

Urška Bizjak Ogrinc¹, Živa Novak Antolič²

Porod po carskem rezu

Vaginal Birth after Cesarean Section

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: carski rez, vaginalni porod po carskem rezu

Vprašanje poroda po carskem rezu se postavlja že stoletja in še do danes je odgovor nanj nepopoln. Navdaja nas s strahom in negotovostjo tako med zdravniki kot tudi pri porodnicah samih. Dolga leta je veljala doktrina, ki jo je prvi podal Cragin, leta 1916: enkrat carski rez, vedno carski rez. Pozneje so številne raziskave dokazale nasprotno in tako velja tudi danes. Če porodnica izpolnjuje določene zahteve in če ni pokazateljev za ponoven carski rez, je treba po predhodnem carskem rezu poskusiti z vaginalnim porodom. Sama sem oboje tudi doživela in vsak način zase je čudovita in nepozabna izkušnja bodisi v pozitivnem ali negativnem smislu.

ABSTRACT

KEY WORDS: cesarean section, vaginal birth after cesarean section

Over centuries there has been an unanswered question about vaginal birth after cesarean section. It is still connected with fear and uncertainty among patients and doctors. In 1916, Craign stated: once a cesarean section, always a cesarean section. This statement lasted for years. Later many studies proved the contrary. If the patient passed the selection criteria, they have to try a vaginal delivery after a cesarean section. I had delivered in both ways and both are marvellous and unforgettable experience either in positive or negative way.

¹ Urška Bizjak Ogrinc, dr. med., Klinika za ginekologijo in porodništvo, Klinični center, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana.

² Prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., Klinika za ginekologijo in porodništvo, Klinični center, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana.

UVOD

Prvi zapisani primer vaginalnega poroda po predhodnem carskem rezu sega daleč nazaj v leto 1500, ko je mesar Jacob Nufer naredil carski rez svoji ženi, ker je že nekaj dni imela boleče popadke. Po tem kirurškem posegu je brez težav še petkrat rodila, enkrat celo dvojčke (1).

Leta 1916 pa je Cragin podal znano izjavo: »Enkrat carski rez, vedno carski rez.« Takšno prepričanje je zaradi strahu pred raztrganjem maternice na mestu brazgotine carskega reza veljalo dolga leta, vse dotlej, ko je klasičen vzdolžni (*vertikalni*) rez zamenjal prečni (*transverzalni*).

Kasneje, po letu 1978, so sledile raziskave, ki so potrdile varnost vaginalnega poroda po carskem rezu. V poznih 80 letih se je mnenje o tem zopet spremenilo zaradi ponovnega večjega pojava raztrganin maternice in posledične odstranitve maternice, obrojstnih smrti in nevroloških izpadov pri novorojenčkih je število carskih rezov po carskem rezu zopet naraslo (2).

Možnost raztrganja maternice pri ženskah, ki so imele prečni rez maternice v spodnjem zožanem (istmičnem) delu, je minimalna (0,6–1,0%) in naraste na 10% pri vzdolžnem rezu maternice (3, 4).

Ugotovili so, da je treba za porod po naravni poti po predhodnem carskem rezu izbrati primerne kandidatke, kajti obstajajo številni dejavniki tveganja, ki odločajo o uspešnosti vaginalnega poroda.

Med dejavnike povečanega tveganja pri ženskah po carskem rezu štejejo:

- ocenjena teža ploda > 3720 g (5),
- vzdolžni rez na maternici (možnost raztrganja maternice v 10%) (2, 3, 6),
- sprožen porod s prostoglandinom E1, oksitocinom ali umetnim predrtjem plodovih ovojev (1, 4, 6) (potrebno je nadzorovano počasno stopnjevanje proženja poroda predvsem z oksitocinom),
- nekateri pokazatelji za predhodni carski rez (npr. kefalopelvino nesorazmerje, distocija) (7) in
- število predhodnih carskih rezov (tveganje za raztrganino maternice se poveča z 0,6 na 1,8% po enem oz. po dveh predhodnih carskih rezih) (2, 7).

