

Michel
Odent



CÍSAŘSKÝ ŘEZ

CO JE DOBRÉ VĚDĚT O CÍSAŘSKÉM ŘEZU
A JAK SOUVISÍ POROD
SE SCHOPNOSTÍ MILOVAT



MAITREA

CÍSAŘSKÝ ŘEZ

CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Co je dobré vědět o císařském řezu
a jak souvisí porod se schopností milovat

Michel Odent

Přeložila Klára Meissnerová



KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Odent, Michel

[Caesarean. Česky]

Císařský řez/Michel Odent; z anglického originálu *The caesarean ...* přeložila Klára Meissnerová. -- První vydání v českém jazyce. -- Praha : Maitrea, 2016. -- 180 stran
ISBN 978-80-7500-227-3

618.5-089.888.61 * 618.2(091)

– 1950-2015

– císařský řez

– dějiny porodnictví -- 20.–21. století

– monografie

618 – Gynekologie. Porodnictví [14]

Michel Odent

CÍSAŘSKÝ ŘEZ

The Caesarean

Copyright © Michel Odent, 2004

Translation © Klára Meissnerová, 2016

Czech edition © MAITREA a.s., Praha 2016

ISBN 978-80-7500-227-3

Chtěl bych velmi poděkovat porodním asistentkám a zdravotním sestřím chirurgického oddělení nemocnice v Pithiviers, s nimiž jsem sdílel zkušenost přibližně tisíce porodů, v jejichž průběhu bylo nutné provést císařský řez... během každé denní i noční hodiny.

Této knize velmi prospěla neustálá, konstruktivní kritika Sylvie Donnaové a rozhovory a korespondence s Jane Englishovou, autorkou knihy *Different Doorway*.

Zvláštní poděkování patří Lilianě Lammersové za její nadšení a podporu.

Obsah

1 Velkolepá záchranná operace	1
2 Jedna, či druhá cesta	5
3 Bezpečněji a bezpečněji	9
4 Vystoupení z bludného kruhu	19
5 Když se naše sny vyplní	29
6 Směřujeme k supervyvinutému mozku druhu Homo sapiens?	35
7 Kritéria jednadvacátého století	41
8 Myšlení z dlouhodobého hlediska	49
9 Směřujeme k bezprecedentní kulturní rozmanitosti?	61
10 Vstupujeme do světa mikrobů	67
11 Vstupujeme do světa vůní	71
12 Kojení dítěte narozeného císařským řezem	75
13 Tisíc a jeden důvod, proč dostat nabídku provedení císařského řezu	83
14 Jednou císařský řez, vždycky císařský řez?	93
15 Bude-li třeba provést císařský řez	101
16 Co říkají matky	105
17 Obavy o oblast perinea	109
18 Buď... A nebo...	115
19 Strach z porodu	125
20 Přejatá dogmata	135
21 Budoucnost vztahu mezi porodníky a porodními asistentkami	147
22 Příliš racionální na to, abychom přežili?	153
Poznámky a odkazy	157

Velkolepá záchranná operace

1

OD LISTOPADU 1953 do dubna roku 1954 jsem půl roku působil jako „externista“ na porodnickém oddělení v pařížské nemocnici. V té době byl externistou vybraný student medicíny s omezenou klinickou zodpovědností. K oblasti porodnictví jsem se dostal náhodou, jen proto, že zde bylo volné místo. Protože mě oblast porodu nijak zvlášť nezajímala a neměl jsem v úmyslu stát se porodníkem a také proto, že jsem se potřeboval intenzivně připravovat na důležité zkoušky, trávil jsem na porodnickém oddělení minimum času. Byla to však dostatečně dlouhá doba na to, abych se zde naučil základům porodnictví a abych si uvědomil, že historie porodu vstupuje do nové fáze.

