

Информирано решение за избор на начина за родоразрешение

.....
(три имена по лична карта)

ЕГН:

Постоянен адрес: гр. (с.)..... жк./кв.

ул. № бл. вх. ет. ап.

Уважаема госпожо,

За нас, екипа на САГБАЛ „Д-р Щерев“, е изключителна чест и същевременно голяма отговорност, че избрахте нашата родилна зала, поради което приготвихме за Вас подробна информация, съобразена с добрата медицинска практика, която изисква преди да родите да се запознаете с положителните и отрицателните страни на цезаровото сечение, за да можете да поемете своята отговорност за това.

Цезаровото сечение (ЦС) е оперативен метод за родоразрешение, при който се прави израждане на плода и придатъците му чрез разрез на коремната стена и матката. Цезаровото сечение бива планово, когато в хода на бременността се реши, че методът на родоразрешение ще бъде такъв. Това решение може да бъде взето въз основа на обективни за плода и/или бременната причини или по желание на бъдещата майка.

Другият вид цезарово сечение е по спешност, при което в хода на вагиналното раждане, то не напредва или са настъпили усложнения, които налагат извършването на операцията.

За ресекцио се говори, когато след веднъж извършено цезарово сечение, се прави повторно такова.

Физиологичното вагинално раждане протича обичайно в три периода при първораждащи:

- Първи период на разширяване на цервикалния канал с контракции на около 5–10 мин е с продължителност 10–12 часа;
- Втори период на изгонване на плода и напъни за около 90–120 мин;
- Трети (плацентарен) период за 10–30 мин.

При жени, които са раждали поне веднъж, първият период на разкритие трае не повече от 6 часа, вторият период на изгонване и напъни е с продължителност

около 30 мин, а плацентарния период отнема около 10–15 мин. За да може вагиналното раждане да протече безпроблемно, раждащата жена трябва да е психически и физически подготвена да роди физиологично своето бебе.

Недостатъци на цезарово сечение в сравнение с вагиналното раждане:

1. Отчита се сериозна майчина заболяемост, която нараства прогресивно с увеличаване на броя на ЦС. Според последни проучвания майчината смъртност след ЦС е 13 на 100 000 жени, а при вагиналното раждане: 4 на 100 000 ⁽⁴⁾.
2. Плановите ЦС повишават риска от майчина заболяемост 2,5 пъти, докато ЦС по спешност увеличават риска до 6 пъти ⁽¹⁴⁾.
3. Раждането с ЦС е рисков фактор за тромбоемболична болест и увеличава риска 4 пъти в сравнение с вагиналното раждане⁽⁷⁾. Тези данни налагат извършването на профилактика с ниско молекулни антикоагуланти при почти всички оперирани от 12-ия час.
4. ЦС е коремна операция и носи своите рискове, като например, по-голяма кръвозагуба в сравнение с вагиналното раждане. Макар и рядко, може да се наложи да се отстрани матката. Срещат се и усложнения като възпаление на коремната кухина: перитонит, или възпаление на матката – ендометрит и други. Могат да се наранят съседни органи по време на операцията, напр. пикочен мехур. Профилактично, по-често, се прилагат антибиотици при жени, раждащи с ЦС, в сравнение с тези, родили вагинално: 62% срещу 24% ⁽²⁾.
5. Наблюдава се по-бавно обратно развитие на матката, т.е. връщането ѝ към нормалните размери. Възможно е развитието на хематом – събиране на кръв в коремната стена или кухина, което налага повторно отваряне на корема. Възможно е инфектиране на коремния разрез, налагащо лечение, а понякога и вторично зашиване.
6. ЦС налага задължително обезболяване, което носи допълнителен анестезиологичен риск.
7. Увеличава се честотата на предлежаща плацента с нарастване на броя на ЦС. При втора бременност, след предхождащо ЦС, рискът е 8,7 на 1000 в сравнение с 4,4 на 1000 при предишно вагинално раждане⁽⁵⁾.
8. Патологичното врастване на плацентата в маточната стена се среща с честота съответно 0,24% , 0,31%, 0,57%, 2,13%, 2,33% и 6,74% съответно при първо, второ и последващите ЦС. Честотата на хистеректомиите (отстраняване на матката) също нараства прогресивно съответно: 0,65%, 0,77%, 0,90%, до 3,47% след четвърто ЦС⁽⁶⁾.
9. След ЦС остава кожен белег и се променя анатомията на предната коремна стена, което затруднява евентуална в бъдеще коремна хирургическа интервенция.
10. След ЦС се наблюдава по-често стерилитет: жените, родили чрез ЦС, имат с 9% по-нисък процент на последващи бременности и с 11% по-нисък процент раждаемост⁽¹⁾.
11. След ЦС е желателно да се изчака поне една година преди да се забременее отново.
12. След ЦС последващата бременност протича с повече рискове⁽¹⁴⁾.

13. ЦС по желание изисква внимателна преценка за датата на раждането, когато плодът трябва да е достигнал достатъчна зрялост. Ако плодът се извади по-рано, може да има проблеми с дишането и да се наложи отглеждане за известно време в кувьоз, като са възможни и други усложнения.