Zadostiti je treba nekaterim merilom, ki jih je predlagal ameriški kolegij ginekologov in porodničarjev (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) leta 1999 (tabela 1) (2).

Tabela 1. Izborna merila za vaginalni porod po carskem rezu (1).

Izborna merila
En ali dva predhodna carska reza s prečnim rezom maternice
Klinično stabilna medenica
Brez predhodnih drugih kirurških posegov na maternici
Stalna prisotnost zdravnika v primeru poroda po carskem rezu, skrbno spremljanje poteka poroda (počasna indukcija)
Prisotnost celotne operacijske ekipe v primeru nujnega carskega reza

V letu 2000 je bilo v ZDA 23% carskih rezov, od tega je bilo 60% vseh carskih rezov vnaprej določenih, med katere v veliki večini sodijo ponovni carski rezi (6). V Sloveniji je bil povprečen odstotek carskih rezov v letih 1987–1991 7,56%. Pogostost carskih rezov v Sloveniji postopno narašča (11,3% v letu 2000), vendar je v primerjavi z državami Evropske unije in ZDA še vedno nizka (3). Vnaprej določenih carskih rezov je bilo v letih 1987–1991 2,2% (8) in je v zadnjem obdobju (1997–99) naraslo na 3,3% (3).

V letih 1989–1996 je v ZDA opazen trend naraščanja vaginalnih porodov po carskem rezu (od 19 v letu 1989 na 28% v letu 1996), v zadnjih letih pa ponoven padec, kar potrjuje, da se veliko zdravnikov še vedno raje odloča za ponoven carski rez. To pa ni v skladu z novimi zdravstvenimi smernicami, ki želijo do leta 2010 povečati število vaginalnih porodov na 37%, kajti carski rez je povezan s povečano obolevnostjo in umrljivostjo matere (6, 9). Bolnice s carskim rezom imajo v primerjavi z bolnicami po vaginalnem porodu pogostejša vročinska stanja, okužbe (vnetja endometrija, okužbe rane), krvavitve, podaljšana bivanja v bolnišnici, probleme z nadaljnjimi nosečnostmi itd. (6, 7). Umrljivost je 1–4-krat večja kot pri vaginalnih porodih (8).

V Sloveniji se način poroda po predhodnem carskem rezu v zadnjem desetletju ni bistveno spremenil. Ena tretjina žensk rodi vaginalno, pri dveh tretjinah porod dokončamo s ponovnim carskim rezom, od tega je

Tabela 2. Način poroda po predhodnem carskem rezu v Sloveniji.

Obdobje	vaginalni porod število (%)	elektivni carski rez število (%)	urgentni carski rez število (%)	% carskih rezov po carskem rezu od vseh porodov	% carskih rezov po carskem rezu od vseh carskih rezov
1988–90	511 (32,4)	517 (32,8)	547 (34,7)	1,4	20,0
1991–93	474 (30,59)	609 (39,1)	473 (30,4)	1,7	20,2
1994–96	519 (32,7)	547 (34,5)	520 (32,8)	1,9	20,4
1997–99	552 (36,0)	559 (36,0)	440 (28,4)	1,9	19,4

polovica porodov vnaprej določenih (tabela 2). Carski rez po predhodnem carskem rezu bistveno ne vpliva na naraščanje incidence carskega reza v Sloveniji (3).

V Sloveniji je v letih 1987–1991 rodilo vaginalno 33 % žensk, ki so v preteklosti imele carski rez (8), leta 1998 pa 44 % (10). V povprečju se 60–80 % začetih porodov uspešno dokonča vaginalno (leta 1998 62%) (10), v ostalih primerih pa je potreben operacijski poseg, bodisi carski rez, vakuumsko izvlečenje ploda ali kleščni porod (1, 6, 7, 11, 12).

