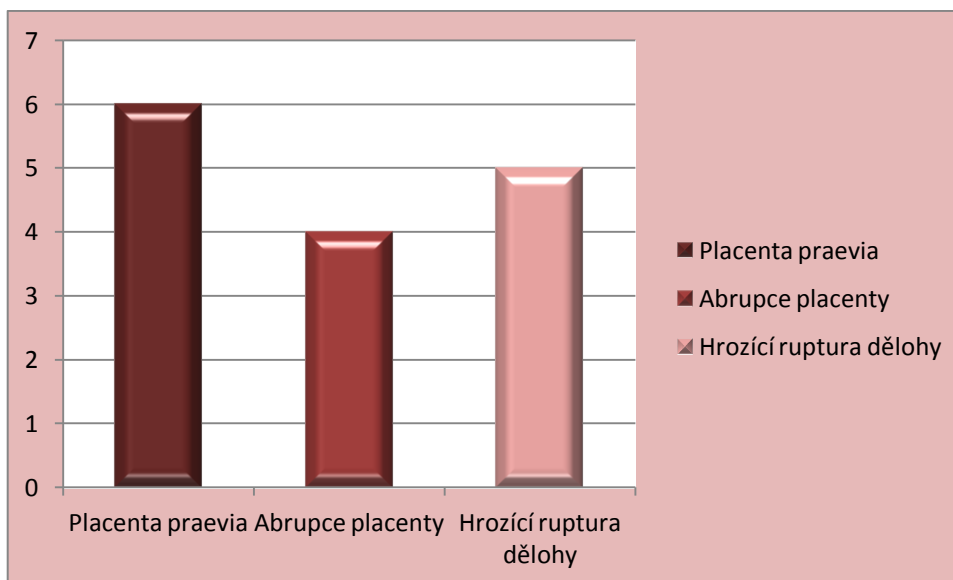
Analýzou bylo zjištěno, že v r. 2013 bylo u žen provedeno 241 akutních císařských řezů, z nichž nejvíce, 37 (15,4%) jich bylo v měsíci květnu, 30 (12,4%) v srpnu a 24 (10,1%) v červnu. Dále bylo zjištěno, že 47 akutních císařských řezů bylo provedeno u žen, které mají již jeden v anamnéze.

Rozbor 5: Počet žen, u kterých byl předchozí císařský řez důvodem k provedení akutního

Tabulka 5 Důvody k provedení akutního císařského řezu u žen s předchozím císařským řezem

Důvody k akutnímu SC	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost %
Placenta praevia	6	40
Abrupce placenty	4	26,7
Hrozící ruptura	5	33,3
Celkem	15	100

Graf 5 Důvody k provedení akutního císařského řezu u žen s předchozím císařským řezem



Komentář

Z rozboru dat vyplynulo, že u 15 žen s císařským řezem v anamnéze, které rodily vaginálně, byl předchozí císařský řez indikací k provedení akutního v 6 (40%) případech z příčiny placenty praevia, ve 4 (26,3%) případech abrupce placenty a v 5 (33,3%) případech z příčiny hrozící ruptury dělohy.

DISKUZE

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na sběr dat, jež se týkala počtu žen, které rodily v KNTB a. s. vaginálně po předchozím císařském řezu, počtu provedených akutních císařských řezů u prvorodiček i druhorodiček, dále na nejčastější komplikace vedoucí k provedení akutního císařského řezu a na komplikace během porodu, které byly u žen s císařským řezem v anamnéze důvodem k provedení akutního císařského řezu. To vše za rok 2013. Výzkum probíhal na oddělení porodního sálu Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Prvním cílem bylo Zjistit, kolik žen s císařským řezem v anamnéze porodilo v roce 2013 v KNTB, a. s. Zlín vaginálně. Dalším cílem bylo zjistit, u kolika žen byl předchozí císařský řez důvodem pro provedení akutního císařského řezu.

Data jsou srovnávána s různými statistickými analýzami a s bakalářskou prací Evy Štancelové z roku 2013.

Každoročně probíhají statistické analýzy a následné diskuze o rostoucím počtu císařských řezů.

V roce 2009 bylo v USA provedeno 1,3 milionu císařských řezů, tj. 32,9 % z celkového počtu porodů. Ve stejném roce v České republice bylo 25 114 císařských řezů, tj. ve 22,2 % z celkových 115 984 porodů. V roce 2011 tato čísla opět stoupala, a to na 25 291 císařských řezů z 106 392 porodů, tj. ve 24,7 %.

