

Poród drogą pochwową po cięciu cesarskim

Vaginal birth after cesarean delivery

Kostrzewa Tomasz¹, Walczak Joanna², Więckowska Katarzyna¹

¹ Oddział Położniczo-Ginekologiczny, SPZOZ w Łowiczu,

² Oddział Ginekologiczno-Położniczy, SPZOZ w Głownie,

Streszczenie

Poród siłami i drogami natury po przebytych cięciach cesarskich stał się w ostatnich latach ważnym problemem praktyki położniczej.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy fachowej na temat porodu pochwowego po cięciu cesarskim, z uwzględnieniem wymienianych w literaturze korzyści i wad.

Słowa kluczowe: **poród pochwoy / cięcie cesarskie / ryzyko pęknięcia macicy /**

Abstract

Vaginal birth after cesarean delivery has recently become a significant problem in obstetrics.

The purpose of this paper was to present current expert knowledge about vaginal birth after cesarean delivery (VBAC), taking into account advantages and disadvantages mentioned in literature.

Key words: **vaginal birth / caesarean section / risk of uterine rupture /**

W ostatnich dekadach zmalała w Polsce umieralność okołoporodowa noworodków. Fakt ten wiąże się ze wzrostem ilości wykonywanych cięć cesarskich, co jest rezultatem rozszerzenia wskazań, chęci zmniejszenia liczby powikłań, umieralności i zachorowalności noworodków, a także efektem presji otoczenia. Ocena wskazań wymaga wiedzy i doświadczenia lekarza przy dokonywaniu optymalnego wyboru. Najczęstszymi wskazaniami do ukończenia ciąży cięciem cesarskim są: zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna płodu, nieprawidłowe położenie i ułożenie płodu, brak postępu porodu i stan po przebytych cięciach cesarskich.

Przebyte cięcie cesarskie, bez dodatkowych czynników ryzyka, nie jest bezwzględnym wskazaniem do ponownego rozwiązania ciąży cięciem cesarskim. Historycznym, choć przez lata obowiązującym, było stwierdzenie Cragina (*New York Association of Obstetricians & Gynecologist*) z 1916 r.: „raz cięcie cesarskie – zawsze cięcie cesarskie”.

Wówczas cięcia wykonywano jednak bardzo rzadko, najczęściej sposobem klasycznym, co stwarzało duże ryzyko pęknięcia macicy podczas kolejnego porodu.

Adres do korespondencji:

Tomasz Kostrzewa
Oddział Położniczo-Ginekologiczny SPZOZ
99-400 Łowicz, ul. Ułańska 28
tel. tel. 046-837-56-11 w. 203
e-mail: tomaszkostrzewa@wp.pl

Otrzymano: 18.05.2009
Zaakceptowano do druku: 20.03.2010

Jednym z największych osiągnięć współczesnej medycyny perinatalnej jest rozwój technik wykonywania cięcia, dzięki czemu operacja ta stała się stosunkowo bezpieczną metodą zakończenia ciąży. Pod koniec XX wieku stwierdzono, że cięcie w dolnej części macicy nie wiąże się ze znacząco zwiększonym ryzykiem pęknięcia macicy w kolejnej ciąży. Opublikowane dane wskazują, że w USA rozejście się blizny po cięciu cesarskim występuje u <1% pacjentek po porodzie drogą pochwową. W grupie 8899 kobiet po cięciu cesarskim, które Enkin objął analiza, 79,9 % urodziło drogami natury, 20,1 % za pomocą cięcia. Mimo tych danych, odsetek kobiet rodzących drogą pochwową po cięciu cesarskim wynosił w USA w 1993 jednak nadal tylko 25,4 % [1, 2].

Analiza częstości cięć cesarskich w latach 1979-1999 w Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim, wykazała prawie trzykrotny wzrost liczby cięć (1,64% ogółu rodzących; >1,8 razy niż w 1979r.), w którym znaczącą rolę odegrało wskazanie: „stan po przebytych cięciach cesarskich” [3]. Należy podkreślić, że w 2000r. po raz pierwszy pojawiło się nowe wskazanie: prośba pacjentki o operacyjne ukończenie porodu (0,25%). Stan po cięciu cesarskim, jako wskazanie do kolejnego, od 1985 r. występowało rzadziej. Częstość tego wskazania do 2000r. spadła dwukrotnie [4].

