

**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Baigiamasis darbas

Gimdymas po cezario pjūvio praeityje

Labor after Caesarean Operation

Studentas/ė (vardas, pavardė), grupė: **Aušrinė Pilipavičiūtė** VI kursas, 9 gr.

Katedra/ Klinika kurioje ruošiamas ir ginamas darbas **Klinikinės medicinos
institutas Akušerijos ir ginekologijos klinika**

Darbo vadovas

Asist. dr. Virginija Paliulytė

Klinikos vadovas

Prof. dr. Diana Ramašauskaitė

2022-05-17

Studento elektroninio pašto adresas ausrine.pilipaviciute@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRAUKA	3
ABSTRACT	3
RAKTAŽODŽIAI	3
ĮVADAS	4
APTARIMAS	5
Cezario pjūvio operacijos paplitimas ir priežastys	5
Cezario pjūvio operacijos privalumai	7
Cezario pjūvio operacijos trūkumai	8
Gimdymas po cezario pjūvio praeityje	9
Bandymo gimdyti po cezario pjūvio praeityje rizikos ir trūkumai	10
Bandymo gimdyti po cezario pjūvio praeityje privalumai	11
Nėščiųjų konsultavimas	12
Būdai mažinti cezario pjūvio operacijų skaičių	15
IŠVADOS IR PASIŪLYMAI	18
LITERATŪRA	20

SANTRAUKA

Cezario pjūvio operacijų skaičius pasaulyje nuolat auga ir įvairiose klestinčiose šalyse vidutiniškai siekia apie 20-40% visų gimdymų, o Europoje vyrauja nuo 15% iki 40%. Atsiradus cezario pjūvio operacijai ir tobulėjant atlikimo technikai visame pasaulyje ėmė mažėti moterų bei naujagimių mirtingumas ir sergamumas, nes atlikta cezario pjūvio operacija išgelbėja moteris, kurios dėl komplikuotos būklės pačios pagimdyti negalėtų. Tačiau cezario pjūvio operacija taip pat turi rizikų, kurios labiausiai susijusios su sekančiu nėštumu. Viena dažniausių indikacijų cezario pjūviui yra randas gimdoje. Tačiau tokios moterys gali rinktis bandyti gimdyti vaginaliai po cezario pjūvio praeityje. Sėkmingai pagimdyti makštiniu būdu gali 60-80% moterų ir tai turi daug privalumų tiek fizinei, tiek psichologinei sveikatai. Bandymo gimdyti vaginaliai po cezario pjūvio praeityje didžiausia rizika yra gimdos plyšimas, tačiau tai pasitaiko tik iki 1% moterų. Norint mažinti cezario pjūvio operacijų skaičius būtina susitelkti į šią nėščiąjų grupę ir didinti gimdymo po cezario pjūvio skaičių. Tam reikia taikyti įvairias priemones tokias kaip gydytojų mokymai, auditas, nėščiųjų švietimas, priežiūra bendradarbiaujat akušeriui ir gydytojui akušeriui, tačiau svarbiausia nuoseklus ir išsamus nėščiosios konsultavimas ir vieningas gydytojų požiūris į gimdymą vaginaliai po cezario pjūvio praeityje.

Raktažodžiai: bandymas gimdyti, cezario pjūvio operacija, buvęs cezario pjūvis, randas gimdoje, gimdymas po cezario pjūvio.

ABSTRACT

The number of caesarean sections in the world is constantly growing, averaging around 20-40% of all births in various prosperous countries, in Europe it is between 15% and 40%. Since caesarean section was introduced to practise, the mortality and morbidity rates of newborns and mothers in the world has begun to decline, as caesarean section helped woman whose complicated condition would not let them give birth vaginally. However, caesarean section also has risks, mainly related to the following pregnancy. One of the most common indications for a caesarean section is a scar in the uterus. However, such women may choose the try of labour after caesarean delivery. 60-80% of women can have a successful vaginal birth after caesarean, and this has many benefits for physical and psychological health. The biggest risk of vaginal birth after caesarean is uterine rupture, but it only occurs in up to 1% of women. To reduce the number of caesarean sections it is necessary to focus on this group of pregnant women and increase the number of vaginal births after caesarean. This requires a

range of measures such as doctor training, auditing, educating pregnant woman, mid-wife and obstetrician working together in prenatal care, but most importantly, coherent and comprehensive counselling of pregnant woman and a unified approach to the vaginal birth after caesarean delivery.

Keywords: Trial of labour, caesarean section, previous caesarean section, scarred uterus, vaginal birth after caesarean section.

ĮVADAS

Cezario pjūvio operacijų skaičius pasaulyje nuolat auga ir įvairiose klestinčiose šalyse vidutiniškai siekia apie 20-40% visų gimdymų (1), o Europoje vyrauja nuo 15% iki 40%. (1 lentelė) Tai vyksta dėl įvairiausių gimdymus sunkinančių priežasčių: didėjančio gimdyvių amžiaus, vis dažniau pasitaikančio motinos viršsvorio bei gestacinio diabeto ir dėl to per didelio naujagimio svorio, dėl siauro motinos dubens ir kitų priežasčių. Ši procedūra yra ne tik įrankis gelbėjantis gyvybes esant komplikuotam gimdymui, bet pamažu tai tampa ir alternatyva natūraliam gimdymui, moterims vis dažniau siekiant šios procedūros vietoj gimdymo natūraliais takais. Dažnėjant cezario pjūvio operacijų skaičiui, auga ir rizikingų nėštumų skaičius po cezario pjūvio, moterims pastojus dar kartą. Ši operacija taip pat turi daugiau komplikacijų bei rizikų, nei gimdymas natūraliais takais. Tad svarbu imtis visų veiksnių mažinant cezario operacijų skaičių. Vienas iš būdų – skatinti vaginalinį gimdymą po cezario pjūvio praeityje. Gimdymas po cezario pjūvio praeityje – tai gimdymas, kuomet po buvusių cezario pjūvių operacijų yra likę vienas ar daugiau randų gimdoje. Šiuo atveju, kiekvienos nėščiosios būklė turi būti nagrinėjama individualiai ir kartu su gydytoju sprendžiama dėl galimybės gimdyti vaginaliai. Toks bandymas gimdyti po cezario pjūvio praeityje turi savų rizikų ir dažnai gali būti net nesvarstomas dėl patogumo gydytojui ar gimdyvės baimių. Šiame darbe aptariami cezario pjūvio trūkumai ir privalumai bei bandymas gimdyti po cezario pjūvio praeityje ir šios alternatyvos privalumai bei trūkumai. Taip pat aptariamos visos priemonės, kurių galima imtis norint sumažinti cezario pjūvio operacijų skaičių moterims, kurios jau turėjo cezario pjūvį praeityje. Šis darbas yra literatūros apžvalga, kuriame atrenkant literatūrą buvo naudota strategija atrinkti straipsnius, mokslinius tyrimus bei kitus darbus iš Pubmed internetinės medicininės duomenų bazės, naudojant šiuos raktažodžius: bandymas gimdyti, cezario pjūvio operacija, buvęs cezario pjūvis, randas

gimdoje, gimdymas po cezario pjūvio. Taip pat naudotasi pasaulio sveikatos organizacijos pateikta informacija bei sveikatos apsaugos ministerijos Lietuvoje pateiktomis metodikomis.

1 lentelė – 2019 metų cezario pjūvio operacijų skaičiai Europos šalyse 100 gimdyvių (2)

Lenkija	38.97
Vengrija	38.29
Airija	33.75
Italija	32.66
Šveicarija	31.66
Austrija	29.69
Vokietija	29.60
Didžioji Britanija	29.54
Slovakija	29.34
Liuksemburgas	29.05
Ispanija	24.34
Čekija	23.30
Slovėnija	21.71
Latvija	21.62
Belgija	21.35
Prancūzija	19.79
Estija	18.31
Lietuva	18.19
Danija	17.81
Suomija	17.38
Švedija	17.23

APTARIMAS

Cezario pjūvio operacijos paplitimas ir priežastys

Prieš aptarinėjant gimdymą po cezario pjūvio praeityje, svarbu suprasti pirminio cezario pjūvio atlikimo priežastis, indikacijas bei paplitimą. Cezario pjūvio operacija yra labai svarbi, gyvybes saugojanti intervencija nėščiosioms moterims, atsiradus gimdymo komplikacijų.