Rostoucí počty císařských řezů byly doprovázeny i zvyšujícím se počtem rodiček, které přicházejí k porodu s anamnézou předchozího císařského řezu. V ČR došlo za posledních 7 let k souvislému nárůstu podílu těchto žen na celkovém počtu porodů, a to z 9,4 % na 16 % v roce 2011. Při vedení všech porodů, které následují po předchozím císařském řezu, je důležité posoudit u každé ženy vhodné vedení porodu. Strategie vedení porodu závisí na výsledku předporodního vyšetření, kam patří ultrazvuk dolního děložního segmentu, biometrie plodu, posouzení anamnestických údajů a souhlasu rodičky s doporučeným způsobem porodu.

Při vaginálním vedení porodu po předchozím císařském řezu, má pozitivní vliv na úspěšnost dokončení porodu podle (Hruban a kol., 2012) věk matky pod 40 let, hmotnost plodu pod 4 000 g, termínová gravidita pod 40. týden těhotenství, doba větší jak 24 měsíců od předchozího porodu a nástup spontánní kontrakční činnosti.

Rizika při porodu po císařském řezu podle uvedených studií souvisí především s existencí jizvy po předchozí hysterotomii. Vliv na vznik děložní ruptury má ve 4 – 9 % případů korporální řez nebo způsob T – řezu. U vertikálního řezu uvedl Adair riziko ruptury v 1 % – 1,5 % porodů. Naproti tomu u řezu příčného je toto riziko pouze v 0,2 % – 1,5 % z uvedených porodů. Interval kratší než 24 měsíců od předchozího císařského řezu zvyšuje riziko ruptury dělohy až 2,6 násobně (Adair, 1996).

Hrubanova studie z roku 2012 uvedla počet ruptur a dehiscencí dělohy, kdy u sledovaných 986 porodů byl jejich výskyt u 0,2 až u 1,5 % případů. Studie Rossiho (2008) zaznamenala na 24 349 porodech po předchozím císařském řezu vyšší výskyt ruptur dělohy, a to v 0,5 % případů a děložních dehiscencí v 0,2 % porodů.

V souvislosti s výše uvedenými komplikacemi při porodu po SC je uváděn i počet provedených hysterektomií a poruch placentace.

Podle Silverovy studie z roku 2006, u 723 porodů po předchozím císařském řezu, je asi u 3 % porodů evidována porucha inzerce placenty. U 11 % porodů po dvou císařských řezech a u 40 % porodů po předešlých třech císařských řezech.

Staffordová (2008) uvedla dokonce až 67 % riziko vzniku poruch placentace po čtyřech SC a 70 % riziko vzniku u porodů s pěti a více císařskými porody v anamnéze.

K nejzávažnějším poporodním komplikacím v souvislosti s porody po císařském řezu patří hysterektomie. Podle uvedené české studie (Hruban, 2012) došlo k provedení hysterektomie po porodu po SC ve třech případech (0,3 %) z 986 úspěšných porodů. K jedné došlo v souvislosti s indukcí porodu, dvě hysterektomie byly provedeny po spontánních vaginálních porodech.

Americká studie Hibbarda z roku 2001 zaznamenala hysterektomii u 6 žen po porodu s předchozím SC v anamnéze (0,5 %) z celkového počtu 1 344 porodů.

Úspěšnost vaginálně vedených porodů byla ve studii Hrubana (2012) u 986 porodů, tj.

v 80,8 % z celkového počtu porodů. Italská analýza (Rossi, 2008) uvedla 73% úspěšnost ze skupiny 17 905 vaginálně vedených porodů. Naproti tomu Hibbard zaznamenal pouze 69% úspěch při VBAC. Nejmenší úspěšnost (50,9 %) uvedl Blanchett (2001), tj. 754 dokončených vaginálních porodů.

ZÁVĚR

Současné klinické zkušenosti a publikované studie nedávají jednoznačný závěr jak postupovat u těhotné ženy s císařským řezem v anamnéze při stanovení strategie vedení následujícího porodu. Obecně je jasné, že císařský řez v anamnéze není primární indikací k ukončení stávajícího těhotenství dalším císařským řezem. Konkrétnější pravidla stanovena nejsou a každé pracoviště se řídí svými zkušenostmi a k těhotné přistupuje individuálně po pečlivém zhodnocení jejího případu.

Bakalářská práce se dělí na dvě části. Teoretická část obsahuje informace o císařském řezu, jeho podmínkách a indikacích, jeho frekvencích, pozdních následcích a možných komplikacích. Je zde zmíněn i císařský řez na přání. Dále obsahuje možnosti analgezie, především vliv epidurální analgezie na průběh porodu a rizika vaginálního porodu po předchozím císařském řezu, monitoring porodu, medikace a vliv porodu na pánevní dno. V praktické části je využito výsledků z KNTB a. s. Zlín, týkajících se porodů po předchozím císařském řezu.