MŮJ KOMENTÁŘ Z POZICE POZOROVATELE

Často říkám, že když se účastním konference, často si pamatuji pouze to, co jsem se dozvěděl na chodbách nebo v restauraci. Totéž mohu říci o tom, co jsem se naučil na odděleních jistých nemocnic. Jednou jsem byl na obědě s jedním z internistů z porodnického oddělení, kde jsem byl externistou. Být internistou v pařížské

nemocnici v padesátých letech znamenalo být vybraným mladým doktorem s velkou zodpovědností. Během našeho rozhovoru o rychlém vývoji medicíny od druhé světové války mi řekl o své vizi toho, jak bude v budoucnu porodnictví vypadat. „Porodnická praxe bude velmi jednoduchá,“ řekl. „Pokud bude porod snadný a bude postupovat dobře, pak bude porod vaginální cestou možný. Bude-li porod dlouhý a těžký, pak nebude důvod dále otálet. Bude možné jednoduchým způsobem provést císařský řez na dolním děložním segmentu.“ „Dolní děložní segment“ je technický výraz, který souvisí s novou technikou, která se v padesátých letech začala postupně rozšiřovat. Během mého půlročního pobytu, který jsem v pařížské nemocnici strávil jako externista, jsem měl příležitost účastnit se hned několika řezů dolního děložního segmentu. Stačilo to k tomu, abych porozuměl základním krokům operace. Míra provedení císařského řezu se v té době v této nemocnici pohybovala kolem 1 %.

Vývoji této nové techniky stály v cestě velké překážky. Největší překážkou bylo, že velmi málo lékařů porodníků mělo zkušenosti v oblasti chirurgie. Mnozí z nich byli závislí na chirurzích, kteří novou techniku ještě neznali. Byli vázáni na použití kleští, které byly symbolem porodnické praxe po tři století. Neformální rozhovor s chytrým internistou během oběda mi pravděpodobně pomohl k tomu, abych si uvědomil, že mnoho lékařů raději novou bezpečnou techniku císařského řezu ignoruje, jako by je chirurgové a jejich prestižní statut ohrožovali. Díky tomu, že jsem byl v porodnickém prostředí pozorovatelem a někým zvenčí, protože jsem se již rozhodl, že se stanu chirurgem, mohl jsem vnímat polovědomé motivace různých lékařů v závislosti na jejich věku a podmínkách, z nichž vycházeli. Zpětně mi přijde důležité, že hlavní lékař porodnického oddělení – podle něhož byly kleště pojmenovány – se podivuhodným

způsobem k tématu císařského řezu vůbec nevyjadřoval. Nikdy jsem neslyšel, že by se zmínil o jeho budoucnosti.

MŮJ KOMENTÁŘ Z POZICE AKTÉRA

Když jsem se stal internistou, prošel jsem výcvikem na všech chirurgických odděleních, protože jsem se již na samém začátku studia medicíny rozhodl, že budu chirurgem. Svoji potřebu být užitečný a výkonný jsem nemohl na odděleních diagnostické medicíny naplnit. (Vzhledem k tomu, že jsme byli plně ponořeni do nemocničních aktivit od prvního dne studií medicíny, bylo pro mě snadné se tak rozhodnout.) Všiml jsem si, že výteční lékaři, kteří vedli diskuzi o sofistikovaných diagnózách, opovrhovali lékařskými zákroky a často nedokázali ovlivnit vývoj nemoci. Na chirurgii to však bylo jiné. Nemohu zapomenout na jednu z prvních pacientek, která přišla na chirurgické oddělení s kýlou. Jednoduchá operace jí zachránila život.

Jednou v noci jsem měl službu na chirurgickém oddělení a přítel z porodnického mě požádal o pomoc s provedením nouzového císařského řezu. Tak jsem se naučil nové technice. Netušil jsem, že příležitostná pomoc příteli uprostřed noci udá mé kariéře nový směr.

V letech 1958 až 1959 jsem pak vykonával vojenskou službu v alžírské válce o nezávislost. Většinu svého času v armádě jsem strávil v nemocnici ve městě Tizi-Ouzou v regionu Kabylie, jež se nachází v berberské části Alžírsku. Ve dne v noci jsme měli plné ruce práce a prováděli jsme nejrůznější naléhavé chirurgické zákroky, k nimž docházelo zejména v důsledku války. Čas od času k nám přijela některá z žen z horské vesnice kvůli dlouhému porodu. Díky tomu, že jsem mohl vykonávat císařský řez na dolním

děložním segmentu, mohl jsem zachránit životy dětí. Následující den po jednom takovém zákroku si celá vesnice byla vědoma něčeho, co vnímali jako zázrak. Později, v létě roku 1960, jsem zastupoval chirurga v Guinei na západním pobřeží Afriky, což mi dalo další příležitost představit novou, bezpečnou techniku.