Prieš keletą dešimčių metų augantys cezario operacijų skaičiai labai pagerino statistinį motinų bei naujagimių išgyvenamumą, tačiau per paskutinius porą dešimtmečių cezario pjūvių skaičius auga ir toliau, kurdamas didesnes rizikas moterų bei naujagimių sveikatai. 1985 metais Pasaulio sveikatos organizacija paskelbė, kad cezario operacijų skaičius neturėtų sudaryti daugiau nei 10-15% visų šalies gimimų. Atlikus įvairius stebėjimus, cezario pjūvio operacijų skaičių kitimus skirtingose šalyse, atnaujintose rekomendacijose 2016 metais šis skaičius buvo paliktas toks pat. Buvo stebima, kad iki 10-15% atliekamos cezario pjūvio operacijos pagerina moterų bei naujagimių išgyvenamumą ir didina sėkmingų gimdymų skaičių, o virš 15% esant cezario pjūvio operacijoms šie rodmenys reikšmingai nebekinta, tačiau didina komplikuočių nęštumų skaičių, kelia rizikas motinos sveikatai, kurios yra didesnės nei cezario operacijos nauda. (3) Lietuvos duomenimis per pastaruosius 10 metų nuo 2012-tųjų, kuomet rodikliai buvo itin aukšti ir siekė 24,3%, cezario operacijų skaičius procentaliai sumažėjo. Tais metais buvo pradėta telktis įvairius būdus mažinti šį skaičių - buvo pradėta naudoti Robson klasifikacija, vėliau pradėtas vykdyti gimdymo baigčių auditas. Tačiau šiuo metu skaičiai vis tiek išlieka per dideli - 2020 metais atliktų cezario operacijų skaičius sudarė 20,2%. (4) Įtakos tam turi vis didėjantis gimdyvių amžius – didžiausią dalį gimdyvių Lietuvoje 2020 metais sudarė 30 – 34 metų amžiaus moterys, taip pat per didelis motinos svoris, itin padažnęję gestacinio diabeto atvejai. Cezario pjūvio operacijos atliekamos dėl šių ir kitų priežasčių sukeltų komplikacijų bei gimdymą apsunkinančių būklių. Pagrindinės šios operacijos indikacijos yra įvairios distocijos, dėl siauro dubens, per didelio vaisiaus, gimdymo neprogresavimo ir kita, vaisiaus sėdmenų pirmėiga, vaisiaus būklės kitimai, kai įtariama, kad vaisiaus būklė nestabili, taip pat buvusios nęščiosios operacijos ir kitos būklės, tokios kaip sunki preeklampsija, placentos pirmėiga, esant gyvybei pavojingam kraujavimui ir dar daugiau. (2 lentelė) Taip pat vis dažniau diskutuojama apie moters teisę pasirinkti jai labiau priimtina gimdymą - natūraliais takais ar planuotą cezario operaciją dėl gimdyvės pageidavimų. Kai kuriose šalyse motinos pageidavimu pasirenkama cezario pjūvio operacija labai padidina atliekamų cezario pjūvio operacijų skaičių šalyje. Australijoje, kurioje yra galimybė moteriai pasirinkti cezario pjūvio operaciją dėl nemedicininų priežasčių, bendras šių gimdymų skaičius 2019 metais sudarė 36,0% iš visų gimdymų. (6) Dažnai šio pasirinkimo priežastys būna nęščiosios baimė gimdyti dėl skausmo, bloga pirmojo gimdymo patirtis, neaiškumas ir nežinomybė dėl gimdymo eigos ir laiko. (7) Nors kol kas Lietuvoje oficialiai nėra galimybės gimdyvei pasirinkti cezario pjūvio operaciją dėl nemedicininų priežasčių, tai yra svarbūs aspektai, apie kuriuos būtina pagalvoti konsultuojant nęščiąją dėl bandymo gimdyti po cezario pjūvio praeityje.

2 lentelė. Cezario pjūvio operacijos indikacijos (5)

<u>Indikacijų grupės</u>	<u>Indikacijos</u>
PAKARTOTINĖ OPERACIJA	Randas po buvusio cezario pjūvio Randas po buvusios gimdos operacijos Įvykęs (gresiantis) gimdos plyšimas, esant randui gimdoje
DISTOCIJA	Neprogresuojantis gimdymas Kliniškai siauras dubuo Nepavykęs gimdymo sužadėjimas Kliūtis gimdymo takuose Atloštinė vaisiaus pirmeiga Skersinė (įstrižinė) vaisiaus padėtis Stambus vaisius
VAISIAUS BŪKLĖS KITIMAI	Įtariama, kad vaisiaus būklė nestabili Komplikuota vaisiaus liga Komplikuotas daugiavaisis nėštumas
VAISIAUS SĖDMENŲ PIRMEIGA	
KITOS	Sunki preeklampsija Gyvybei pavojingas kraujavimas Visiška placentos pirmeiga Nėščiosios liga Būklė po plastinės operacijos (makšties, tarpvietės, šlapimo nelaikymo)

Cezario pjūvio operacijos privalumai

Pagrindinis cezario pjūvio privalumas yra tai, kad esant komplikuotam gimdymui tai gali būti vienintelė išeitis norint išgelbėti vaiko bei motinos gyvybę. Mažiau išsivysčiusiose šalyse žemas cezario pjūvio operacijų skaičius koreliuoja su motinos bei vaisiaus mirtingumu. (8) Atsiradus cezario pjūvio operacijai ir tobulėjant atlikimo technikai, visame pasaulyje ėmė mažėti moterų bei naujagimių mirtingumas ir sergamumas, nes atlikta cezario pjūvio operacija išgelbėja moteris, kurios dėl komplikotos būklės pačios pagimdyti negalėtų, pavyzdžiui, esant placentos pirmeigai, distocijai dėl siaurų gimdyvės klubų, preeklampsijos ir kitų priežasčių. Cezario operacijos metu taip pat yra mažesnė rizika naujagimiui gimti hipoksijoje, patirti traumą gimdymo metu, kaip kartais nutinka gimdant vaginaliai dėl didelio spaudimo pro gimdymo takus. Dar vienas cezario pjūvio operacijos privalumas yra tai, kad gimdant tokiu būdu galima išvengti motinos dubens bei tarpvietės skausmų, skausmingų lytinių santykių ateityje, dubens organų prolapsu ar šlapinimosi bei tuštinimosi sutrikimų. Nors vienas 12-kos metų kohortinis tyrimas parodė, kad netgi išskirtinai gimdant tik cezario pjūvio operacijos būdu, šlapimo nelaikymas vyrauja 40% moterų. (9) Nepaisant medicininių

indikacijų, cezario pjūvio operacija vilioja savo patogumu, nes galima suplanuoti kurią dieną ir net valandą bus atliekama operacija ir kūdikis gims. Tai ypač svarbu moterims, kurios turi didelę gimdymo baimę. Tokia baimė labiausiai siejama su gimdymo skausmu, tačiau taip pat susipynę su nežinia ar baimė dėl potencialių negatyvių išeičių – nenuspėjama gimdymo trukmė, nepavykęs gimdymas, kuomet reikėtų atlikti skubią cezario pjūvio operaciją, gimdos plyšimas, nepalankios naujagimio išeitys, epiziotomijos baimė bei baimė prarasti kūno kontrolę. (10)