14. Анализ на 20 световни проучвания показва, че родените деца с ЦС имат с 20% по-висок риск за развитие на диабет тип 1, независимо от майчината възраст, теглото при раждане и кърменето⁽⁸⁾.

15. Наблюдава се асоциация между раждането с ЦС и увеличения ВМІ (индекс на телесна маса) на поколението, наднормено тегло и затлъстяване в годините след това⁽⁹⁾.

16. Раждането с ЦС се асоциира с повишена честота на разстройства на новороденото и детето от спектъра на аутизма и дефицити на вниманието, както и хиперактивни нарушения⁽³⁾.

Преимущества на цезаровото сечение в сравнение с вагинално раждане:

1. Избягва се травматата на естествените родови пътища. При вагинални раждания в сравнение с ражданията с ЦС има сигнификантно повишаване на нарушения на структурата на пода на малкия таз. Норвежко изследване при 12 000 жени, които нямат инконтиненция на урина (подмокряне, изпускане) по време на бременността, установява, че 20% имат такова след вагинално раждане в сравнение с 8% след планово ЦС. Според друго проучване за инконтиненция при 1505 жени, 24,5% от родилите вагинално съобщават за проблема, докато след ЦС този процент е 5 пъти по-нисък – 5,2%⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

2. Операцията е безболезнена, но след излизане от упойката жената може да изпитва болка, което налага допълнително обезболяване.

3. Избягват се някои травматични за жената и плода оперативни раждания – форцепс, вакуум и др.

4. ЦС се извършва в дневно работно време, когато са налице максимални възможности за екипа и здравното заведение.

5. Организационната дейност и планирането при ЦС е от полза както за лекаря, така и за пациента.

6. ЦС продължава средно от 30 до 90 минути.

7. Предната коремна стена остава по-стегната след ЦС.

8. Рискът за плода при самото раждане е минимален.

9. ЦС предпазва плода от допълнително инфектиране от мекия родов канал.

10. Норвежко проучване от 2008 г. показва, че докато от общата популация раждащи жени 12% са родили чрез ЦС, то сред 189 жени – специалисти по акушерство и гинекология, процентът на родилите чрез ЦС е 27%⁽¹³⁾.

САГБАЛ „Д-р Щерев” ЕООД

Използвана литература:

1. HR 2013 Jul,8/7/-1943-52/ Cesarean delivery and subsequent pregnancy interval- a systemic rivew and meta analysis .
2. Sinéad M O'Neill¹*, Patricia M Kearney², Louise C Kenny³, Tine B Henriksen⁴, Jennifer E Lutomski¹, Richard A Greene¹ BMC Pregnancy and Childbirth 2013 13:165
2. Short- and Long-term Outcomes after Cesarean Section Expert Rev of Obstet Gynecol. 2011;6(2):205-215.
3. Birth by CS and developement of autism spectrum disorder and attention deficit /hyperactivity disorder - a systematic review and meta analysis - Journal of Child Psychology and Psychiatry 10.2014.
4. ACOG - [consensus statement](#) by the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2014
5. Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis.2011 Nov 21;11:95. doi: 10.1186/1471-2393-11-95. BMC pregnancy childbirt.
6. Maternal morbidity Associated with multiple repeat CS deliveries - Ob Gyn June 2006 Vol 107 Issue 6 pp 1226-1232
- 7.Short- and Long-term Outcomes after Cesarean Section Expert Rev of Obstet Gynecol. 2011;6(2):205-215.
8. Why Are C-Section Deliveries Linked to Childhood Type 1 Diabetes? Kendra Vehic , Dana Dabelea -db11-1482 Diabetes January 2012 vol. 61 no. 1 36-37
9. Mode of Delivery and Offspring Body Mass Index, Overweight and Obesity in Adult Life: A Systematic Review and Meta-Analysis Karthik Darmasseelane, Matthew J. Hyde mail, Shalini Santhakumaran, Chris Gale, Neena Modi Published: February 26, 2014 DOI: 10.1371/journal./
10. Goldberg R.P.. Effect of Pregnancy and childbirth on the Pelvic floor. Urogynecology in Primary Care. Editors:Culligan P, Goldberg R, P., Springer 2007
11. www.fitpregnancy.com
12. Wilson P. D. et all. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. [Br J Obstet Gynaecol](#), Volume 103, 1996
- 13.[Finsen V1](#), [Storeheier AH](#), [Aasland OG](#). Cesarean section: Norwegian women do as obstetricians do--not as obstetricians say. . [Birth](#). 2008 Jun;35(2):117-20
14. Rosalie M. Grivelli, Jodie M. Dodd. Short and long term outcomes after Cesarean Section. Expert Rev, of Obst. Gynecol. 2011, 6 (2): 205- 215.

Запознах се внимателно с горепредложения текст, като имах достатъчно време за това. Беше ми предоставена реална възможност да обсъдя текста с лекуващия си лекар и да поставям въпроси.

Преценявам, че съм свободна, информирана и способна да направя избор.

Моля отбележете Вашия избор:

съгласна съм раждането ми да се води по преценка на лекарите в болницата.

искам да раждам чрез цезарово сечение / ЦС/ по мое собствено желание.

Дата и час:

.....

Подпис:

.....