Vaginalni porod po predhodnem carskem rezu se je v mnogih raziskavah v marsičem izkazal za boljšega od carskega reza po carskem rezu (1, 2, 6, 7, 11, 12). Kljub temu pa je v marsikaterem zdravnikovem prepričanju trdno zakoreninjena nekdanja miselnost »enkrat carski rez, vedno carski rez«, ki še vedno botruje k zelo počasnemu trendu naraščanja vaginalnih porodov povsod po svetu.

Na koncu bi lahko sklenili, da je treba pri vsaki nosečnici po predhodnem carskem rezu, ki zadostuje zgoraj opisanim izbornim merilom, poskusiti z vaginalnim porodom. Nadzor in spremljanje poroda morata biti izredno skrbna in v kritičnih trenutkih je treba hitreje dokončati porod s carskim rezom, kot bi ga pri vaginalnem porodu (8, 10).

LASTNE IZKUŠNJE

Pred kratkim sem bila tudi sama, kot mama in kot zdravnica, postavljena pred takšno dilemo, ki se v porodništvu pojavlja že stoletja in na katero znanstveniki še do danes nimajo enotnega odgovora.

Moram reči, da sem šele sedaj, ko sem natančno prebrala literaturo in se poglobila v problem na omenjeno temo, dojela, kakšnemu tveganju sem bila pravzaprav v resnici

izpostavljena. Vidim, da v nosečnosti tudi zdravnice razmišljamo predvsem kot matere.

Prvič sem pred tremi leti rodila zdravo deklico, ki pa je žal celo nosečnost vztrajala v medenični vstavi in se je zato rodila s carskim rezom. Že takrat sem si strašno želela, da bi rodila po naravni poti, kajti želela sem doživeti izkušnjo poroda, ki sem ga kot študentka medicine in kasneje tudi kot zdravnica tako občudovala.

Drugič, v razmiku dveh let, sem se pri sebi odločila, da bom rodila vaginalno, kajti vedela sem, da je to mogoče, če bo otročiček ostal v pravilni legi vse do poroda. Celotna nosečnost je bilo na pregledih moje stalno vprašanje: »Kakšen položaj ima otrok?«, »Ali je nemara možnost, da rodim po naravni poti?«. Imela sem popolno zaupanje v svojo zdravnico, ki ni nikoli na glas pomislila, da naraven porod ne bi bil mogoč.

Proti koncu nosečnosti pa me je začelo skrbeti. Vse bolj sem postajala zdravnica in začela sem razmišljati tudi o morebitnih zapletih, čeprav upanja do konca nisem izgubila. V primerjavi s prvim otrokom se mi je zdel drugi izredno velik, na ultrazvoku je bil obseg glave nad povprečjem, čeprav ocenjena teža ni preseгла 3500 g teden dni pred porodom. Slišala sem o raztrganinah maternice in o pravilu »enkrat carski rez, vedno carski rez«, hkrati pa sem si rekla: »Saj je že več kot dve leti od prvega poroda, brazgotina mora biti čvrsta. Pravilo »enkrat carski rez, vedno carski rez« pa je že prastaro in gotovo ne velja več.« V knjigah sem pričela iskati članke o tej temi, toda raje sem prebirala pozitivne strani, poglavja o tveganjih sem nenačrtno spregledala. Pred očmi sem imela le-to, da bom lahko po porodu hitro okrevala in se hitro vrnila domov, kajti doma me je čakala majhna deklica. Želela sem si, da bom takoj po porodu zagledala

svojega dojenčka, da ne bom omamljena tako kot po carskem rezu in da ga bom lahko še isto minuto stisnila k sebi, ne da bi se bala, da mi bo padel iz rok. Verjetno sem nehotе razmišljala in postopala tako kot vsaka mama.