Cezario pjūvio operacijos trūkumai

Cezario pjūvio operacijos privalumai dažniausiai fokusuojami į geresnes trumpalaikes išeitis ir rizikų išvengimą. Tačiau augant cezario pjūvio operacijų skaičiui, vis daugėja ilgalaikių komplikacijų ir negatyvių išeičių. Vis dažniau pasitaiko komplikacijos sekančio nėštumo metu – netaisyklinga placentos padėtis, ektopinis nėštumas, taip pat kitos komplikacijos kaip hemoragija ir histerektomija, alergija lateksui, endometriozė, adenomiozė ir padidėjusi rizika rehospitalizacijai. Cezario pjūvio operacija taip pat siejama su emociniais sunkumais, tokiais kaip pogimdyvinė depresija ar negatyvios asociacijos su gimdymu, tačiau tai nebūdinga moterims, kurios pačios renkasi cezario pjūvio operaciją dėl ne medicininių priežasčių. (10) Dažniausiai pasitaikančios rehospitalizacijos po gimdymo priežastys yra endometritas, pogimdyvinis kraujavimas, tulžies pūslės ligos, urogenitalinės komplikacijos, krūtų infekcija, žaizdos infekcijos, psichinės sveikatos sutrikimai, tromboembolinės komplikacijos bei dubens pažeidimai. Moterys po cezario pjūvio operacijos dėl šių priežasčių yra rehospitalizuojamos du kartus dažniau nei moterys gimdžiusios natūraliai. (11) 20% moterų patiria karščiavimą po cezario pjūvio operacijos dėl jatrogeninės infekcijos. (12) Pirmosiomis valandomis po gimimo itin svarbus yra pirminis motinos ir naujagimio odos su oda kontaktas, kuris turi įtakos pozityviam mamos ir vaiko prisirišimo formavimuisi, turi reikšmę formuojantis naujagimio fiziologijai ir elgesio neurologijai, taip pat mamos pieno brendimui bei naujagimio širdies ritmui. (11, 12) Cezario pjūvio operacijos metu toks pirminis motinos ir vaiko kontaktas yra apsunkintas, ypač jei motinai buvo atlikta bendrinė nejautra. Cezario pjūvio operacija taip pat turi ir didesnę motinos mirties riziką nei gimdymas vaginaliniu būdu, kai operacija atliekama skubiai. Taip pat padidėja mirties rizika kito gimdymo metu, jei prieš tai turėta cezario pjūvio operacija. (13) Padidėjusi mirties rizika šios operacijos metu taip pat yra ir dėl anestezijos komplikacijų, venų tromboembolijų, pogimdyvinio laikotarpio infekcijų. (14) Cezario pjūvio operacija taip pat turi daug rizikų ir naujagimiui: padidėjusi rizika būti paguldytam į naujagimių skyrių atskirai nuo mamos dėl įvairių priežasčių,

jatrogeninis neišnešiotumas, įdrėskimai, padidėjusi rizika įvairiems kvėpavimo funkcijos sutrikimams ir ligoms bei rizika pagimdyti negyvą kūdikį. (10) Kitų rizikų kyla naujagimiui dėl cezario pjūvio operacijos metu naudojamų antibiotikų, mažiau patiriamų mechaninių jėgų tokio gimdymo metu bei mažesnio kiekio iš mamos gaunamų streso hormonų, kurie yra svarbūs naujagimio vystymuisi po gimimo. Dėl šių priežasčių taip pat gali būti sutrikęs naujagimio imuniteto vystymasis, dažniau pasitaikančios alergijos, astma, atopija bei sumažėjęs žarnyno mikrobiotos įvairumas. (13)

Gimdymas po cezario pjūvio praeityje

Kadangi kasmet daugėja pacienčių patiriančių cezario pjūvio operaciją pirmojo nėštumo metu, daugėja ir nėščiųjų, kurios turėjo cezario pjūvį praeityje. Viena iš dažniausių priežasčių kodėl atliekama cezario pjūvio operacija yra randas gimdoje, tarp kitų priežasčių, tokių kaip distocija, pavojus vaisiui ar nenormali vaisiaus pirmeiga. Dėl šių priežasčių atliekama daugiau nei 85% operacijų. (15) Taigi dauguma moterų turėjusių cezario pjūvio operaciją, sekančio gimdymo metu gimdo taip pat, ypač jei pirmojo gimdymo metu atliekamos operacijos priežastis buvo anatominė, tokia kaip distocija dėl siauro dubens. Tačiau jei priežastis buvo prasta vaisiaus būklė ar kitos indikacijos būdingos tik tam nėštumui, tai nebūtinai gali nutikti sekančio gimdymo metu, tad tokioms nėščiosioms gali būti pasiūlytas vaginalinis gimdymas. (16) Po vieno cezario pjūvio praeityje maždaug 70% moterų gali būti tinkamos kandidatės vaginaliniam gimdymui, o iš jų sėkmingai pagimdyti makštiniu būdu gali nuo 60% iki 80% moterų. Jau turėjusios gimdymą vaginaliai po cezario pjūvio sėkmingai pagimdo apie 90% moterų. (17) Po dviejų cezario pjūvio operacijų gimdymas vaginaliai taip pat turi didelę sėkmės tikimybę – apie 70%. (18) Gimdymas po cezario pjūvio praeityje dar vadinamas kaip bandymas gimdyti, nes šis procesas turi būti atidžiai prižiūrimas gydytojų ir esant komplikacijoms ar nesėkmei atliekama skubi cezario pjūvio operacija. Kai kurioms moterims bandyti gimdyti vaginaliai gali būti labai pavojinga, tad yra aprašytos kontraindikacijos. Pakartotinė cezario pjūvio operacija atliekama moterims, kurios turėjusios tris ir daugiau cezario pjūvio operacijų praeityje, turėjusioms gimdos plyšimą bei turint klasikinio pjūvio randą gimdoje ar buvus T ar J formos pjūviui. (5) Jei nėščioji neturi absoliučių kontraindikacijų bandymui gimdyti vaginaliai, jos individuali situacija turi būti labai nuosekliai aptarta su specialistais, kuomet gimdyvei paaiškinami visi privalumai, trūkumai bei rizikos susijusios su gimdymu makštiniu keliu po cezario pjūvio operacijos praeityje. Taip pat bandymo gimdyti metu turi būti pasiruošusi visa gydytojų komanda, kuri

galėtų atlikti skubų cezario pjūvį ir tinkamai reaguoti į susidariusias komplikacijas po nesėkmingo bandymo gimdyti vaginaliai.