W latach 1970-93 liczba porodów drogami natury po cięciu cesarskim wzrosła.

W 1996 r. 28% kobiet, z cięciem cesarskim w wywiadzie, urodziło drogą pochwową (50% wzrost od 1989 r.).

W Polsce w latach 1966-75 odsetek porodów drogami natury po cięciu cesarskim wynosił 47,4%, ale w latach 1986-96 już tylko 21,7%. Niektóre źródła podają, że w ostatnich latach, stan po cięciu cesarskim stał się na świecie jednym z najczęstszych wskazań do kolejnego cięcia (do 94% w Norwegii).

W Polsce elektywne powtórne, cięcia cesarskie stanowi około 1/3 tych zabiegów. Stan po cięciu cesarskim stanowił w 2002 roku 35% wskazań do cięcia cesarskiego i było to wskazanie najczęstsze (np. brak postępu porodu – 30%, położenie miednicowe – 12%). Według Szachułowicza, który dokonał analizy sposobu porodu w grupie 262 pacjentek w latach 1993-95, najczęstszym wskazaniem do wykonania elektywnego cięcia cesarskiego były choroby matki oraz pogarszanie się parametrów u płodu. Natomiast brak postępu porodu był wskazaniem do cięcia cesarskiego po podjęciu próby porodu drogą pochwową. U 27% pacjentek wskazania do kolejnego cięcia cesarskiego pokrywały się ze wskazaniami do pierwszej operacji [5, 6].

Co zatem przemawia przeciw, a co za porodem drogami i siłami natury po przebytych cięciach cesarskich?

Przeciwnicy twierdzą, że poród drogą pochwową po cięciu cesarskim jest bardziej ryzykowny. W doniesieniu Yetmana i Nolana z Wirginii czytamy, że próbę porodu drogami i siłami natury podjęto w 42% przypadków kobiet po cięciu cesarskim. Śmiertelność noworodków w tym badaniu wyniosła 9/1000, ale trudno jest bezpośrednio przypisać te zgony próbie porodu drogą pochwową.

Chazotte i Cohen z Nowego Yorku donoszą, że pęknięcie macicy i łożysko przodujące oraz łożysko przyrośnięte z towarzyszącym krwawieniem były głównymi przyczynami śmiertelności i poważnych powikłań w porodach drogą pochwową po cięciu cesarskim.

W 1998 r. zaprezentowano pracę z Utah, w której podano, iż w latach 1990-96 w Salt Lake City odnotowano 26 pęknięć macicy, a 23% noworodków z porodów drogą pochwową po przebytych cięciach cesarskich zmarło lub doznało uszkodzeń w wyniku niedotlenienia okołoporodowego.

Jak wskazują przytoczone dane, poważnym problemem związanym z porodami drogami i siłami natury po przebytych cięciach cesarskich było pęknięcie macicy. Raporty z lat 90 sugerują, że pęknięcie macicy wystąpiło u 8/1000 kobiet, u których podjęto próbę porodu drogą pochwową po uprzednim cięciu cesarskim, wykonanym z cięcia poprzecznego macicy. Inni autorzy sugerują, że pęknięcie macicy wystąpiło tylko u 5/1000 kobiet, u których wykonano cięcie poprzeczne. Ryzyko pęknięcia macicy wydawało się wzrastać wraz z liczbą poprzednio wykonanych cięć cesarskich. Podawanie oksycyliny również może zwiększyć to ryzyko.

W metaanalizie 11 badań, obejmującej 39000 przypadków, Mozurkewitch i Hutton prześledzili wiele danych ze strony matki i płodu.

Oszacowano statystycznie znaczące wzrosty ryzyka pęknięcia macicy /iloraz szans -OR=2,1/, Apgar <7 w pierwszych 5min./OR=2,2/ i śmierci dziecka /OR=1,7/, związanej z porodem pochwowym po cięciu, w porównaniu z planowym, powtórnym cięciem cesarskim.