Sedaj vidim, da je bila odločitev za vaginalni porod boljša, ker se je vse srečno izteklo. Mogoče je k temu pripomogel ravno moj optimizem in neizmerna želja po novi izkušnji. Če bi takrat prebrala toliko literature kot sem jo za pisanje tega članka, bi me bilo gotovo bolj strah in bila bi manj sproščena, čeprav so vse raziskave izredno pozitivno naravnane. Že opis najmanjšega odstotka tveganja bi me verjetno spravil s tira, najbolj pa dejstvo, da je povečano tveganje za raztrganino maternice pri plodu, težjem od 3700 g (5), kajti rodila sem fantka, težkega kar 4040 g in dolgega 53 cm.

Šele po porodu so mi mama, ki je prav tako zdravnica, in še nekateri stanovski prijatelji, zaupali, da so bili zelo v skrbeh in dvomih o uspešnosti poroda. Hvaležna sem jim, da tega niso nikoli pokazali pred porodom, kajti

videli so, da sem bila sama prepričana v uspeh. Hvaležna sem svoji zdravnici, da se je odločila za naraven potek poroda, kajti tako imam sedaj za seboj dve bogati izkušnji, ki sta pomembni tako za življenje kot za mojo poklicno pot.

Navsezadnje se najlepše zahvaljujem svoji mentorici, prof. dr. Živi Novak Antolič, ki mi je z nalogo o pisanju tega članka omogočila, da sem poglobljeno preštudirala omenjeno temo in pridobila še pogled s strokovne plati.

Na koncu lahko brez dvoma povem, kako lepo je roditi vaginalno. V sekundi so po porodu pozabljeni vsi napor in vse bolečine, ki po carskem rezu še dolgo trajajo. Ostane ti samo nepozabno lepo doživetje ob prvem pogledu na svojega otročička.

Po carskem rezu še dolgo časa čutiš bolečine zaradi prerezanega trebuha, težko vstajaš iz postelje, pestuješ in dojiš dojenčka. Najhuje pa je, da se ne spominjaš poroda in da zaradi omtičnosti od narkoze ne moreš takoj stisniti svojega otročička v objem.

LITERATURA

1. Davies GAL, Hahn PM, McGrath MMJ. Vaginal birth after cesarean. Physicians' perceptions and practice. *JRM* 1996; 41 (7): 515-20.
2. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams obstetrics*. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2000: 541-3.
3. Šajina Stritar B. Naraščanje incidence carskega reza v Sloveniji. Novakovi dnevi z mednarodno udeležbo. Klinično upravljanje strokovnosti v perinatologiji. Clinical governance; 30. maj-1. junij 2002; Bled, Slovenija. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, Slovensko zdravniško društvo; 2002.
4. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Eng J Med* 2001; 345: 3-8.
5. Yetman TJ, Nolan TE. Vaginal birth after cesarean section: a reappraisal of risk. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161 (5): 1119-23.
6. CDC. Vaginal birth after cesarean birth - California, 1996-2000. *MMWR* 2002; 41 (44): 996-8.
7. Flamm BL, Lim OW, Jones C, Fallon D, Newman LA, Mantis JK. Vaginal birth after cesarean section: results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158 (5): 1079-84.
8. Pajntar M. Carski rez. In: Pajntar M, Novak - Antolič Ž, et al, eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994. p. 321-5.
9. Turnquest Wells MA. A guest editorial: Safely reducing the cesarean delivery rate. *Obstetrical and Gynecological Survey* 57 (7): 409-12.
10. Završnik T. Delivery rate after a previous cesarean section. Proceedings of the XIIth Congress of Perinatal Medicine. XXth Alpe Adria Meeting; 1998 Oct 2-3; Postojna, Slovenija. Ljubljana: Slovene Medical Society, Slovenian Association of Perinatology; 1998.
11. Roumen FJME, Janssen AAJM, Vrouwenraets FPJM. The course of delivery after previous cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 34: 15-20.
12. Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. *Obstet Gynecol* 1994; 84 (2): 255-8.