Bandymo gimdyti po cezario pjūvio praeityje rizikos ir trūkumai

Reikšmingiausias bandymo gimdyti po cezario pjūvio trūkumas yra gimdos plyšimo rizika. Gimdos plyšimas apibrėžiamas kaip gimdos raumenų ir visceralinės pilvaplėvės trūkis. (19) Nors ši rizika nėra didelė, gimdos plyšimas gali būti labai pavojingas tiek motinai, tiek vaisiui ir lemti abiejų mirtį arba sergamumą. Gimdos plyšimas pasitaiko tik 0,003% moterų neturinčių rando gimdoje, iki 1% moterų turinčių vieną randą ir dukart dažniau moterims turinčioms du randus po cezario pjūvio operacijų praeityje. (20, 21) Moterims turinčioms klasikinį arba T formos randą gimdoje, ši rizika gali būti tarp 4% ir 9%. (22) Tačiau jei prieš ar po cezario pjūvio operacijos praeityje jau yra buvęs ir vaginalinis gimdymas, tai labai sumažina gimdos plyšimo tikimybę ir gali pasitaikyti tik 0,2% moterų. (23) Didžiausią riziką gimdos plyšimui esant randui gimdoje kelia gimdymo skatinimas prostaglandiniais. Tokiu atveju rizika padidėja iki 2,4%. (24) Kiti veiksniai, dėl kurių rizika patirti gimdos plyšimą yra didesnė, gali būti gimdymas po buvusios cezario pjūvio operacijos, nuo kurios yra praėję mažiau nei 18 mėnesių, nėščiosios nutukimas, vaisiaus svoris didesnis nei 4000 gramų, nesubrendęs gimdos kaklelis gimdymo dieną bei buvusi vieno sluoksnio, o ne dviejų, gimdos siuvimo technika. (25) Gimdos plyšimas yra kritinė medicininė būklė, kuriai atsiradus būtina skubi laparotomija, o jos metu atliekamas vaisiaus gimdymas bei suteikiama pagalba dėl kitų komplikacijų. Plyšus gimdai yra sutrikdomas kraujo bei deguonies tiekimas vaisiui, o tai gali lemti įvairias komplikacijas, tokias kaip vaisiaus acidozė, poreikis būti gydomam intensyvios terapijos skyriuje ar netgi mirtis. (26) Perinatalinės mirties rizika esant gimdos plyšimui varijuoja nuo 8,7% iki 26,2%. (27) Naujagimio hipoksinės išeminės encefalopatijos rizika tai pat yra didesnė bandymo gimdyti po cezario pjūvio operacijos praeityje metu ir sudaro 0,08% iš kurių 50% atvejų yra siejami su gimdos plyšimu. (28) Rizika motinai taip pat yra reikšminga. Pacientė gali patirti stiprią hemoragiją, dėl kurios gali reikėti atlikti kraujo perpylimus ar netgi pašalinti gimdą, kad būtų suvaldytas kraujavimas ir išgelbėta motinos gyvybė. (26) Gimdos plyšimo metu pagrindiniai simptomai yra stiprus pilvo skausmas, nestabili motinos hemodinamika, kraujavimas iš makšties ir vaisiaus bradikardija bei vaisiaus pirmaeigės dalies pakitimas. Maždaug 70% gimdos plyšimo atvejų būtent vaisiaus širdies ritmo sutrikimai yra pagrindinis tai rodantis požymis, todėl viso bandymo gimdyti po cezario pjūvio praeityje metu rekomenduojama monitoruoti vaisiaus širdies ritmą. (26) Gimdos ar pilvo skausmas moteriai gali varijuoti nuo nedidelio iki labai stipraus. Gimdos susitraukimų

intensyvumas ir dažnumas gali labai sumažėti. Vaginalinis arba intraabdominalinis kraujavimas gali pasireikšti moters nerimastingumu, silpnumu, svaigimu ir šoku. (30) Taip pat gali būti stebima ir ryški hematurija, ypač jei yra plyšusi ir šlapimo pūslė. Šlapimo pūslės pažeidimai plyšus gimdai varijuoja tarp 8% ir 15%. (31) Nėra vieno būdo tiksliai numatyti kokia yra gimdos plyšimo rizika moteriai bandančiai gimdyti po cezario pjūvio praeityje, tad reikia labai atidžiai pasverti visus žinomus rizikos veiksnius ir esamą situaciją gimdymo metu, bei bet koku atveju būti pasiruošus gelbėti moters ir naujagimio gyvybę bei sveikatą atsitikus tokiai situacijai.

Kai kurioms moterims bandančioms gimdyti po cezario pjūvio praeityje gali prireikti skubios pakartotinos cezario pjūvio operacijos. Tokiu atveju rizika pogimdyvinei infekcijai, gimdos atonijai, žaizdos atsiskyrimui yra didesnė, nei pacienčių, kurios turėjo planuotą pakartotinę cezario pjūvio operaciją. (26) Motinų mirtingumas taip pat yra didesnis tarp moterų turėjusių cezario pjūvį praeityje ir kurioms nepavyko bandymas gimdyti natūraliai. (32) Skubi cezario operacija padidina karščiavimo, šlapimo takų infekcijos, ilgesnio gulėjimo laiko ligoninėje riziką bei žemesnį naujagimio įvertinimą pagal Apgar skalę po penkių minučių. (33)

Bandymo gimdyti po cezario pjūvio praeityje privalumai

Moterims, kurios neturi kontraindikacijų ar daug rizikos veiksnių bandymui gimdyti po cezario pjūvio praeityje, šis pasirinkimas gali turėti daug privalumų tiek fizinei, tiek psichologinei sveikatai. Visuotinai priimta, kad vaginalinis gimdymas yra siejamas su mažesniu motinos mirtingumu bei sergamumu, nei gimdymas cezario pjūvio operacijos būdu. Moteris sulaukusios natūralios gimdymo veiklos, nepaisant to ar gimdymas užbaigiamas cezario pjūviu ar gimdoma natūraliai, turi mažesnę mirtingumo bei sergamumo riziką. (17, 19) Bandymas gimdyti vaginaliai taip pat turi daug privalumų motinoms planuojančioms daugiau nėštumų ateityje. Kiekviena cezario pjūvio operacija, kiekvienas papildomas randas gimdoje, kelia riziką tiek motinai, tiek vaisiui nėštumo bei gimdymo metu, o esant sėkmingam bandymui gimdyti po cezario pjūvio praeityje yra geresnės sekančio nėštumo išeitys, bei padidėja galimybė dar kartą sėkmingai pagimdyti vaginaliai. Su kiekviena cezario pjūvio operacija didėja moters rizika kito nėštumo metu turėti nenormalią placentos poziciją bei augimą, taip pat didėja kitos rizikos susijusios su pilvo operacijomis - pilvo ertmės sąaugos, žarnų, šlapimo pūslės ir šlapimtakių pažeidimai, histerektomija, operacinės komplikacijos pakartotinės cezario pjūvio operacijos ar kitos ne su nėštumu susijusios operacijos metu. (25) Moteris, kurios jau turėjo sėkmingą gimdymą po cezario pjūvio praeityje, turi apie 90% tikimybę vėl sėkmingai pagimdyti vaginaliai sekančio nėštumo metu,

o jų gimdymo pirmasis ir antrasis etapai yra trumpesni, nei gimdant pirmą kartą po cezario pjūvio. (34) Dar vienas privalumas yra tas, kad po gimdymo natūraliai yra trumpesnis gulėjimo laikas ligoninėje, nei po planuotos cezario pjūvio operacijos, išskyrus labai nutukusias moteris, kurioms tai netaikoma. Taip pat natūralaus gimdymo metu mažėja giliosios venų trombozės rizika, palyginus su moterimis, patiriančiomis cezario pjūvio operaciją, bei yra mažesnės su anestezija susijusios komplikacijos. (25) Moterų skausmas praėjus 72 valandoms nuo gimdymo yra daug mažesnis gimdžiusių natūraliai negu cezario pjūvio operacijos būdu, nors praėjus keturiems mėnesiams jokie skirtumai nebepastebimi. (29) Gimdant vaginaliai taip pat išvengiami jau anksčiau minėti cezario pjūvio operacijos trūkumai, susiję su motinos ir naujagimio kontaktu iškart po gimimo, taip pat anksčiau pradedamas naujagimio maitinimas. Naujagimio laikymas 15 – 20 minučių po gimdymo padidina motinos galimybes tinkamai rūpintis naujagimiui ir pagerina motinos bei kūdikio bendravimą po 3-12 mėnesių. (32) Kai kurioms moterims gimdymas natūraliu būdu gali būti labai psichologiškai pozityvus įvykis, paskatinantis jas jaustis stipriomis, o tai turi įtakos pogimdyviniam laikotarpiui, motinos nuotaikai, savijautai ir užsimezgančiam ryšiui su naujagimiui. Taip pat minėtas greitesnis gijimas ir trumpesnis laikas praleistas ligoninėje po gimdymo, gali turėti įtakos moters socialiniam bei ekonominiam gyvenimui, kuomet ji greičiau atsigavusi gali grįžti į darbus ar kitas veiklas. (9, 25) Gimdymas natūraliai po cezario pjūvio praeityje turi ir daugiau privalumų naujagimiui. Lyginant su gimusiais per cezario pjūvį, vaginaliai gimę naujagimiai pirmąsias dvi paras po gimimo pastebimai geriau adaptuojasi, būna aktyvesni ir labiau reaguoja į aplinką. (32) Naujagimiai pagimdyti cezario pjūvio operacijos būdu turi didesnę riziką sirgti įvairiomis kvėpavimo ligomis ar turėti kitų pasekmių, kaip ūminio respiracinio distreso sindromas, laikina naujagimių tachipnėja, deguonies ar ventiliatoriaus poreikis, palyginus su naujagimiais gimusiais vaginaliniu būdu. Taip pat yra tyrimų, kurie rodo, kad cezario pjūvio operacijos metu gimęs naujagimis turi didesnę riziką sirgti astma vaikystėje ir vėliau, o tai gali vesti prie dažnesnių apsilankymų ligoninėje. (25, 28) Kvėpavimo sutrikimai yra pagrindinė priežastis, kodėl naujagimiai būna paguldyti į intensyvios terapijos skyrių po gimimo, tad gimdymas vaginaliniu būdu gali padėti to išvengti ar sumažinti šią riziką. (35)