Z drugiej strony ci sami autorzy odnotowali znacząco niższe ryzyko matczynej gorączki/OR=0,7/, konieczności transfuzji/OR=0,6/ czy usunięcia macicy/OR=0,4/ [7]. Dane te pochodziły z obserwacji klinicznych, a nie z badań randomizowanych. Zwiększone ryzyko pęknięcia macicy nie powinno jednak dziwić. Wiadomo, że żadna tkanka gojąc się, nie stworzy blizny silnej jak tkanka przed przerwaniem jej ciągłości, pomimo naszych największych starań. Dlatego pęknięcie blizn po cięciach cesarskich w kolejnych ciążach, nie powinno być niespodzianką.

Z licznych badań retrospektywnych w wielu ośrodkach na świecie wynika, iż zagrożenie to, w porównaniu z ryzykiem rzędu 0,03-0,1% dla populacji wszystkich rodzących, w wybranej grupie po przebytych cięciach cesarskich kształtuje się następująco [6]:

- 4-9% – po cięciu klasycznym,
- 4-9% – po nacięciu mięśnia macicy w kształcie litery T,
- 1-7% – po pionowym nacięciu w dolnym odcinku,
- 0,2-1,5% – po poprzecznym nacięciu w dolnym odcinku.

Ryzyko to rosło do 1,8-2% po ≥ 2 poprzednich cięciach, oraz przy dodatkowych czynnikach ryzyka, jak: ciąża wielopłodowa, krótkie przerwy między kolejnymi ciążami (<18 miesięcy od poprzedniego cięcia), pooperacyjne ropienie rany. Okazało się również, że na częstość tego powikłania miało wpływ sposób zamknięcia rany.

I tak: przy szyciu jednowarstwowym ryzyko pęknięcia było największe i wynosiło 3,3%, przy podwójnej warstwie szwów 0,6%. Większe ryzyko występowało też przy mniejszej grubości dolnego odcinka mięśnia w okolicy po cięciu cesarskim w badaniu USG.

Nowoczesny sprzęt USG o wysokiej rozdzielczości umożliwia dokładne obrazowanie mięśnia macicy. Pomiar grubości dolnego odcinka w miejscu blizny po cięciu cesarskim coraz częściej ma wpływ na wybór sposobu rozwiązania, ale doniesienia w piśmiennictwie dotyczące tego zagadnienia są skąpe.

Poród drogą pochwową po cięciu cesarskim.

U 331 kobiet ocenianych w Katedrze i Klinice Położnictwa Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej w Warszawie, rozwiązywano ciążę cięciem cesarskim po ultrasonograficznej ocenie blizny w jej najcieńszym miejscu. Warunkiem był średnio wypełniony pęcherz moczowy (200-300ml – większa ilość moczu mogła go nadmiernie rozciągnąć dając pozorne zmniejszenie szerokości blizny). Ocenę przeprowadzano 0-4 dni przed porodem. Gdy obraz z sondy przezbrzuszej był niezadowalający uzupełniono go USG przezpochwowym.

Wyróżniono 4 grupy grubości:

- I. <2mm,
- II. 2-2,9mm,
- III. 3-3,9mm,
- IV. ≥4mm.

W śródoperacyjnej ocenie dolnego odcinka wyróżniono 3 grupy:

1. prawidłowy dolny odcinek,
2. papierowate ścieczenie, polegające na obecności bardzo cienkiej blizny,
3. pęknięcie mięśnia macicy.

Ryzyko pęknięcia wzrastało wraz ze zmniejszeniem szerokości blizny. Przy grubości <2mm, w 100% śródoperacyjnie stwierdzano nieprawidłowości dolnego odcinka.

Za bezpieczną graniczną szerokość dolnego odcinka w miejscu blizny przyjęto 3 mm. Rozenberg i wsp. w 1996 uznali za grupę niskiego ryzyka przypadki, w których grubość blizny była >3,5 mm i tylko u tych ciężarnych podejmowano próbę porodu drogami natury. Dolny odcinek jednakże, był mierzony w 36-38 tygodniu ciąży [8,9].

Zagrażające pęknięcie macicy zaczyna się zwykle niepoprawiającym się zapisem KTG, pod postacią zmiennych decelacji, przechodzących w późne, a następnie w bradykardię, aż do zaniku FHR. Rzadziej stwierdzamy: stały ból w miejscu blizny czy krwawienie z dróg rodnych z objawami hipowolemii. W całkowitym pęknięciu mięśnia macicy pojawiają się poważne zagrożenia dla życia matki i dziecka: zamartwica płodu, zwiększone ryzyko rozejścia lub pęknięcia macicy w kolejnej ciąży (<6%, jeśli pęknięcie było w dolnym odcinku, a <32%, jeśli objęło trzon), ryzyko okołoporodowego usunięcia macicy.