V roce 1962 jsem se dozvěděl, že nemocnice 50 mil od Paříže hledá doktora, který by se stal vedoucím chirurgického oddělení. Zažádal jsem o místo, aniž bych se vůbec jel do té nemocnice podívat. Chtěl jsem být mimo Paříž a zároveň nebyť moc daleko. A tak jsem se přestěhoval do Pithiviers. Ve stejné budově blízko chirurgického oddělení se nacházelo malé porodnické oddělení, kde byly dvě porodní asistentky, které mě nadšeně přivítaly, když se dozvěděly, že dokážu provést bezpečnou moderní techniku císařského řezu. V místě byl přítomný také starší chirurg, který nadále prováděl klasické operace. Když jsem v Pithiviers poprvé provedl císařský řez, mezi operací kýly a žlučníku, slyšel jsem, jak vrchní sestra chirurgického oddělení vykřikla: „Jaká velkolepá záchranná operace!“

Jedna, či druhá cesta

2

GLOBÁLNÍ JEV

NA POČÁTKU DVACÁTÉHO PRVNÍHO STOLETÍ vnučky žen, které rodily v době, kdy jsem byl studentem medicíny, už vnímají císařský řez „moderním způsobem“. Pro většinu z nich je to zkrátka jedna ze dvou cest, kterou dítě přichází na svět. V dnešní době je to na některých místech dokonce nejběžnější způsob porodu. Stalo se to konzumním zbožím. V Brazílii, této ohromné zemi, jejíž počet obyvatel je stejný jako celkový počet obyvatel v Německu, Francii a ve Španělsku, je celková míra provedení císařského řezu více než 50 %. Samozřejmě existují rozdíly mezi prostředím ve městech a na venkově a také mezi podmínkami v soukromých a veřejných nemocnicích: v soukromých nemocnicích ve velkých městech jako je São Paulo či Rio se čtyři z pěti dětí rodí pomocí císařského řezu – což je 80 % všech dětí! Na některých klinikách provádějí císařský řez automaticky, pokud nemá žena jiné přání. Kultura podporující císařský řez se šíří. Mnoho chudých žen se pro císařský řez rozhoduje ze strachu z podřadné zdravotní péče. (1) V brazilských veřejných nemocnicích se rodí „pouze“ 40 % dětí

pomocí císařského řezu. Praktiky a statistiky jsou v ostatních velkých městech Latinské Ameriky, jako je například Mexico City či Santiago, a v jižní části Itálie podobné.

Bude-li současný trend trvat, pak je pravděpodobné, že v blízké budoucnosti mnoho měst a dokonce i zemí na celém světě také překročí hranici 50 %. Na tomto dlouhém seznamu je již velká část Asie: Indie (zvláště Dillí), celá Čína, Thajsko, Singapur, Jižní Korea a většina zemí Latinské Ameriky (včetně Kuby, s výjimkou Bolívie). K tomuto seznamu se také může připojit Turecko (zvláště Istanbul), Řecko, Španělsko a Portugalsko. Dononce i v zemích, které na tomto seznamu nejsou, se císařský řez považuje za běžný způsob porodu. Například v USA se pomocí císařského řezu rodí 26 % dětí. Ve většině západních zemí a zemí kontinentální Evropy, jako například ve Velké Británii, Francii, Německu, Švýcarsku, Maďarsku, a také v Austrálii a na Novém Zélandu se narodí pomocí císařského řezu nejméně jedno z pěti dětí.