Nėščiųjų konsultavimas

Moterų ir jų partnerių konsultacija dėl gimdymo būdo po cezario pjūvio praeityje yra sudėtinga užduotis, nes reikia atsižvelgti ne tik į medicininius rodiklius bei faktus, bet ir į individualius, emocinius konsultuojamos šeimos aspektus. Moteris po cezario pjūvio

praeityje turi du pasirinkimus: bandyti gimdyti vaginaliai arba turėti pakartotiną cezario pjūvio operaciją. Žinoma, kad vaginalinis gimdymas turi geresnes išėitis nei gimdymas cezario pjūvio operacijos būdu, tačiau nesėkmingas vaginalinis gimdymas pasibaigęs skubia operacija turi didžiausias rizikas motinai ir naujagimiui. (24, 32) Todėl itin svarbu atsakingai konsultuoti nėščiąsias, aptariant visas rizikas, privalumus ir individualius nėščiosios veiksnius galinčius nulemti vaginalinio gimdymo sėkmę. Pirmiausia aptariant medicininius faktorius konsultuojant nėščiąsias po cezario pjūvio praeityje, svarbu atsižvelgti į pagrindinius veiksnius lemiančius vaginalio gimdymo sėkmę bei nėščiosios nėštumo ir jos pačios būsenos ypatumus, kad būtų galima aptarti bei nuosekliai ruošti bandymui gimdyti po cezario pjūvio praeityje. Pirmiausia svarbu išsiaiškinti buvusių nėštumų skaičių, kiek iš jų buvo cezario pjūvio operacijos, o kiek buvo sėkmingi gimdymai natūraliais takais. Taip pat ar moteris neturėjo kitų gimdos operacijų, dėl kurių gimdoje yra likęs papildomas randas. Kaip jau buvo minėta anksčiau, esant trimis randams gimdoje pagal sveikatos apsaugos ministerijos nurodytas metodikas tokiai moteriai yra numatoma cezario pjūvio operacija, o esant dviems randams gimdoje dar galima svarstyti apie bandymą gimdyti vaginaliai, atsižvelgiant į kitus rodiklius. (5) Taip pat svarbu sužinoti buvusio nėštumo komplikacijas ir priežastis atliktam cezario pjūviui. Grįžtamosios cezario pjūvio indikacijos, tokios, kurios turi didelį šansą pasikartoti, mažina sėkmingo vaginalinio gimdymo tikimybę. Tokios priežastys dažniausiai būna susijusios su tam tikrais anatomiciais moters ypatumais, pavyzdžiui, siauri klubai ir dėl to kilusi distocija gimdymo metu. Ir atvirkščiai, jei buvusio gimdymo metu cezario pjūvio atlikimo priežastys buvo vienkartinės, tokios, kurios turi mažesnę šansą pasikartoti kito nėštumo metu – vaisiaus stresinės būklės simptomai, netinkama vaisiaus padėtis gimdoje, preeklamsija, netaisyklinga placentos padėtis gimdoje, tokiu atveju sėkmingo vaginalinio gimdymo tikimybė yra didesnė. (36) Kiti faktoriai taip pat svarbūs ir prisidedantys prie sėkmingo bandymo gimdyti natūraliai po cezario pjūvio praeityje yra motinos kūno masės indeksas, kuomet yra mažesnis nei 30, amžius, kai moteris jaunesnė nei 40 metų, gestacinis amžius, kai nėštumas yra mažiau nei 41 savaitės, laikotarpis tarp buvusio cezario pjūvio ir esamo nėštumo pradžios, kai laikotarpis yra didesnis nei 24 mėnesiai. Taip pat įtakos turi ir vaisiaus svoris. Gimdymo metu naujagimiui sveriant daugiau nei 4 kilogramai, yra didesnė gimdos plyšimo, vaisiaus pečių strigimo bei trečio ar ketvirto laipsnio tarpvietės plyšimo rizika. Bandymo gimdyti vaginaliai po cezario pjūvio praeityje sėkmė tokiu atveju yra tik 50%. 36-tos savaitės metu numatomam vaisiaus svoriui esant 3,5 kilogramo ar mažiau, bandymo gimdyti vaginaliai sėkmė yra didesnė. (36, 37) Spontaniška gimdymo pradžia ir gimdos kaklelio subrendimo vertinimas pagal Bishop skalę (lentelė 3), kuomet įvertinama 6

balais ir daugiau, taip pat lemia gimdymo sėkmę, o gimdymo sužadėjimas didina cezario pjūvio operacijos tikimybę. (37) Nėščiajai turint vieną skersinio pjūvio randą po cezario operacijos, vienavaisį nėštumą ir vaisiui gimdoje esant galvos pirmėigos pozicijoje, du labiausiai įtakos vaginalinio gimdymo sėkmei turintys faktoriai yra spontaniškas gimdymo pradžia ir sėkmingas vaginalinis gimdymas praeityje. (38) Įvertinus visus šiuos aspektus ir galimybę bandyti gimdyti vaginaliai, svarbu su nėščiąja aptarti jos požiūrį, įsitikinimus ir baimes. Įvairios studijos patvirtina, kad moterys turi baimes susijusias su gimdymo aplinka, tokia kaip nedraugiškas personalas, baimė būti paliktai vienai gimdymo metu ar negauti visos informacijos apie veiksmus atliekamus gimdymo metu, kas leistų jaustis neįtrauktai į sprendimų priėmimą dėl savo sveikatos. Nėštumo metu maždaug 80% moterų patiria gimdymo baimę, kuri gali keistis viso nėštumo metu. Dažniausiai baimė ima augti artėjant gimdymui. (39, 40) Moterys turėjusios cezario pjūvio operaciją praeityje gali turėti dar daugiau baimių susijusių su komplikacijomis dėl rando gimdymo metu ar kitų turėtų operacijos veiksnių, kurie gali daryti įtaką nėštumo eigai. Tad konsultacija dėl bandymo gimdyti vaginaliai su tokiais nėščiosiomis turėtų prasidėti kuo anksčiau nėštumo pradžioje, turėtų būti kuo išsamesnė ir aiškesnė, taip pat svarbus profesionalų siūlomas palaikymas viso nėštumo metu ir nuolatinė prieiga prie informacinių šaltinių apie vaginalinį gimdymą po cezario pjūvio, ar specialistų, galinčių bet kada nėščiajai susisiekti ir ramybės neduodančius klausimus. Kai kurių moterų nusiteikimui taip pat didelę įtaką turi neigiama buvusių gimdymų patirtis ir noras kontroliuoti savo gimdymo procesą, tad išsamiai suteikta informacija gali padėti moteriai priimti užtikrintą sprendimą ir jaustis labiau atsakinga bei galinti kontroliuoti pasirinkimus dėl gimdymo. Dar kitoms moterims itin svarbus jų partnerių pritarimas bei nuomonė, o sprendimo priėmimą dėl gimdymo pasirinkimo jos laiko visos šeimos sprendimu, tad konsultuojant nėščiąsias svarbu atsižvelgti į jų poreikius ir esant galimybei, įtraukti jų partnerius į išsamų konsultavimo procesą. (41)

3 lentelė. Modifikuota Bishop skalė (5)

Balai	Vertinamas požymis*				
	Atsivėrimas	Kaklelio ilgis (cm)	Pirmėigės dalies padėtis	Kaklelio konsistencija	Kaklelio pozicija
0	<1	>4	-3	Standus	Pakrypęs atgal
1	1—2	2—4	-2	Vidutinis	Pakrypęs į priekį
2	2—4	1—2	-1/0	Minkštas	

3	>4	<1	+1/+2		
*Gimdos kaklelis laikomas subrendusiu, kai balų suma ≥ 6 . Jei gimdos kaklelis vertinamas 1-3 balais, jis laikomas nebrandžiu, 4-5 balais – iš dalies subrendusiu.					

