1. Czy dla dziecka nie jest bezpieczniejszy poród przez CC, który eliminuje ryzyko takich powikłań, jak złamanie obojczyka/uszkodzenie splotu ramiennego/zawinięcie się pępowiny na szyi/wykorzystanie Vacum itp.? Jednocześnie jakie są możliwe najgorsze konsekwencje dla dziecka podczas porodu przez CC poza chwilowym ograniczeniem bliskości bezpośrednio po porodzie?

Przy występowaniu określonych czynników ryzyka poród przez cięcie cesarskie może być bezpieczniejszy zarówno dla matki jak i dla dziecka, np. podejrzenie niewspółmierności płodowo-matczynej, niewydolność łożyska, makrosomia płodu, położenie miednicowe płodu. Wówczas cięcie cesarskie stanowi profilaktykę takich stanów jak zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna, dystocja barkowa czy brak postępu porodu. W ciążach niepowikłanych zdecydowanie bardziej pożądanym będzie poród drogami natury, który stanowi naturalną adaptację dziecka do życia pozamacicznego – przygotowanie do wykonania pierwszego oddechu, mniejsze ryzyko zaburzeń oddychania, kontakt z florą bakteryjną matki, kontakt skóra do skóry, fizjologiczne rozpoczęcie laktacji. Możliwe konsekwencje dla dziecka podczas porodu drogą cięcia cesarskiego to zaburzenia adaptacyjne czyli zaburzenia oddychania, nawet wymagające mechanicznego wsparcia oddychania w warunkach OION, trudności z wydobyciem dziecka/przedłużające się wydobycie, uraz dziecka podczas nacięcia mięśnia macicy, problemy z rozpoczęciem laktacji oraz upośledzony odruch ssania, ryzyko chorób cywilizacyjnych i alergie w późniejszym życiu. Dlatego w przypadku wysokiego ryzyka powikłań przy porodzie drogami natury proponujemy cięcie cesarskie nie jako panaceum na zdrowie dziecko tylko większe bezpieczeństwo matki i dziecka niż kłopoty przy porodzie.

1. Przed zajściem w ciążę piłam kolagen. Czy w ciąży mogę to kontynuować?

Można kontynuować. Kolagen jest produktem odzwierzęcym, który możemy znaleźć w rosole, wywarach mięsnych, galaretkach.

1. Czy w każdym szpitalu obowiązuje CC na życzenie?

W rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczących cięcia cesarskiego, które nas obowiązują nie występuje takie wskazanie jak cięcie cesarskie na życzenie. Natomiast lista wskazań do cięcia cesarskiego jest bardzo szeroka.

1. W każdym szpitalu osoba towarzysząca może być przy CC, czy jest to zależne od lekarza/regulaminu?

W Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rodziny osoba towarzysząca może być obecna przy cięciu cesarskim. Ostateczną decyzję podejmuje operator ustalając bezpieczeństwo samego zabiegu operacyjnego.

1. Jak wygląda poród przy cukrzycy ciążowej?

W przypadku cukrzycy ciążowej koniecznie jest monitorowanie przed porodem – ocena pomiarów glikemii, oszacowanie masy płodu, ocena wymiarów miednicy matki pod kątem ewentualnej niewspółmierności, ocena pod kątem występowania innych czynników ryzyka. Indukcję porodu w u pacjentek z cukrzycą ciążową rozpoczynamy nie wcześniej niż po ukończeniu 39 tyg ciąży (metoda zależy od gotowości porodowej pacjentki). Jeśli występują przeciwwskazania do indukcji porodu w takiej sytuacji podejmujemy decyzje o cięciu cesarskim. Każda decyzja jest podejmowana indywidualnie a nie na podstawie samego rozpoznania.

1. Czy przepuklina pachwinowa będzie wskazaniem do CC?

Nie, sama obecność przepukliny pachwinowej nie jest wskazaniem do cięcia cesarskiego. Konieczna jest indywidualna kwalifikacja pacjentki do drogi porodu.