MOŽNOST VOLBY

Jakmile lidé začali vnímat císařský řez jako běžný způsob porodu, žena si mohla vybrat, zda se pro císařský řez rozhodne, a tak jsme vstoupili do doby císařského řezu na přání. Od roku 1997 byla tato otázka opakovaně diskutována v prestižních lékařských časopisech. (2,3,4,5) Nový fenomén císařského řezu na přání původně vznikl v Itálii a v největších městech Latinské Ameriky a poté se rozšířil do celého světa. Koncem dvacátého století se lékaři zamýšleli nad tím, zda pro ně provedení císařského řezu na přání bude přijatelné. (4) Na začátku jednadvacátého století se zamýšlejí nad tím, zda mají nabídnout možnost císařského řezu na přání všem ženám. (6) Míra provedení císařského řezu na přání pacienta stále stoupá.

Ve Spojených Státech tyto hodnoty stouply z 1,56 % v roce 1999 na 1,87 % v roce 2001.

Někteří lékaři v oblasti porodnictví se na rychlém rozvoji tohoto nového trendu přímo či nepřímo podílejí. Je zajímavé, že podle průzkumu, jenž zkoumal preference porodníků, 31 % lékařek v oblasti porodnictví v Londýně s nekomplikovaným těhotenstvím řeklo, že by si vybraly plánovaný císařský řez. (7) Podobně se vyjádřili i lékařky a lékaři v oblasti porodnictví v Severní Americe. (8) Profesor Steer, vlivný profesor porodnictví v Londýně, vyslovil v souvislosti s novým přístupem jistou terorii. Zdůraznil, že pro porodní proces je největší výzvou velikost lidského mozku a císařský řez považuje za „evoluční zákrok“, který je technickým řešením „konfliktu mezi potřebou myslet a potřebou utíkat“. (9) Předvídá, že v budoucnosti nepředvídatelná rizika v průběhu porodu většiny žen již nebudou existovat. Stane-li se císařský řez normou, pak průměrná porodní váha již nebude omezena rozměry pánve matky dítěte a císařský řez tak nakonec bude potřebovat většina žen.

Podobné názory slyšíme na obou stranách Atlantiku. Etický výbor American College of Obstetricians and Gynecologists'ethics commitee zveřejnil v říjnu 2003 vyjádření, které prohlašuje císařský řez na přání za etický. W. Benson Harer mladší, ředitel lékařského centra Riverside County Regional Medical Center v kalifornském Moreno Valley, toto vyjádření komentoval slovy: „Považuji to za krok tím směrem, kterým půjdeme. A odhaduji, že se vzrůstajícím množstvím důkazů se císařský řez stane přijatelnějším zákrokem.“ (10) Ve stejné době ve Velké Británii národní institut National Institute for Clinical Excellence (NICE) vydal předběžné směrnice, které jasně udávají, že lékaři by neměli odmítnout právo ženy na císařský řez, ale důvody jejího požadavku by měly být zjištěny, zaznamenány a mělo by se o nich diskutovat. V zemích s veřejnou

lékařskou péčí bude přítomná tendence vyhnout se dodatečným poplatkům, které by vznikly v důsledku přijetí všech požadavků rodičky.

„Porod horem“ či „porod dolem“? Taková bezprecedentní volba, jakou mají nové generace, je bezpochyby mezníkem v historii... savců. Během několika desítek let se z operace vykonávané pouze v případě nouze stal běžný způsob porodu. Jak k tomu došlo?

HLAVNÍM DŮVODEM, proč míra užití císařského řezu stoupla téměř na celém světě, je, že je tato operace bezpečná.

NEPŘÍMÁ VERSUS PŘÍMÁ CESTA

Co se týče otázky bezpečnosti, k obratu došlo krátce po druhé světové válce, kdy se začala rozšiřovat nová technika. Do té doby bylo nejpříjemnějším způsobem zásahu otevření dělohy. Kůže, fascie a děložní sval byly vertikálním směrem rozříznuty (odshora dolů), z místa přibližně 2,5 cm nad pupkem k místu přibližně 2,5 cm nad stydkou kostí. Tento klasický řez se z mnoha důvodů vykonával jen v případě krajní nouze. Riziko krvácení silné děložní stěny a riziko infekce byly příliš vysoké; srůsty střevní tkáně s jizvou v děložní stěně mohly vyvolat neprůchodnost střev; děložní sval se často špatně léčil a riziko protržení jizvy během následujících těhotenství se pohybovalo kolem 2 %.