Būdai mažinti cezario pjūvio operacijų skaičių

Didelė dalis cezario pjūvio operacijų yra atliekamos dėl rando gimdoje po buvusios cezario pjūvio operacijos. Tad viena iš išeikių kaip mažinti šių procedūrų skaičių – didinti vaginalinių gimdymų po cezario pjūvio operacijų praeityje skaičių. Tokios informatyvios ir išsamios konsultacijos su nėščiosiomis, kaip aprašyta aukščiau, yra labai svarbi priemonė norint, kad moterys drąsiau rinktųsi bandyti gimdyti natūraliai, vietoj pakartotinės cezario pjūvio operacijos. Pasaulio sveikatos organizacijos leidinyje 2018 metais buvo aprašyta ir daugiau būdų galinčių padėti ne tik padidinti vaginalinių gimdymų skaičių po cezario pjūvio praeityje, bet ir apskritai sumažinti pirminių cezario pjūvio operacijų skaičių. Vienas jų – įvairesni edukacinių programų formatai nėščiosioms. Moterys geriau priima ir supranta informaciją, kuri būna pateikta interaktyviai, nei tiesiog perskaitoma duotose brošiūrose. Taip pat kai kurios moterys teigia, kad yra temų, kuriose itin trūksta platesnės informacijos, pavyzdžiui apie gimdymą namuose arba gimdymą po cezario pjūvio praeityje, arba pabrėžiančių faktų, kad natūralus gimdymas yra ypatinga gyvenimo patirtis, sukurianti didelę vertę. Įvairūs seminarai, pasiruošimo gimdymui klasės bei specialūs mokymai moterims, kurios turi gimdymo baimę, taip pat gali daryti įtaką norint sumažinti cezario operacijų skaičių. (42) Moterims turinčioms didelę baimę gimdyti dėl skausmo ar kitų priežasčių svarbu suteikti informaciją apie nuskausminimo galimybes gimdymo metu, taip pat tokioms nėščiosioms gali būti taikoma grupinė terapija ar individualios psichologinės konsultacijos. (43) Taip pat svarbu edukuoti moteris apie didėjančius atliktų cezario pjūvio operacijų skaičius ir to pasekmes visuomenei, lengvai prieinamus ir suprantamus padaryti visus su tuo susijusius statistinius rodiklius ir tai taip pat gali lemti cezario pjūvio operacijų skaičiaus mažėjimą. Pasaulio sveikatos organizacijos leidinyje taip pat aprašomas ir akušerio bei gydytojo akušerio-ginekologo darbas kartu konsultuojant ir prižiūrint nėščiąją, o to sekoje mažėjantis cezario pjūvio operacijų skaičius ir didėjantis vaginalinių gimdymų po cezario pjūvio praeityje skaičius. Taip pat medicinos centrams svarbu turėti visą parą dirbančius ir konsultuoti galinčius gydytojus bei skubiam cezario pjūviui pasiruošusią komandą, kuomet vyksta bandymas gimdyti vaginaliai po cezario pjūvio praeityje. (42) Daugelyje šalių dažnai gydytojams akušeriams yra pareiškiami ieškiniai dėl menkiausių gimdymo komplikacijų, net jei jie suteikia geriausią priežiūrą gimdymo metu ir atlieka mediciniškai pagrįstus veiksmus.

Dažniau bylos yra iškeliamos po komplikacijų vaginalaus gimdymo metu, nei po atlikto nebūtino cezario pjūvio. Tad nepaisant medicininių tyrimų ir įrodymų, gydytojui saugiau yra atlikti cezario pjūvio operaciją, nes ji gali apsaugoti nuo ieškinių ir dėl to paliekamo pėdsako jų karjeros kelyje. (44) Todėl norint sumažinti cezario operacijų skaičių, būtina įvairias intervencijas taikyti ne tik nėščiosioms, bet ir su tuo susijusiam personalui. Gali būti organizuojami įvairūs seminarai, mokymai ir kitaip pateikiama medžiaga suteikianti informacijos apie cezario pjūvio operacijų mažinimo svarbą, gimdymo vaginaliai naudą tiek motinai, tiek naujagimiui. (42) Taip pat svarbu personalą mokyti tinkamo bendravimo su nėščiosiomis bei jų konsultavimo ypatumų, būdų kaip aiškiai ir tinkamai suteikti moterims reikiama informaciją bei atsižvelgti į jų individualius požiūrius, nusiteikimą bei baimes. Įvairios nėščiųjų apklausos gali padėti geriau suprasti priežastis, kodėl moterys linkusios rinktis pakartotinę cezario pjūvio operaciją, o ne bandymą gimdyti vaginaliai. Dar vienas svarbus faktorius galintis padėti mažinti šių operacijų skaičius yra gydytojų vieningumas ir kryptingas požiūris į vaginalinį gimdymą bei bandymą gimdyti po cezario pjūvio praeityje. Gydytojais turėtų būti mokomi kaip pirmąją alternatyvą visuomet siūlyti nėščiajai bandyti gimdyti vaginaliai, jei tik ji neturi absoliučių kontraindikacijų. Su paciete bendraujantis akušeris ir gydytojas akušeris-ginekologas turėtų sutarti ir būti tos pačios nuomonės apie tinkamą gimdymo išeitį pacientei ir atitinkamai ją konsultuoti. Tai turi teigiamą efektą norint moteris paskatinti rinktis vaginalinį gimdymą. (45) Toks vieningumas ir darbas kaip viena komanda, nepaisant to ar personalas dirba vienoje ligoninėje ar skirtinguose miestuose, taip pat vieninga nuomonė šia tema, gali padėti kurti atmosferą, jog vaginalinis gimdymas yra pirmas ir geriausias pasirinkimas, nesant svarių medicininių priežasčių atlikti cezario pjūvio operaciją. (46) Kai kurios moterys teigia, kad nevieningas gydytojų požiūris į gimdymą po cezario pjūvio praeityje, verčia moteris, kurios nenori antrą kartą patirti cezario pjūvio operacijos, gimdyti namie, kas yra labai nesaugu esant tokiai situacijai. Tačiau gimdyti ligoninėje moteris lydi baimė, kad jei gydytojas akušeris su kuriuos buvo nutarta gimdyti vaginaliai tuo metu nedirbs ir jį pakeis kitas gydytojas, jis gali nepritari tokiam sprendimui ir nuspręsti daryti cezario pjūvio operaciją. (47) Tad vieningas gydytojų požiūris ir nusiteikimas visuomet pirmiausia bandyti vaginalų gimdymą turi didelę įtaką. Gydytojų mokymai yra svarbūs, bet taip pat svarbu ir išmokytų metodų ar žinių pritaikymas, tad reikalinga turėti tinkamą sistemą tikrinti gydytojų veiklos rezultatus bei apskritai sistemiškai rinkti informaciją apie atliekamas cezario pjūvio operacijas ir jų priežastis. Svarbu vykdyti darbuotojų auditą, cezario pjūvio operacijų skaičiai turėtų būti aptariami kiekvieną mėnesį personalo susirinkimuose, kiekvienos savaitės cezario operacijos taip pat galėtų aptartos

susirinkimuose dar kartą įvertinant indikacijas ir klinikinę situaciją. Taip pat svarbu rinkti ir fiksuoti duomenis apie cezario pjūvio operacijų skaičius bei priežastis pagal Pasaulio sveikatos organizacijos 2015 metais pasiūlytą naudoti Robsono klasifikaciją, kuri skirta lengvesniam cezario pjūvio operacijų įvertinimui, monitoravimui ir palyginimui klinikų viduje ir tarp jų. (48) Pagal šią klasifikaciją visos gimdyvės priskiriamos vienai iš dešimties grupių. (4 lentelė)

Visos paminėtos intervencijos ir metodai gali padėti mažinti cezario pjūvių operacijų skaičių. Dauguma šių būdų jau yra taikoma Lietuvos ligoninėse, tačiau svarbu nuolatos ieškoti naujų bei peržvelgti jau turimas priemones ir nuolatos šviesti visuomenę, nėsčiąsias bei su šia opia problema susijusius specialistus.

