

CIĘCIE CESARSKIE

Cięcie cesarskie polega na nacięciu skóry, powłok brzusznych, a następnie dolnego odcinka macicy. Cały zabieg do momentu wydobycia dziecka z macicy trwa tylko kilka minut. Operację wykonuje się w znieczuleniu ogólnym (popularnie zwanym narkozą) lub zewnątrzoponowym (podanie środka znieczulającego między opony kręgosłupa).

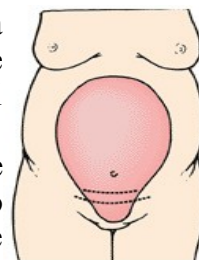
Lekarze podejmują decyzję o konieczności zakończenia ciąży za pomocą cięcia cesarskiego w przypadkach : 1)Zwężenia miednicy. 2)Przy niektórych mięśniakach macicy lub guzach jajnika. Mogą one spowodować gorszą kurczliwość macicy podczas porodu i po porodzie lub przeszkodę w porodzie. 3)Gdy łożysko jest niekorzystnie umiejscowione w macicy, w jej dolnym odcinku, całkowicie lub częściowo pokrywające ujście wewnętrzne szyjki macicy (tzw. łożysko centralnie lub brzeżnie przodujące). Grozi to powstaniem krwotoku podczas porodu , a często uniemożliwia poród, co z kolei może doprowadzić do śmierci płodu, a następnie matki. 4)Gdy stwierdzi się niekorzystne ułożenie dziecka w macicy np.: położenie poprzeczne lub skośne które uniemożliwia poród siłami natury. 5)Przy niektórych chorobach układowych jak np.: choroby serca, nerek, nadciśnienie, cukrzyca, rozwiązanie porodu siłami natury może zagrozić życiu matki i dziecka.

Często decyzja o cięciu cesarskim zapada dopiero w czasie porodu, gdy pojawi się zagrożenie dla matki lub dziecka: Gdy nastąpi przedwczesne odklejenie łożyska w czasie ciąży lub porodu, co także powoduje obfity krwotok. W różnych sytuacjach zagrożenia dla dziecka, takich jak np.: wypadnięcie pępownicy. Poród naturalny grozi wtedy śmiercią dziecka z powodu odcięcia dopływu krwi.

Zagrażająca zamartwica płodu, czyli spadek tętna u dziecka w czasie porodu. Taka sytuacja może powstać z bardzo wielu przyczyn. Najczęściej zdarza się to: 1)Przy bardzo dużym stresie u rodzącej, ze względu na bardzo silne odczuwanie bólu przez matkę i w konsekwencji jej nieprawidłowe oddychanie (wstrzymywanie oddechu), może dojść do znacznego niedotlenienia płodu. 2)Przy dużym dziecku rodzonym przez kobietę o wąskim, mimo że mieszczącym się w normie, kanale rodnym, z powodu nieprawidłowych zwrotów jakie dokonuje dziecko w czasie przechodzenia przez kanał rodny. 3)Zagrażające pęknięcie macicy (mięsień macicy staje się nienaturalnie twardy i bolesny). Następuje taka sytuacja wówczas gdy skurcze macicy są prawidłowe ale istnieje jakaś przeszkoda w postępowaniu przechodzenia dziecka przez kanał rodny. Najczęściej jest to nierozwieranie się szyjki macicy. Przy braku postępu porodu, poród przedłużający się, może grozić zamartwicą wewnątrzmaciczną płodu.

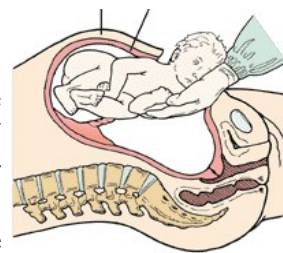
Znieczulenie ogólne do cięcia cesarskiego to takie, gdy pacjentka ma wyłączoną świadomość i oddycha za nią aparat , wykonywane jest ono najczęściej w nagłych wypadkach, gdy dziecko musi być wydobyte jak najszybciej. Znieczulenie zewnątrzoponowe - często wykonywane jest do planowanych porodów operacyjnych. Anestezjolog poprzez nakłucie kręgosłupa pacjentki w odcinku lędźwiowym wprowadza cewnik między opony rdzenia kręgowego i podaje przez niego środek znieczulający całkowicie dolną część ciała - od pasa aż do palców stóp. Dzięki temu kobieta zachowuje przytomność podczas cięcia nie odczuwając bólu. Zaletą tego znieczulenia jest przede wszystkim to, że do płodu nie docierają poprzez łożysko żadne środki znieczulające, które mogą być dla niego toksyczne. Lekarz może wykonać cięcie spokojnie - bez pośpiechu jaki towarzyszy cięciom w znieczuleniu ogólnym, gdzie warunkiem, aby dziecko nie dostało potężnej dawki leków znieczulających, jest wydobycie go z wnętrza macicy w ciągu około 5 minut. Zaletą jest również możliwość kontaktu matki z noworodkiem bezpośrednio po porodzie, o ile tylko stan dziecka na to pozwala.

Nacięcie pierwszych trzech warstw powłok brzusznych (skóra, tkanka podskórna, warstwa ścięgniasta) u ciężarnej kobiety można wykonać : 1)Podłużnie (cięcie od pępka do spojenia łonowego) wykonywane zawsze przy konieczności jak najszybszego wydobycia dziecka z macicy, lub jeżeli kobieta wcześniej przechodziła już jakieś inne operacje, bądź też jest bardzo otyła. 2)Poprzeczne (poprowadzone nad spojeniem łonowym od jednego kolca biodrowego do drugiego po stronie przeciwnej) wykonywane przy zabiegach planowych. Kolejne dwie warstwy powłok brzusznych - mięśnie oraz otrzewną zwykle nacina się podłużnie. W przebiegu pooperacyjnym przy nacięciu poprzecznym (nad linią łona) kobiety

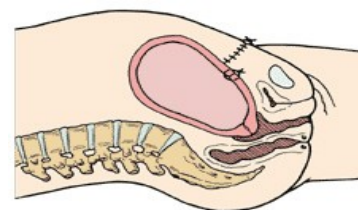


odczuwają mniejszy dyskomfort niż przy podłużnym, poza tym blizna jest mniej widoczna. Nacięcie poprzeczne ma jednak kilka wad m.in. czas od rozpoczęcia operacji do wydobycia płodu jest dłuższy.

Po nacięciu powłok brzusznych uwidacznia się macica w której znajdują się płód. W ponad 90% przypadków wykonuje się poprzeczne przecięcie w dolnym odcinku macicy. Jego zaletą jest stosunkowo małe krwawienie i rzadkie tworzenie się zrostów podczas późniejszego gojenia. W przypadku porodu przedwczesnego wykonuje się cięcie w kształcie litery "J", "U" lub odwróconego "T". Lekarz, który dokonuje operacji wyjmuje, przez wykonane w macicy nacięcie - płód i przekazuje go pod opiekę lekarzowi neonatologowi (pediatrie) i anestezjologowi, a następnie wydobywa również odklejające się łożysko. Następnie zszywa, w odwrotnej do nacinania kolejności, każdą przeciętą warstwę oddzielnie.



Ryc. Cięcie cesarskie w Ugandzie XX wiek



Jarosław Jacek Maj
lekarz ginekolog-położnik
www.jaroslawmaj.ginweb.pl