Principem nové techniky bylo otevřít děložní sval pomocí transverzálního řezu (ze strany na stranu) na jiném místě: v tenkém místě, které se nazývá dolní děložní segment. Děložní hrdlo je rozděleno

na vaginální část a část na vnitřní straně dělohy. Část na vnitřní straně dělohy se vyvíjí na konci těhotenství a stává se z ní dolní děložní segment. Je pokryta mobilní, tenkou vrstvou pojivové tkáně pobřišnice (peritonea), sliznice pokrývající orgány v dutině břišní. Riziko všech možných druhů komplikací se s použitím techniky dolního děložního segmentu dramaticky snížilo. Došlo k tomu přesně v době, kdy byly ve vývoji bezpečnější metody anestezie, v době, kdy byla k dispozici první antibiotika, kdy bylo poprvé možné provést transfúzi krve a v době, kdy byly gumové kanyly pro podávání nitrožilní infúze vyměněny za plastové, což bylo mnohem bezpečnější. Z mnoha důvodů se tedy riskantní operace, jež byla do té doby posledním řešením, stala během několika let bezpečnou.

Dnešní technika císařského řezu se žádným zásadním způsobem neliší od techniky, jež byla vyvinuta v padesátých letech. Musím zde zdůraznit slovo „vyvinuta“, neboť v minulosti s technikou transverzálního řezu v oblasti dolního děložního segmentu experimentovalo několik lékařů porodníků. Tuto nepřímou cestu na začátku dvacátého století zastával Munro Kerr (1), profesor porodní asistence na Univerzitě v Glasgow, a vlivný americký porodník Joseph DeLee. Nová technika však začala po celém světě běžně nahrazovat starou techniku až v padesátých letech.

PFANNELSTIEL A REVOLUČNÍ MÓDA BIKIN

Od té doby byl císařský řez díky celé sérii zlepšení ještě přijatelnější a bezpečnější. Až do konce šedesátých let se řez – viditelná část operace – prováděl stále stejným způsobem, tedy vertikálně, od oblasti pupku po stydkou kost. Bylo to jednoduchý, rychlý a bezpečný zákrok. Tento druh řezu v břišní stěně byl přijatelný, pokud

byl císařský řez vnímán jako výjimečná, život zachraňující operace, protože jizva po vertikálním řezu někdy zůstávala velká a zarudlá. Když se „porod horem“ stal běžným, bylo třeba vzít v úvahu též estetickou stranu věci, zejména vzhledem k tomu, že na plážích zrovna probíhala bikinová revoluce.

Již v roce 1900 Hermann Pfannelstiel, německý chirurg a gynekolog z Breslau, popsal příčný řez provedený těsně nad ochlupením genitálií. (2) Brzy poté byl Pfannelstielův řez uváděn ve všech učebnicích chirurgických technik a mnoho chirurgů jej používalo pro různé gynekologické operace. Ještě dlouho však trvalo, než lékaři začali uvažovat o této operaci jako o možném způsobu porodu. Přestože byli s novým způsobem řezu obeznámeni, nepovažovali ho za vhodný způsob provedení císařského řezu. Prvním důvodem této zdrženlivosti byla potřeba provést operaci co nejrychleji. Je třeba mít na paměti, že po několika desetiletí se většina chirurgů obávala toho, aby přípravky, jež byly podávány k celkové anestezii, nedoputovaly do systému dítěte. Byl to jistý druh závodu mezi chirurgem vyjímajícím dítě a podanými přípravky, putujícími do placenty. Ve skutečnosti zde byl ještě jeden jen zpola vědomý důvod, jenž jsem v šedesátých letech sdílel s mnoha dalšími. Nedokázali jsme si představit, že by se malým příčným řezem nad pubickým ochlupením mohlo narodit velké dítě. Na konci šedesátých let jsem se sám odvážil vyzkoušet tuto cestu pro císařský řez. Poté, co jsem tímto způsobem provedl několik (půl tuctu) císařských řezů, jsem si uvědomil, že mi to trvá skoro stejně dlouho jako provedení známějšího vertikálního řezu. Zdravotní sestra bez mého vědomí zaznamenala, že od provedení řezu po narození dítěte uplynuly dvě minuty a deset vteřin. Ženy si začaly porovnávat své drobné, téměř neviditelné jizvy v pubickém ochlupení a oproti tomu nepěkné vertikální jizvy. Císařský řez tak začal být přijatelnější více než kdy předtím.