4 lentelė. Grupės, kurioms priskiriamos visos gimdyvės pagal Robsono klasifikaciją.(5)

Grupė	Apibūdinimas	
1 grupė	Pirmakartė, vienas vaisius, galvos pirmeiga, $\geq 37^{+0}$ sav., savaiminė gimdymo pradžia*	
2 grupė	Pirmakartė, vienas vaisius, galvos pirmeiga, $\geq 37^{+0}$ sav., sužadintas gimdymas arba CPO iki gimdymo pradžios**	
	2A	Sužadintas gimdymas
	2B	CPO iki gimdymo pradžios**
3 grupė	Pakartotinai gimdanti (CPO anksčiau nedaryta), vienas vaisius, galvos pirmeiga, $\geq 37^{+0}$ sav., savaiminė gimdymo pradžia*	
4 grupė	Pakartotinai gimdanti (CPO anksčiau nedaryta), vienas vaisius, galvos pirmeiga, $\geq 37^{+0}$ sav., sužadintas gimdymas arba CPO iki gimdymo pradžios**	
	4A	Sužadintas gimdymas
	4B	CPO iki gimdymo pradžios**
5 grupė	Anksčiau daryta CPO, vienas vaisius, galvos pirmeiga, $\geq 37^{+0}$ sav.	
	5A	Sužadintas gimdymas
	5B	CPO iki gimdymo pradžios**
	5C	Savaiminė gimdymo pradžia*
6 grupė	Pirmakartė, sėdmenų pirmeiga	
7 grupė	Pakartotinai gimdanti, sėdmenų pirmeiga (įskaitant anksčiau darytą CPO)	
8 grupė	Visi daugiavaisiai nėštumai (įskaitant anksčiau darytą CPO)	
9 grupė	Visos netaisyklingos vaisiaus padėties (įstrižinės ir skersinės, įskaitant anksčiau darytą CPO)	
10 grupė	Priešlaikinis (≤ 36 sav.) gimdymas, vienas vaisius, galvos pirmeiga (įskaitant anksčiau darytą CPO)	

**Savaiminę gimdymo pradžią rodo prasidėję reguliarūs sračiai. Vaisiaus vandenių nutekėjimas be sračių nelaikomas savaimine gimdymo pradžia. Jei po vandenių nutekėjimo sračius reikia sužadinti (okситocinu ar prostaglandiniais), pacientė priskiriama atitinkamai 2A, 4A ar 5A grupei.*

***Čia priskiriamos visos planinės CPO ir tos skubios CPO, kai nėštumas užbaigiamas neprasidėjus savaiminei gimdymo veiklai.*

IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

Cezario pjūvio operacijų skaičius pasaulyje auga ir nors Lietuvoje paskutinį dešimtmetį šis skaičius sumažėjo, vis tiek išlieka didelis – apie 20%. Daugėjant cezario pjūvio operacijų skaičiui, daugėja ir nėštumų po cezario pjūvio praeityje, o su kiekvienu tokiu nėštumu ir daugiau rizikų motinai bei naujagimiui. Mažinti cezario operacijų skaičius būtina, norint apsaugoti moteris nuo mediciniškai nebūtinų procedūrų, kuri didina sergamumą ir mirtingumą tiek motinų, tiek naujagimių. Yra daug aptartų būdų kaip galima mažinti cezario operacijų skaičius – nuo motinoms suteikiamos kuo išsamesnės informacijos ir pasiruošimo gimdymui iki personalo, gydytojų audito bei atidaus duomenų rinkimo apie moteris, kurioms atliekamas cezario pjūvis. Tačiau taip pat paveikti šiuos skaičius galima priemonės sutelkus į nėščiąjų po cezario pjūvio praeityje grupę, kadangi viena dažniausių indikacijų atliekamam cezario pjūviui ir yra buvęs cezario pjūvis, arba kitaip, randas gimdoje. Gimdymas po cezario pjūvio praeityje net iki 80% moterų gali būti sėkmingas ir beveik nesiskiria nuo vaginalinio gimdymo nesant randui gimdoje, jei gimdyvės su maža rizika yra tinkamai atrenkamos bandymui gimdyti. Tačiau toks bandymas gimdyti taip pat turi ir rizikų ir nors jos nėra didelės, kaip pavyzdžiui gimdos plyšimo tikimybė iki 1%, tačiau tos rizikos yra labai rimtos ir galinčios sukelti sunkų sergamumą ar net mirtį. Bandymas gimdyti po cezario pjūvio praeityje reikalauja motinos pasiruošimo ir didesnių gydytojo pastangų, nei atliekant cezario pjūvį. Tokiu atveju nenusėjamiems įvykiams pasiruošusi turi būti visa gydytojų komanda, kad nutikus negatyviems pokyčiams gimdymo metu, gimdyvei galėtų būti atlikta skubi cezario pjūvio operacija. Šiame darbe buvo aptartos ir kitos priežastys, kodėl pačios moterys labiau linkusios rinktis pakartotiną cezario pjūvio operaciją, pavyzdžiui, dėl gimdymo baimės. Tad norint kad vaginalinio gimdymo po cezario pjūvio praeityje skaičiai augtų, o tokiu būdu mažėtų cezario pjūvio operacijų skaičius, svarbu šiuos pokyčius lemiančias priemones nukreipti į gydytojus ir nėščiąsias. Išsami informacija apie galimybę gimdyti vaginaliai suteikta nėščiosioms ar norinčioms pastoti moterims po cezario pjūvio praeityje yra labai svarbi. Taip pat svarbu ir nuolatiniai mokymai bei vieningo požiūrio į vaginalinį gimdymą po cezario pjūvio praeityje diegimą gydytojams. Tačiau svarbiausias yra

bendravimas su nėščiosiomis viso nėštumo metu, tinkamos konsultacijos ir pagalba siekiant įveikti visas nemedicininės kliūtis, kurios verčia moteris rinktis pakartotinę cezario pjūvio operaciją. Taip pat reikalingos plačios gydytojų žinios apie tai, kur tinkamai nukreipti nėščiąją norint geriau pasiruošti gimdymui ar įveikti gimdymo bei skausmo baimes. Planuojant bandymą gimdyti po cezario pjūvio praeityje, moterims reikalingas visapusiškas palaikymas ir emocinė parama, tad svarbu atsižvelgti ir į nėščiosios socialinę padėtį bei tinkamai bendrauti su paciente. Taigi, norint padidinti gimdymų po cezario pjūvio praeityje skaičių svarbu išsamiai konsultuoti nėščiąsias nuo pat nėštumo pradžios ar netgi planuojant pastoti ir atsižvelgti į kiekvienos pacientės savijautą, baimes bei klausimus. Kiekvienas gydytojas pirmiausia visada turėtų siūlyti nėščiajai po cezario pjūvio praeityje gimdyti vaginaliai ir tik tuomet atsiradus nepakeičiamoms kontraindikacijoms svarstyti pakartotinio cezario pjūvio operaciją.