1. Czy ingerencja chirurgiczna w obrębie kręgosłupa lędźwiowego może być bezwzględnym wskazaniem do wykonania CC?

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie, pacjentka powinna być zakwalifikowana indywidualnie do drogi porodu, najczęściej po konsultacji z neurochirurgiem.

1. Czy i w jakich przypadkach można dziecku „ręcznie” pomóc obrócić się w brzuszku?

W przypadku niegłówkowego położenia płodu możliwe jest wykonanie obrotu zewnętrznego płodu. Po podaniu krótkodziałającego leku rozkurczającego macicę wykonuje się próbę takiego obrotu. Szacowana skuteczność to ponad 70 %, która zależy m.in. od wymiarów matki, masy dziecka, przygięcia główki, ilości płynu owodniowego.

1. Czy cukrzyca ciążowa jest nadal wskazaniem do wywołania porodu w 38 t.c., pomimo odpowiedniej wagi dziecka?

Przy płodzie o prawidłowej szacowanej masie w przypadku cukrzycy ciążowej poród indukujemy po skończonym 39 tyg ciąży. W przypadku cukrzycy przedciążowej po skończonym 39 tyg ciąży.

1. Czy można się umówić jeszcze przed porodem na konsultację, rozmowę w szpitalu w celu omówienia porodu? Np. w celu określenia wskazań do CC, preferencji pacjentki odnośnie CC albo nacięcia krocza?

W poradni przyszpitalnej odbywają się kwalifikacje do cięcia cesarskiego oraz jest możliwość zapisania się na wizytę z zapisem KTG w terminie porodu, a w przypadku ciąż powikłanym odpowiednio wcześniej.

1. Czy nadciśnienie jest wskazaniem do CC?

Sama w sobie ciąża powikłana nadciśnieniem tętniczym (zarówno indukowanym ciążą czy przewlekłym) nie musi być rozwiązania cięciem cesarskim. Mogą natomiast występować inne wskazania do wykonania cięcia cesarskiego, wynikające z nadciśnienia tętniczego .

1. Jeśli kobieta jest psychicznie i fizycznie przygotowana do porodu bez znieczulenia zewnątrzoponowego, to warto z niego zrezygnować?

Znieczulenie zewnątrzoponowe jest skuteczną metodą uśmierzania bólu porodowego, korzystanie z niego jest kwestią indywidualną. Są również inne metody uśmierzania bólu takie jak imersja wodna, TENS, entonox, które mogą być satysfakcjonujące dla pacjentki i wówczas znieczulenie zewnątrzoponowe nie jest konieczne.

1. Czy podczas przedporodowego badania sprawdzane jest ułożenie pępowiny? Czy jej ewentualne złe ułożenie jest wskazaniem do wcześniejszego cięcia cesarskiego?

W badaniu ultrasonograficznym można uwidocznić pępowinę wokół szyi płodu. Jest to wskazaniem do monitorowania kardiotokograficznego w trakcie porodu.

1. Ile czasu dochodzi się do siebie po porodzie naturalnym, a ile po CC?

Jest to kwestia niezwykle indywidualna, jednak zdecydowanie szybciej pacjentki odzyskują pełną sprawność po porodzie drogami natury.

1. Czy duży spadek poziomu żelaza w 2 trymestrze jest bardzo niebezpieczny dla dziecka (HB<10)>

Niedokrwistość w ciąży jest jednym z najczęstszych zaburzeń ją wikłających, której nasilenie jest największe pod koniec II trymestru. Najczęstszą przyczyną jest niedobór żelaza. Niedokrwistość z niedoboru żelaza w ciąży może wiązać się z większym ryzykiem porodu przedwczesnego, niskiej masy urodzeniowej, niedokrwistości we wczesnym połogu, większym ryzykiem infekcji i nieprawidłowego gojenia się ran po porodzie. Obecnie mamy doskonałe metody rozwiązywania problemów niedokrwistości w ciąży obejmujące leczenia doustne jak również dożylne przetoczenie nowoczesnych preparatów żelaza bezpiecznych dla ciężarnych. W wyjątkowych sytuacjach ciężarne mogą mieć przetaczane preparaty krwiopochodne. Wyrównanie niedokrwistości eliminuje ryzyko z nią związane.