VĚK EPIDURÁLU

Od osmdesátých let neustále docházelo k interakci mezi pokrokem organizace v nemocnicích i zdravotních profesí na jedné straně a pokrokem techniky na straně druhé.

Příkladem této interakce je historie epidurální anestezie. Koncept lokální nervové blokády obecně, a zvláště epidurální blokády, není nový. Nové je však to, že epidurální blokáda získala popularitu v užití při porodu. Přípravek, jehož se užívá při anestezii, je podáván tenkou trubičkou procházející jehlou zavedenou do páteřního kanálu do prostoru mezi míchou a vnější membránou (po podání lokální anestezie, která danou oblast znecitlivěla). Od osmdesátých let poptávka po tomto zákroku dramatickým způsobem vzrostla, a tak se čím dál více anesteziologů seznamovalo s použitím této techniky v porodnictví. Popularita užití epidurálu v porodnictví tedy vedla k počátkům anestezie v porodnictví, jistého druhu subspecializace. Díky každodennímu užívání epidurální anestezie při porodu na některých porodnických odděleních docházelo k novým situacím. Když bylo rozhodnuto o císařském řezu, mnoho žen již bylo pod vlivem působení epidurálu. Výhody užití lokální nervové blokády oproti celkové anestezii se zdály být očividné, a sice v tom, že matka byla během císařského řezu při vědomí a po operaci byla bdělá.

Vývoj porodnické anestezie byl základem technického pokroku. U konvenčního použití epidurálu lokální anestezie též tlumila nervy, které ovládají svaly dolní části těla, a rodící žena tak obvykle nemohla pohybovat nohama. Z tohoto důvodu vznikly nové formy epidurální anestezie. Dávkování lokálních anestetik se může značně snížit, je-li podáno v kombinaci s látkou ze skupiny opioidů, jako je například fentanyl. Tento kombinovaný epidurál byl popularizován užitím výrazu „chodící epidurál“. Další populární formou

epidurálu je kombinovaný epidurál, kdy je do páteře téměř u konce míšního kanálu zavedena jednorázová dávka látky ze skupiny opioidů, s podáním či bez podání lokální anestezie. Tento způsob podání epidurálu přináší úlevu od bolesti přibližně na dvě hodiny a je-li třeba poskytnout další úlevu od bolesti, pak je podána v podobě klasického epidurálu. Vzhledem k tomu, že v míše nejsou žádné cévy, účinné látky nemohou přejít do oběhového systému rodičky. V dnešní době se v případech plánovaného císařského řezu často užívá blokády páteře.

Hlavním důsledkem tohoto vývoje v oblasti anestezie je skutečnost, že císařský řez je čím dál přijatelnější a bezpečnější.

SKALPEL, ČI PRSTY?

Technika císařského řezu se stále vyvíjí. V devadesátých letech Michael Stark a lékařský tým v jeruzalémské nemocnici Misgav Ladach Hospital představili metodu Joel-Cohenova řezu, který se původně používal pro provedení hysterektomie (odstranění dělohy). (3) Tato metoda omezuje užití ostrých lékařských nástrojů a dává přednost ručnímu provedení operace. Jedním z cílů bylo odstranit všechny nepotřebné kroky. Stojí za to, abych zde vysvětlil konkrétní postup této techniky tak, aby odborníci z oboru zdravotnictví i laická veřejnost mohli porozumět tomu, jaké jsou její výhody z hlediska rychlosti a ztráty krve. (4)