LITERATŪRA

1. World Health Organization. News. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access 16 June 2021. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
2. OECD (2022), Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/adc3c39f-en
3. Betran A, Torloni M, Zhang J, et al. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2016;123(5):667-670. doi:10.1111/1471-0528.13526
4. Gimimų medicininiai duomenys. Higienos institutas. Internetinė prieiga: <http://www.hi.lt>.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Akušerijos diagnostikos ir gydymo metodikos. Internetinė prieiga: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/programos-ir-projektai/sveicarijos-paramos-programa/akuserijos-ir-neonatologijos-diagnostikos-ir-gydymo-metodikos/akuserijos-diagnostikos-ir-gydymo-metodikos>
6. Australian Institute of Health and Welfare. National Core Maternity Indicators [Internet]. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2021. Available from: <https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/national-core-maternity-indicators>
7. Colomar M, Opiyo N, Kingdon C, et al. Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. Ortiz-Panozo E, ed. *PLOS ONE.* 2021;16(5):e0251072. doi:10.1371/journal.pone.0251072
8. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, et al. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. *JAMA.* 2015;314(21):2263. doi:10.1001/jama.2015.15553
9. MacArthur C, Glazener C, Lancashire R, Herbison P, Wilson D, on behalf of the ProLong study group. Exclusive caesarean section delivery and subsequent urinary and faecal incontinence: a 12-year longitudinal study: Exclusive caesarean section and urinary and faecal incontinence. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2011;118(8):1001-1007. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.02964.x
10. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, ed. *Cochrane Database Syst Rev.* Published online March 14, 2012. doi:10.1002/14651858.CD004660.pub3
11. Buhimschi CS, Buhimschi IA. Advantages of Vaginal Delivery: *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49(1):167-183. doi:10.1097/01.grf.0000198186.71542.03
12. Wagner M. Choosing caesarean section. *The Lancet.* 2000;356(9242):1677-1680. doi:10.1016/S0140-6736(00)03169-X

13. Sandall J, Tribe RM, Avery L, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*. 2018;392(10155):1349-1357.
doi:10.1016/S0140-6736(18)31930-5
14. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Bréart G. Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery: *Obstet Gynecol*. 2006;108(3, Part 1):541-548.
doi:10.1097/01.AOG.0000233154.62729.24
15. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. Cunningham F, & Leveno K.J., & Bloom S.L., & Dashe J.S., & Hoffman B.L., & Casey B.M., & Spong C.Y.(Eds.), (2018). *Williams Obstetrics*, 25e. McGraw Hill.
16. Gupta N, De A, Batra S. VBAC: Changes over Last 10 Years. *J Obstet Gynecol India*. 2019;69(2):110-114. doi:10.1007/s13224-018-1101-0
17. Potera C. Back to VBAC. *AJN Am J Nurs*. 2010;110(6):15.
doi:10.1097/01.NAJ.0000377671.55963.44
18. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections: Success rate & adverse outcomes of vaginal birth after two caesarean sections. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2010;117(1):5-19.
doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02351.x
19. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *N Engl J Med*. 2004;351(25):2581-2589.
doi:10.1056/NEJMoa040405
20. Tanos V, Toney ZA. Uterine scar rupture - Prediction, prevention, diagnosis, and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;59:115-131.
doi:10.1016/j.bpobgyn.2019.01.009
21. Beucher G, Dolley P, Lévy-Thissier S, Florian A, Dreyfus M. Bénéfices et risques maternels de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée en cas d'antécédent de césarienne. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2012;41(8):708-726.
doi:10.1016/j.jgyn.2012.09.028
22. Holmgren CM. Uterine Rupture Associated With VBAC. *Clin Obstet Gynecol*. 2012;55(4):978-987. doi:10.1097/GRF.0b013e31826fd9b0
23. O'Brien-Abel N. Uterine Rupture During VBAC Trial of Labor: Risk Factors and Fetal Response. *J Midwifery Womens Health*. 2003;48(4):249-257. doi:10.1016/S1526-9523(03)00088-6

24. Kayani SI, Alfirovic Z. Uterine rupture after induction of labour in women with previous caesarean section. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2005;112(4):451-455. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00336.x
25. Cunningham FG, Bangdiwala S, Brown SS et al. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. March 8—10, 2010. *Obstetrics & Gynecology.* 2010; 115(6):1279–1295.
26. Habak PJ, Kole M. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. Accessed May 16, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507844/>
27. Lazarou A, Oestergaard M, Netzl J, Siedentopf JP, Henrich W. Vaginal birth after cesarean (VBAC): fear it or dare it? An evaluation of potential risk factors. *J Perinat Med.* 2021;49(7):773-782. doi:10.1515/jpm-2020-0222
28. Signore C. VBAC: What Does the Evidence Show? *Clin Obstet Gynecol.* 2012;55(4):961-968. doi:10.1097/GRF.0b013e318263c55d
29. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2019;133(2):e110-e127. doi:10.1097/AOG.0000000000003078
30. Scott JR. Vaginal Birth After Cesarean Delivery: A Common-Sense Approach. *Obstet Gynecol.* 2011;118(2):342-350. doi:10.1097/AOG.0b013e3182245b39
31. Varlas VN, Department of Obstetrics and Gynaecology, Filantropia Clinical Hospital, Bucharest, Romania, Department of Obstetrics and Gynaecology, Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania, et al. The urological complications of vaginal birth after cesarean (VBAC) – a literature review. *J Med Life.* 2021;14(4):443-447. doi:10.25122/jml-2021-0219
32. Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;170(1):25-32. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.05.015
33. Suwal A, Shrivastava VR, Giri A. Maternal and fetal outcome in elective versus emergency cesarean section. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2013;52(192):563-566.
34. Frass KA, Al Harazi AH. Outcome of vaginal birth after caesarean section in women with one previous section and spontaneous onset of labour. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit.* 2011;17(8):646-650.
35. Guise JM, Eden K, Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid ReportTechnology Assess.* 2010;(191):1-397.

36. Trojano G, Damiani GR, Olivieri C, et al. VBAC: antenatal predictors of success. *Acta Bio Medica Atenei Parm.* 2019;90(3):300-309. doi:10.23750/abm.v90i3.7623
37. Li YX, Bai Z, Long DJ, et al. Predicting the success of vaginal birth after caesarean delivery: a retrospective cohort study in China. *BMJ Open.* 2019;9(5):e027807. doi:10.1136/bmjopen-2018-027807
38. Haumonté JB, Raylet M, Sabiani L, et al. Quels facteurs influencent la voie d'accouchement en cas de tentative de voie basse sur utérus cicatriciel ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2012;41(8):735-752. doi:10.1016/j.jgyn.2012.09.032
39. O'Connell MA, Martin CR, Jomeen J. Reconsidering fear of birth: Language matters. *Midwifery.* 2021;102:103079. doi:10.1016/j.midw.2021.103079
40. Hadjigeorgiou E, Katsie C, Papadopoulou M, Christofi MD, Christoforou A. Women's experiences of VBAC in Cyprus: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):766. doi:10.1186/s12884-021-04193-7
41. Davis D, S Homer C, Clack D, Turkmani S, Foureur M. Choosing vaginal birth after caesarean section: Motivating factors. *Midwifery.* 2020;88:102766. doi:10.1016/j.midw.2020.102766
42. WHO Recommendations Non-Clinical Interventions to Reduce Unnecessary Caesarean Sections. Source Geneva: World Health Organization; 2018. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee.
43. Smith V, Gallagher L, Carroll M, Hannon K, Begley C. Antenatal and intrapartum interventions for reducing caesarean section, promoting vaginal birth, and reducing fear of childbirth: An overview of systematic reviews. Francis JM, ed. *PLOS ONE.* 2019;14(10):e0224313. doi:10.1371/journal.pone.0224313
44. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *The Lancet.* 2018;392(10155):1358-1368. doi:10.1016/S0140-6736(18)31927-5
45. Lundgren I, Smith V, Nilsson C, et al. Clinician-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1):16. doi:10.1186/s12884-015-0441-3
46. Lundgren I, van Limbeek E, Vehvilainen-Julkunen K, Nilsson C. Clinicians' views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): a qualitative study from countries with high VBAC rates. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1):196. doi:10.1186/s12884-015-0629-6

47. Nilsson C, Lalor J, Begley C, et al. Vaginal birth after caesarean: Views of women from countries with low VBAC rates. *Women Birth*. 2017;30(6):481-490.
doi:10.1016/j.wombi.2017.04.009
48. Chen I, Opiyo N, Tavender E, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, ed. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(9). doi:10.1002/14651858.CD005528.pub3