Skutkiem tych powikłań jest zalecenie, aby ciążę po pęknięciu macicy rozwiązywać planowym cięciem cesarskim, natychmiast po osiągnięciu przez płód dojrzałości do samodzielnego życia.

Za próbą porodu drogą pochwową po cięciu cesarskim przemawia [10, 11]:

- spadek częstości zachorowalności pooperacyjnej i poporodowej, powikłań anestezyjologicznych, zakażeń ran,
- szybszy powrót do zdrowia,
- krótszy okres pobytu i niższe koszty,
- korzystniejsze aspekty psychologiczne,
- wzrost częstości naturalnego karmienia,
- częstsze podejmowanie decyzji o następnych ciążach,
- rzadsza wtórna nieplodność.

W przeprowadzonej w USA metaanalizie, nie odnotowano znaczących różnic w liczbie pęknięć macicy czy okołoporodowej bądź matczynej śmiertelności. W kolejnej obszernej metaanalizie międzynarodowych badań z lat 1989-99 odnotowano wynoszącą 0,4% częstość pęknięć macicy związanych z porodem drogą pochwową (0,2% w przypadkach planowanych cięć).

Wskaźnik śmiertelności okołoporodowej noworodków wynosił 2/1000 w grupie po porodzie drogą pochwową, a 1/1000 w przypadkach powtórnych planowych cięć cesarskich. Mimo, że ryzyko pęknięcia macicy i śmierci okołoporodowej noworodka było większe podczas porodu drogą pochwową, to i tak było ono niskie, a planowe powtórne cięcie cesarskie nie eliminowało go w zupełności.

Stanowisko skrajne zajął O'Driscoll z Dublina, który u wszystkich rodzących po uprzednim cięciu cesarskim, podejmował próbę porodu drogami naturalnymi. Uważał on, że nie wykonując klasycznych cięć cesarskich, nie ma powodów do zaniechania próby porodu drogami natury [12].

Zdecydowana większość autorów prezentuje jednak poglądy mniej skrajne. Już w 1981 roku NIZ oraz ACOG zaczęły propagować ideę porodu siłami natury po przebytych cięciach cesarskich. Wg nich, próbę porodu siłami natury po poprzednio wykonanym cięciu cesarskim powinno się podjąć, gdy [6]:

1. U ciężarnej nie występują powtarzalne wskazania do cięcia cesarskiego, np. nieprawidłowa budowa kanału rodowego itp. oraz nie wystąpiły nowe, np. łożysko przoduujące.
2. Poprzednie cięcie było poprzeczne, w dolnym odcinku.
3. Pojedynczy płód w położeniu podłużnym główkowym.
4. Szacowana masa płodu <4000g,
5. Blizna w dolnym odcinku macicy, oceniana w USG>3,5mm,
6. Dostępna sala operacyjna i personel.
7. Pacjentka wyraża zgodę na ten sposób ukończenia ciąży.

Zakres opieki w ciąży u ciężarnej po przebytych cięciach cesarskich znacząco nie odbiega od przyjętych standardów. Dodatkowym elementem może być tylko ocena ultrasonograficzna blizny po uprzedniej operacji.

Kwalifikacja pacjentki po cięciu cesarskim do próby porodu drogami natury to najtrudniejszy element postępowania.

Ważna jest zgoda pacjentki na podjęcie takiej próby. (ACOG dopuszcza wykonanie cięcia cesarskiego na życzenie u pacjentki po przebytych cięciach cesarskich /1999 r./).

Taki poród wymaga szczególnego nadzoru. Zalecenia ACOG dotyczące porodu pacjentek po uprzednim cięciu cesarskim (1999) przedstawia tabela I [13].

Obecnie zaleca się stały nadzór kardiologiczny. Znieczulenie zewnątrzoponowe nie jest przeciwwskazane, gdyż tylko wyjątkowo maskuje objawy zagrażającego pęknięcia macicy.