Řez kůží je jako obvykle proveden horizontálně nad pubickým ochlupením. Narozdíl od obvyklé techniky tato metoda zaprvé provádí řez skalpelem vrstvou podkožního tuku, jež je pouze 2,5 cm dlouhý, s tím, že laterální tkáň se odděluje dvěma prsty. Tímto způsobem se vyhneme řezu drobných cév. Totéž platí pro fascie, jež obalují svaly, které jsou ručně odděleny podél svých vláken. Svaly

jsou od sebe ručně odtáhnuty. Pobříšnice (peritoneum) se otevírá tak, že ji roztáhneme ukazováčky. Děloha se otevírá ukazováčkem a zvětšeným otvorem mezi ukazováčkem na jedné ruce a palcem na druhé ruce. Po porodu dítěte a placenty lze dělohu skrze řez v kůži vyzdvihnout na břišní stěnu. Díky tomu je sešití děložního svalu velmi bezpečné s dokonalou vizuální kontrolou. Poté se sešijí pouze fascie a kůže. Dnes již víme, že pobříšnice (peritoneum) se rychle a úplněji hojí, není-li sešitá. (5)

Mnohé informace potvrzují, že tato technika Michaela Star-ka snižuje ztrátu krve i délku operace. Podle švédských hodnocení jsou průměrné hodnoty ztráty krve s použitím nové techniky 250 ml oproti 400 ml s použitím obvyklé techniky. Co se týče průměrné délky operace, nová technika trvala 20 minut a obvyklá technika 28 minut. (6) Je to další známka toho, že císařský řez je bezpečnější a bezpečnější. U zvláštních případů HIV pozitivních rodiček je prioritou ochrana dítěte před rizikem přenesení viru. Pro tyto případy se nyní propaguje adaptovaná technika (hemostatická technika císařského řezu), při níž se dítě rodí zcela čisté, bez jakékoliv stopy krve své matky.

MŮŽEME ZMĚŘIT MÍRU BEZPEČNOSTI CÍSAŘSKÉHO ŘEZU?

Obecně platí, že lékaři, kteří se přímým způsobem zabývají porodnictvím, považují císařský řez za bezpečnou operaci. Je významné, že mnoho lékařek, které pracují v oboru porodnictví, si pro porod svých vlastních dětí zvolí metodu císařského řezu. Jde o to, že míru bezpečnosti lze jazykem statistiky vyjádřit jen obtížně. Zlatá metoda lékařského výzkumu, při němž jsou porovnávány dva možné zákroky, přístupy či strategie, je založena na principu nahodilosti

(randomizace): to znamená, že lidé jsou nejprve na základě losování rozdělení do skupin. Jedné skupině je přidělen jeden druh zákroku a druhé skupině je – náhodně – přidělen jiný zákrok. Následně jsou po určitém sledovaném období vyhodnoceny poměrné hodnoty kladů vůči rizikům pro oba druhy zákroku a ty jsou pak vyjádřeny jazykem statistiky. Z očividných důvodů nemůžeme říct skupině těhotných žen, že musí porodit vaginální cestou a jiným ženám – namátkově – říci, že musí podstoupit císařský řez.

Z randomizovaných studií můžeme zjistit, že původně nebyly určeny k vyhodnocování četnosti zdravotních potíží matky. V jedné známé studii, jejímž záměrem bylo porovnat politiku plánovaného císařského řezu s politikou plánovaného porodu vaginální cestou v případě polohy koncem pánevním v termínu porodu, bylo zkoumáno 121 center ve 26 zemích. (7) Této studii se účastnilo více než 2 000 žen. Zdálo se, že míra závažných zdravotních potíží rodičky byla u obou skupin přibližně stejná. K podobným závěrům lze dojít i na základě studie, jejímž cílem bylo porovnat plánovaný císařský řez s porodem vaginální cestou v otázce prevence přenosu HIV u 436 těhotných žen. (8)

Výsledky těchto výzkumů dále podporuje velká dánská studie (9), která zpětně sleduje 15 441 dánských žen, které porodily své první dítě v poloze koncem pánevním v letech 1982 až 1995. 7 503 z těchto žen podstoupilo plánovaný císařský řez, 5 575 ženám byl proveden císařský řez jako zákrok v případě nouze a 2 363 žen porodilo své dítě vaginální cestou. Narozdíl od obecně přijímaných názorů se výskyt krvácení a anémie po plánovaném císařském řezu (5,7 %) nelišil od jejich výskytu při porodu vaginální cestou a byl mírně nižší než u císařského řezu provedeného v případě nouze (7 %). Míra výskytu tromboembolických komplikací se po provedení císařského řezu pohybovala kolem 0,1 %. Na druhou stranu