V této práci byly stanoveny 3 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, kolik žen s císařským řezem v anamnéze porodilo v roce 2013 v KNTB, a. s. Zlín vaginálně. Z analýzy dat vyplývá, že vaginálně porodilo 79 žen s císařským řezem v anamnéze, to je 4,7 % z celkového počtu vaginálních porodů. Mohlo by se zdát, že toto číslo není vysoké, ale když vezmeme v úvahu skutečnost, jaké možné komplikace mohou nastat, a že ne každé ženě po císařském řezu je vaginální porod doporučen, je tento počet nezanedbatelný.

Cíl 1 byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, u kolika žen byl předchozí císařský řez důvodem pro provedení akutního císařského řezu. Z výsledků analýzy je zřejmé, že ze 47 akutních císařských řezů, provedených po předchozím císařském řezu, byl u 15 z nich předchozí císařský řez důvodem k dalšímu císařskému řezu. Vzhledem k tomu, kolik bylo provedených císařských řezů celkem, a kolik bylo provedených akutních, není tento výsledek nijak znepokojující. V některých případech lze jen stěží říci důvod ukončení porodu akutním císařským řezem, poněvadž u velké části takových porodů, byla jedna komplikace doprovázena nějakou další.

Cíl 2 byl splněn.

Třetím cílem bylo vypracování edukačního materiálu určeného ženám, které rodily císařským řezem. Leták je obsažen v příloze P III.

Cíl 3 byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BINDER, Tomáš, 2008. *Komplikace císařského řezu*. Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 17, č. 1, s. 89-95. ISSN: 1211-1058.
- BINDER, Tomáš, 2003. Komentář k článku: "*Císařský řez na přání: nový bod sváru mezi porodníky*" ze str. 15-19. *Gynekologie po promoci*, roč. 3, č. 6, s. 20-22. ISSN: 1213-2578.
- ČECH, Evžen a Miroslava KYASOVÁ, 2006. *Porodnictví*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 544 s., [2] s. barev. obr.přil. ISBN 80-247-1303-9.
- DOLEŽAL, Antonín a Miroslava KYASOVÁ, 2001. *Od babictví k porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 144 p., [4] leavesofplates. ISBN 80-246-0277-6.
- HAWKINS, Joy L., 2010. *Epidurální analgezie během porodu*. *Gynekologie po promoci*, roč. 10, č. 3, s. 6-11. ISSN: 1213-2578.
- HIBBARD, Judith U. — TORRE, MichaelaDella, 2007. *Když žena žádá císařský řez*. *Gynekologie po promoci*, roč. 7, č. 3, s. 16-22. ISSN: 1213-2578.
- KAMENÍKOVÁ, Miloslava a Miroslava KYASOVÁ, 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 89 s., přílohy. ISBN 80-247-0285-1
- KUDELA, Milan, 2011. *Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty*. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého. 273 s. ISBN 978-802-4419-756.
- LARSEN, Reinhard a Jarmila DRÁBKOVÁ. *Anestezie*. 2. vyd. Praha. ISBN 80-247-0476-5
- LOMÍČKOVÁ, Taťána, 2007. *Komplikace porodu císařským řezem*. Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 16, č. 1, s. 52-55. ISSN: 1211-1058.
- PAŘÍZEK, Antonín a Miroslava KYASOVÁ, 2002. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada, 535 s., obr. ISBN 80-716-9969-1.
- ROZTOČIL, Aleš, 1996. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 274 s. ISBN 80-701-3230-2
- ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 274 s. ISBN 978-802-4719-412
- ROZTOČIL, Aleš, 2007. *Indukce k císařskému řezu*. Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 16, č. 1, s. 41. ISSN: 1211-1058.

ROZTOČIL, Aleš, 2006. *Spontánní porod po císařském řezu*. Moderní gynekologie a porodnictví, roč. 15, č. 4, s. 547-552. ISSN: 1211-1058.

STILLER, Robert J. a HAMAR, Ben, 2005. *Těhotenství v jizvě po předchozím císařském řezu*. Gynekologie po promoci, roč. 5, č. 5, s. 50-54. ISSN: 1213-2578.

WONG, Cynthia A. a PAECEMAN, Alan M, 2006. *Vliv časně epidurální analgezie na průběh porodu*. Gynekologie po promoci, roč. 6, č. 6, s. 37-40. ISSN: 1213-2578.

WU JM, HUNDLEY AF, VISCO AG, 2005. *Elective primary cesarean delivery: attitudes of urogynecology and Materna-fetal medicíně specialists*. ObstetGynecol. 105: 301 – 306.

ZÁBRANSKÝ, F, 1997. *Technika císařského řezu*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80 – 85824 – 69 - 8.