Ustalono, że czynnikami wiążącymi się z niepowodzeniem porodu pochwowego po cięciu cesarskim są [6]:

- Wiek matki >30 lat.
- Masa ciała pacjentki >100kg.
- Masa dziecka >4000g.
- Indukcja porodu.
- Brak uprzedniego porodu drogami natury.
- Poród w ośrodku <III° referencyjności.
- Poprzednie cięcie cesarskie z powodu braku postępu porodu.

Niestety, jeżeli próba porodu siłami natury nie powiedzie się, to w porównaniu z elektywnym cięciem cesarskim, wzrasta ryzyko zakażenia zarówno u matki, jak i u płodu, rośnie też odsetek powikłań neurologicznych u noworodków, wzrasta zagrożenie okołoporodowym usunięciem macicy i odsetek jej pęknięć.

Tabela I. Zalecenia ACOG dotyczące porodu pacjentek po uprzednim cięciu cesarskim (1999) [13].

OKRES PORODU	Aktywność fizyczna rodzącej	Zastosowanie oksytocyny	Zastosowanie prostaglandyn	Ocena FHR	Znieczulenie zewnątrzoponowe	Ręczna kontrola blizny
I – FAZA UTAJONA/ WCZESNA FAZA AKTYWNA	Bez ograniczeń	Według wskazań	Według wskazań; (brak danych potwierdzających bezpieczeństwo)	----	-----	-----
I – FAZA AKTYWNA	Ograniczona	Według wskazań	Według wskazań	Min. co 15 minut	Wedle potrzeby (nieprzeciw-wskazane)	-----
II	-----	Według wskazań	Według wskazań	Min. co 5 minut	Wedle potrzeby	-----
III	-----	Według wskazań	Według wskazań	----	-----	Nie zalecana

Wedle najnowszych doniesień, zastosowanie oksytocyny nie zwiększa zagrożenia, choć były doniesienia wskazujące na takie ryzyko przy podawaniu dużych dawek leku. Podobnie sytuacja przedstawia się z naszyjkowym lub dopochwowym stosowaniem żelu zawierającego prostaglandyny. Większość bezobjawowych rozejść macicy goi się bez powikłań, toteż rutynowe kontrolowanie jamy macicy po porodzie nie jest zalecane [6].

Zdaniem Goeschena wzniecenie porodu przez wykonanie amniotomii i zastosowanie oksytocyny w dożylnym wlewie kroplowym nie prowadzi do wzrostu częstości pęknięcia macicy w bliźnie, pod warunkiem ścisłego nadzoru KTG. Jeżeli zachodzi konieczność wzniecenia porodu, należy uwzględnić przede wszystkim stopień dojrzałości szyjki.

Według Goeschena wzniecenie porodu przy dojrzałej szyjce macicy kończy się porodem drogami naturalnymi w ok.80%. Natomiast przy niedojrzałej szyjce, (>8 pkt. wg Bishopa) – z częstością <50%.

Według pracy prof. Palatyńskiego, z I Kliniki Instytutu Ginekologii i Położnictwa AM w Łodzi, szanse na sukces porodu drogami natury można ocenić stosując zmodyfikowany system punktowy. Weinstein i wsp. Może być on użyteczny klinicznie do przewidywania sukcesu przy próbie porodu drogami natury u pacjentek po przebytych cięciach. Jednak w badaniu przeprowadzonym przez Porębę i wsp. nie było zgodności pomiędzy prognozowaniem według skali Weinstein a opisaną przez nich metodą własną [14, 15, 16].

Wobec tych doniesień, przed planowanym wznieceniem porodu znajduje uzasadnienie stymulacja dojrzewania szyjki. W celu uniknięcia nadmiernej stymulacji czynności skurczowej macicy, Goeschen zaleca podanie 1 tabletki Fenoterolu (Partusisten) na 30min. przed zastosowaniem wewnątrzszyjkowym PGE2 w dawce 0,4-0,5mg w postaci żelu.

Zastosowanie oksytocyny w próbie prowadzenia porodu naturalnego po cięciu cesarskim może być uzasadnione. Lek należy podawać precyzyjnie, przy ciągłym monitorowaniu czynności skurczowej macicy oraz stanu płodu. Wczesna odpowiedź skurczowa macicy jest czynnikiem prognostycznie korzystnym i wskazuje na duże prawdopodobieństwo porodu naturalnego.

Jeśli jednak przy adekwatnej odpowiedzi, brak jest dostatecznego rozszerzenia kanału szyjki macicy, należy rozważyć wykonanie cięcia cesarskiego.