výskyt natržení análního svěrače, jež je spojován s následným rizikem anální inkontinence, se po vaginálním porodu pohyboval kolem 1,7 %. Běžně se zdůrazňuje, že všechny chirurgické zákroky s sebou přirozeně přináší riziko poranění orgánů, jež s danou operací bezprostředně nesouvisí. Tato rizika je třeba sledovat v širším kontextu. V této sérii zde bylo jen několik případů poranění močového měchýře (0,1 % u plánovaného císařského řezu a 0,2 % u císařského řezu provedeného v případě nouze), ale poranění močového měchýře se snadno a rychle zahojí. Toto riziko bude ještě nižší u technik, které omezují užití ostrých lékařských nástrojů. V této sérii nikdy nebylo zapotřebí provést hysterektomii císařským řezem (odstranění části či celé dělohy), aby se zastavilo krvácení. Riziko pooperačních srůstů (a tím i riziko dlouhodobé neprůchodnosti střev) je po provedení moderního císařského řezu také velmi nízké, zvláště v případě, že nebyl v oblasti břicha použit žádný cizorodý materiál, jako je například gáza. V blízké budoucnosti se může stát rutinní záležitostí, že lékař nakape do pobříšnice specifické látky, aby se předešlo tvoření srůstů.

Vyhodnotit riziko mateřské úmrtnosti je také obtížné. Studii opět není možné provádět namátkově. Podle mnohých statistických údajů se riziko mateřské úmrtnosti jeví být třikrát až čtyřikrát vyšší u císařského řezu než u porodu vaginální cestou. (10) Těmto studiím však stojí v cestě fakt, že ženy, které rodí pomocí císařského řezu, jsou v takovém zdravotním stavu a mají takové komplikace v těhotenství a během porodu, které jsou samy o sobě spojovány se zvýšenou mírou mateřské úmrtnosti. V rozvinutých zemích je navíc třeba analyzovat výsledky nejméně 100 000 porodů, aby bylo možné významně vyhodnotit míru mateřské úmrtnosti (či úmrtnost v souvislosti s těhotenstvím). Tyto úvahy se zakládají na poznacích nejnovějších studií, jež byly provedeny

v bohatých zemích. (Na venkově v rozvojových zemích, zvláště v subsaharské Africe, je situace jiná (11,12), míra mateřské úmrtnosti po provedeném císařském řezu může být stonásobně vyšší než v rozvinutých zemích.)

Ať již se na tuto otázku díváme z jakékoliv perspektivy, můžeme dnes prohlásit, že v moderních, dobře vybavených a dobře organizovaných nemocnicích v rozvinutých zemích je bezpečnost císařského řezu srovnatelná s bezpečností porodu vaginální cestou.

Vystoupení z bludného kruhu

4

ZAPOMENUTÉ POTŘEBY

Nezbytnou podmínkou pro široké užití císařského řezu je otázka bezpečnosti. Přesto však *není hlavním důvodem* zvýšené míry provádění tohoto porodnického zákroku. Hlavním důvodem zvýšené míry intervence je zcela jistě kvazikulturní, obecný nedostatek porozumění základním potřebám rodící ženy. Po tisícíce let byl porod pod kontrolujícím vlivem kultury, celé století zde probíhala industrializace porodnictví, šířily se „metody“ „přirozeného porodu“ (jako kdyby slova „metoda“ a „přirozený“ byla kompatibilní), objevila se bezpečná technika císařského řezu, jež poskytla jinou možnost, než porod vaginální cestou, a tak můžeme snadno vysvětlit, proč byly tyto základní potřeby zapomenuty.

K tomu, abychom znovu objevili potřeby rodičích žen, se nemůžeme spoléhat na žádný kulturní model. Ve většině nám známých společností kulturní prostředí obvykle zasahuje do fyziologických procesů prostřednictvím porodních asistentů, kteří jsou často aktivní, dokonce až invazivním způsobem, a prostřednictvím předávání systémů přesvědčení a rituálů. V mnoha společnostech