Internetové zdroje

BANGAL, Vidyadhar B; GIRI, Purushottam A; SHINDE, Kunaal K; GAVHANE, Satyajit P., 2013. *Vaginal Birth After Cesarean Section*. *North American Journal of Medical Sciences* [online]. Vol. 5, no. 2 s. 140-144. ISSN:1947-2714 [cit. 14-04-16] Dost. z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624716/>

LYDON-ROCHELLE, Mona; HOLT, Victoria; EASTERLING, Thomas, 2001. *Risk of uterine rupture during labour among women with a prior cesarean delivery*. *The New England Journal of Medicine* [online]. [cit. 14-04-16] Dost. z: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200107053450101#t=articleDiscussion>

ŠTANCELOVÁ, Eva. *Porod po císařském řezu* [online]. 2013 [cit. 2014-16-04]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Miloslava Kameníková. Dostupné z: <http://theses.cz/id/fgs29k/>

VELEMÍNSKÝ, Miloš; VELEMÍNSKÝ, Miloš; PISKORZOVÁ, Martina; BAŠKOVÁ, Martina; TÓTHOVÁ, Valérie; STRÁNSKÝ, Pravoslav, 2011. *Birth After Cesarean Section*. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research* [online]. Vol. 17, no. 2 s. CR97-CR103. ISSN:1643-3750 [cit. 14-16-04]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.k.utb.cz/pmc/articles/PMC3524712/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- SC Císařský řez
- Stp. SC Stav po císařském řezu
- KNTB a.s. Krajská nemocnice Tomáše Bati

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Počet porodů

Tabulka 2: Počet porodů při stp. SC

Tabulka 3: Nejčastější příčiny akutního SC u vícerodíček

Tabulka 4: Počet císařských řezů

Tabulka 5: Důvody k provedení akutního císařského řezu u žen s předchozím císařským řezem

Tabulka 6: Močová inkontinence po porodu

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Počet porodů

Graf 2: Počet porodů při stp. SC

Graf 3: Nejčastější příčiny akutního SC u vícerodiček

Graf 4: Počet císařských řezů

Graf 5: Důvody k provedení akutního císařského řezu u žen s předchozím císařským řezem

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha P2: Edukační materiál

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti v průběhu realizace odborné praxe pro níže uvedenou studentku. V rámci ukončení studia studenti 3. ročníku zpracovávají bakalářskou práci, jejíž součástí je i empirická část. K realizaci této části studentka potřebuje přístup k informacím z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studentku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka.

Téma bakalářské práce	Porod po císařském řezu
Termín konání odborné praxe	-
Pracoviště	Gynekologicko-porodnické oddělení KNTB a. s. Zlín
Metoda výzkumného šetření	Rozbor zdravotnické dokumentace
Skupina respondentů	-
Autor bakalářské práce	Eva Smolková (Baďurová)
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Děkujeme za spolupráci.

Ve Zlíně dne 6. 5. 2014

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín
gynekologicko-porodnické odd.


Bc. Helena Novotná

Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA PII: MOČOVÁ INKONTINENCE PO PORODU

Tabulka 6

Močová inkontinence po porodu		
Způsob vedení porodu	% postižených	Doba sledování po porodu
Operační vaginální	33-34	9 týdnů-6 měsíců
Spontánní vaginální	7-32	9 týdnů-6 měsíců
Císařský řez za porodu	17-18	9 týdnů-6 měsíců
Císařský řez plánovaný	0-10	9 týdnů-6 měsíců

(Zdroj: Hibbard,2007, s. 19)

PŘÍLOHA PIII: EDUKAČNÍ MATERIÁL

Víte, že i VY sama můžete ovlivnit některé komplikace po císařském řezu?

Promazávejte jizvu co nejdříve po operaci

- aplikací speciálních mastí, které jsou dostupné v lékárnách zabráníte vzniku srůstů, které mohou být komplikací pro další potenciální operace

Bud'te opatrná s brzkým posilovacím cvičením

- s posilovacím cvičením břišních svalů začněte nejdříve 3-5 měsíců po operaci
- odpočinek má velký vliv na zahojení jizvy. Dostatek spánku a klidový režim totiž výrazně podporují regeneraci tkání.
- aktivním dynamickým cvičením počkejte alespoň dva měsíce
- s



Jizvu masírujte

- s masáží začnete, až když je jizva plně zacelená, většinou ve 3. týdnu od operace
- tlačte prstem na jizvu zhruba 30 vteřin, dokud nezbledne, potom 15 vteřin počkejte, než se jizva opět prokrví, a znovu stiskněte

Další těhotenství

- po nekomplikovaném císařském řezu by měl být interval mezi dalším těhotenstvím alespoň 6 měsíců

Aktivujte pánevní dno

- s posilováním svalů pánevního dna po porodu můžete začít už v porodnici
- lehněte si na záda, pokrčte kolena a stáhněte pánevní dno a pupík, jako když si dopínáte zip

Přejděte infekci

- po odejmutí sterilního krytí byste měla důsledně dodržovat hygienu a uchovávat jizvu v čistotě