Wskazania do ponownego cięcia cesarskiego bez uprzedniej próby porodu drogami natury wg Goeschena są następujące [17]:

- nieprawidłowa budowa miednicy na podstawie pomiarów sprzężnej prawdziwej wykonanych przed poprzednią operacją,
- zniekształcona miednica (rozpoznanie potwierdzone RTG, np. po ciężkim urazie itd.)
- zagrażające pęknięcie mięśnia macicy w bliźnie,
- silny krwotok z dróg rodnych,
- objawy zagrożenia płodu wobec dużej niedojrzałości szyjki macicy,
- miednicowe położenie płodu.

Wytyczne SOGC z 2004r., za przeciwwskazania do porodu drogami natury uznają następujące czynniki [13]:

- uprzednie nacięcie macicy, klasyczne lub w kształcie kottwicy,
- przebyte wycięcie mięśniaka, sięgającego jamy macicy,
- przebyte pęknięcie macicy,
- przeciwwskazania do porodu drogą pochwową,
- odmowa ciężarnej przeprowadzenia próby porodu drogą pochwową.

Częstość porodów drogami natury po uprzednim cięciu cesarskim jest jednym z parametrów charakteryzujących jakość opieki położniczej w danym ośrodku. Obecnie uważa się, że we wszystkich sytuacjach, gdy brak przeciwwskazań, należy podjąć próbę porodu drogami natury. W ośrodkach z dużym doświadczeniem próbę porodu drogą pochwową po cięciu cesarskim podejmuje się w 82-87%, co daje dużą częstość porodów drogami natury wynoszącą 50-85%.

Większość kobiet po przebytych cięciach cesarskim z poprzecznym nacięciem w dolnym odcinku powinna być zachęcana do próby porodu siłami natury [11].

W porównaniu z planowym powtórny cięciem cesarskim, poród drogą pochwową związany jest z większym, choć bardzo niskim ryzykiem śmiertelności okołoporodowej noworodka.

Poród drogą pochwową po cięciu cesarskim.

KOMUNIKAT

Różnica jest mała, a potencjalne korzyści udanego porodu drogą pochwową są warte ryzyka. Może więc prawdą jest, że „poród drogą pochwową po cięciu cesarskim jest bezpieczniejszy niż się wydaje” [10, 11].

Wybór porodu drogą pochwową po cięciu cesarskim zależy od indywidualnej oceny potencjalnych czynników ryzyka i korzyści u każdej pacjentki.

Mimo, że planowe cięcie cesarskie może być najlepszym wyborem dla niektórych kobiet, aktualne piśmiennictwo w większości nie popiera powrotu do sztywnego, obowiązującego wszystkich podejścia „raz cięcie cesarskie zawsze cięcie cesarskie”. Porody drogami natury powinny odbywać się jednak na zasadzie wyboru, a nie obowiązku.

Piśmiennictwo

- Bręborowicz G.H, Słomko Z. Operacje położnicze. Cięża wysokiego ryzyka. 2006, 15, 302-306.
- Bręborowicz G.H. Poród po cięciu cesarskim. W: *Położnictwo i ginekologia*. 2005, t. 1, 386-388.
- Chrustowska A, Dębniak B, Makowski A, [i wsp.]. Ewolucja wskazań do cięcia cesarskiego w latach 1979-1999 w szpitalu wojewódzkim nr 2 w Gorzowie Wlkp. *Klin Perinat Ginekol*. 2002, 36, 69-71.
- Bręborowicz G.H, Mróz M. Ewolucja wskazań do cięcia cesarskiego pod koniec XX wieku. *Klin Perinat Ginekol*. 2002, 36, 328-334.
- Szachulowicz J, Karwan-Płońska A, Balcer A, [i wsp.]. Sposób ukończenia ciąży i porodu po przeżytym cięciu cesarskim. *Ginekol Pol*. 1999, 70, 588-592.
- Bednarowska A, Dębski R. Poród siłami natury po przeżytym cięciu cesarskim. *Ginekologia po Dyplomie*. 2002, 3, 23.
- Leyeno K, Socół M. Czy powinniśmy zmienić wskazania do porodu drogami i siłami natury u pacjentek po cięciu cesarskim? *Ginekologia po Dyplomie*. 2000, 7, 53-58.
- Mazurek-Kantor J, Osuch B, Sawicki W, [i wsp.]. Porównanie ultrasonograficznego pomiaru grubości dolnego odcinka macicy w miejscu bliższym do cięcia cesarskiego z oceną śródoperacyjną. *Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie*. 2006, t. 2, 191-197.
- Mazurek-Kantor J, Osuch B, Sawicki W, [i wsp.]. Przedporodowy ultrasonograficzny pomiar grubości dolnego odcinka macicy w bliższym do cięcia cesarskiego a wskazania do aktualnego cięcia. *Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie*. 2007, t.3, 46-49.
- Simpson L. Czy poród drogą pochwową po uprzednim cięciu cesarskim jest wart zachodu? *Ginekologia po Dyplomie*. 2005, 7, 79-82.
- Paszowski T, Dębski R. Cięcia cesarskie na życzenie. *Ginekologia po Dyplomie*. 2005, 3, 21-33.
- O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labor as an alternative to cesarean section of dystocia. *Obstet Gynecol*. 1984, 63, 485-490.
- Leszczyńska-Gorzela B, Oleszczuk J, Poniedziałek-Czajkowska E. *Poród po cięciu cesarskim. Rekomendacje postępowania w najczęstszych powikłaniach ciąży i porodu*. 2002, 27, 166-167.
- Palatyński A, Skoczylas P. Ocena przydatności systemu punktowego D. Weinsteina i współpracowników do przewidywania sukcesu próby porodu drogami natury u pacjentek po przeżytym cięciu cesarskim. *Ginekol Prakt*. 1999, 8, 24-28.
- Palatyński A, Skoczylas P. Przewidywanie sukcesu próby porodu drogami natury u pacjentek po przeżytym cięciu cesarskim - modyfikacja skali D. Weinsteina i współpracowników. *Ginekol Prakt*. 1999, 9, 12-14.
- Poreba R, Dudkiewicz D, Drygalski M, [i wsp.]. Poród po przeżytym cięciu cesarskim - porównanie prognozy porodu wg metody własnej i skali prognozy wg Weinsteina. *Ginekol Pol*. 2000, 71, 352-357.
- Behrens O, Goeschen K, Jakob H, [et al.]. Induced labor with prostaglandin E2 gel after previous cesarean section. *Geburtshilfe Frauenheild*. 1994, 54, 144-150. German.

Sekcja Ginekologii Operacyjnej PTG



Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Serdecznie zapraszają na
**Kursy Doskonalące – Warsztaty Operacyjne
dla ginekologów w roku 2010**

TERMINY:

12/01	Pochwowa Hysterektomia
18-19/01	Operacje Pochwowe – Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych
1-2/02	Operacje Pochwowe – Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych
3/03	Pochwowa Hysterektomia
22-23/03	Operacje Laparoskopowe w Ginekologii
13/04	Laparoskopowa i Pochwowa Hysterektomia
26-27/04	Operacje Pochwowe – Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych
11/05	Pochwowa Hysterektomia
24-25/05	Operacje Pochwowe – Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych
21-22/06	Operacje Laparoskopowe w Ginekologii
6-7/09	Operacje Pochwowe – Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych
28/09	Pochwowa Hysterektomia
11-12/10	Operacje Laparoskopowe w Ginekologii
26/10	Laparoskopowa i Pochwowa Hysterektomia
15-16/11	Operacje Pochwowe – Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych
23/11	Pochwowa Hysterektomia
6-7/12	Operacje Pochwowe – Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych

Pochwowa Hysterektomia:
12/01, 3/03, 11/05, 28/09, 23/11

Operacje Pochwowe – Zaburzenia Statyki Narządów Płciowych:
18-19/01, 1-2/02, 26-27/04, 24-25/05, 6-7/09, 15-16/11, 6-7/12

Operacje Laparoskopowe w Ginekologii:
22-23/03, 21-22/06, 11-12/10

Laparoskopowa i Pochwowa Hysterektomia:
13/04, 26/10

Szczegóły, cena, warunki na:

www.laparoskopia.org.pl

**Przewodniczący Sekcji Ginekologii Operacyjnej PTG
Kierownik Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej ICZMP**

prof. dr hab. n med. Andrzej Malinowski