

Klasifikácia cisárskych rezu podľa urgentnosti – medicínske a právne aspekty

E. Dosedla¹, K. Žiarová¹, L. Kalafusová², P. Calda³

¹Gynekologicko-pôrodnická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice-Šaca, a. s., 1. súkromná nemocnica, Slovenská republika

²Katedra občianskeho práva, Právnická fakulta, UPJŠ Košice, Slovenská republika

³Gynekologicko-pôrodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, Česká republika

Korešpondenčná adresa: MUDr. Erik Dosedla, Ph.D., MBA, Gynekologicko-pôrodnická klinika LF UPJŠ, Nemocnica Košice-Šaca, a. s., 1. súkromná nemocnica, Lúčna 57, 040 15 Košice-Šaca, Slovenská republika, tel.: +421 55 7234 202, e-mail: erik.dosedla@nemocnicasaca.sk

Publikováno: 28. 12. 2017 Přijato: 9. 11. 2017 Akceptováno: 18. 12. 2017
Actual Gyn 2017, 9, 28-33 ISSN 1803-9588 © 2017, Aprofema s.r.o.
Článek lze stáhnout z www.actualgyn.com



Citujte tento článek jako: Dosedla E, Žiarová K, Kalafusová L, Calda P. Klasifikácia cisárskych rezu podľa urgentnosti – medicínske a právne aspekty. Actual Gyn. 2017;9:28-33

CLASSIFICATION OF CAESAREAN SECTIONS BY URGENCY – MEDICAL AND LEGAL ASPECTS

Review article

Abstract

In modern obstetrics there is a number of indications that require sudden termination of pregnancy. Urgency of caesarean section depends on the prompt decision to perform caesarean section in keeping with the capabilities of the institution. It is acknowledged that the traditional classification of caesarean section into 'elective' and 'emergency' is of limited value for data collection and audit of obstetric and anaesthetic outcomes. This is because the spectrum of urgency that occurs in obstetrics is lost within a single 'emergency' category.

Understanding the topic of urgent caesarean sections is also very important for forensic reasons and in current Czech and Slovak literature there is no publication that deals with this issue. Legal aspects relating to this issue should help the obstetricians to provide obstetric care in keeping with actual legislation. Evidence-based medicine does not confirm exactly that the only one „lege artis“ procedure is an achievement of 30 minutes decision – delivery interval (DDI) and it is important to respect this fact in lawsuits.

The purpose of this article was to offer comprehensive overview of the urgency of caesarean section from the point of view of clinical medicine and medical law and to give recommendations to shorten decision – delivery interval.

Key words: urgency, caesarean section, decision - delivery interval, law, classification of caesarean sections

Přehledový článek

Abstrakt

V modernom pôrodníctve poznáme viacero indikácií, pri ktorých je potreba náhle ukončiť tehotnosť. Urgentné ukončenie tehotnosti závisí najmä od rýchlosti rozhodnutia vykonať cisársky rez a inštitucionálnej logistiky cisárskeho rezu. Z hľadiska zberu a spracovania údajov hodnotiacich pôrodnické, ale aj anesteziologické výsledky, je tradičná klasifikácia cisárskeho rezu na „elektívny“ a „urgentný“ obsolentná. Je to najmä preto, že spektrum naliehavosti, s ktorým sa stretávame v pôrodníctve, by bolo v rámci jedinej kategórie pre urgentnosť neprehľadné.

Otázka urgencie ukončenia tehotnosti je veľmi dôležitá aj z forenzných dôvodov, pričom v súčasnej českej a slovenskej odbornej literatúre nie je publikácia, ktorá by sa venovala práve tejto problematike. Právne aspekty týkajúce sa tejto problematiky by mali pôrodníkom pomôcť konať v súlade s platnou legislatívou. Vzhľadom k tomu, že medicína založená na dôkazoch jednoznačne nepotvrďuje, že len vykonanie cisárskeho rezu do 30 minút od indikácie je *lege artis* postupom, je dôležité, aby tento fakt bol rešpektovaný v súdnych sporoch.

Cieľom práce bolo podať ucelený pohľad na tému časovej naliehavosti ukončenia tehotnosti cisárskym rezom z hľadiska klinickej medicíny a medicínskeho práva, ako aj stanoviť odporúčania ako skrátiť interval indikácia - pôrod.

Kľúčové slová: urgentnosť, cisársky rez, interval indikácia – pôrod, právo, klasifikácia cisárskych rezov

Úvod

Cisársky rez je pravdepodobne jednou z najstarších operácií v histórii medicíny. Operácia bola pôvodne určená ako postup poslednej voľby na záchranu dieťaťa u mnohokrát už mŕtvej matky, pričom dnes ide o pomerne bezpečnú, často plánovanú operáciu. V modernom pôrodníctve je jednou z najčastejších indikácií na cisársky rez perinatálna hypoxia plodu, pri ktorej je potreba náhle ukončiť tehotnosť. Urgentné ukončenie tehotnosti závisí najmä od rýchlosti rozhodnutia vykonať cisársky rez a inštitucionálnej logistiky cisárskeho rezu. Otázka urgencie ukončenia tehotnosti je veľmi dôležitá aj z forenzných dôvodov, pričom v súčasnej českej a slovenskej odbornej literatúre nie je publikácia, ktorá by sa venovala práve tejto problematike.

V súčasnosti vieme, že tradičná klasifikácia cisárskeho rezu na „elektívny“ a „urgentný“ je obsolentná z hľadiska zberu a spracovania údajov hodnotiacich pôrodnice, ale aj anestéziologické výsledky. Je to najmä preto, že spektrum naliehavosti, s ktorým sa stretávame v pôrodníctve, by bolo v rámci jedinej kategórie pre urgentnosť neprehľadné. Z týchto dôvodov vydala v roku 1989 Americká gynekologicko-pôrodnická spoločnosť (ACOG) pre pôrodnické pracoviská odporúčanie, aby vedeli zabezpečiť vykonať cisársky rez do 30 minút od indikácie (1).

Čo je interval indikácia – pôrod?

Časový úsek medzi rozhodnutím o ukončení tehotnosti cisárskym rezom a pôrodom dieťaťa sa označuje ako interval indikácia - pôrod (decision delivery interval – DDI). Niekedy sa stretávame s termínom interval indikácia - incízia, ktorý však neoznačuje rovnaké časové obdobie ako interval indikácia - pôrod.

Pravidlo „30 minút“ pre interval indikácia - pôrod má svoj pôvod v odporúčaných postupoch pre perinatálnu starostlivosť, ktoré vydala Americká pediatrická spoločnosť (AAP) a Americká gynekologicko-pôrodnická spoločnosť (ACOG) (2). Gynekologicko-pôrodnický výbor Americkej spoločnosti pre rizikový manažment v zdravotníckej starostlivosti (ASHRM) neobmedzuje pojem na časový limit, ale poukazuje na závislosť od inštitucionálnej spôsobilosti poskytovania pôrodnickej starostlivosti, a teda urgentný cisársky rez má byť vykonaný najrýchlejšie ako je možné v súlade so schopnosťami a možnosťami danej inštitúcie (3). V súčasnosti neexistuje žiadny všeobecný konsenzus prijateľného intervalu indikácia – pôrod na vykonanie urgentného cisárskeho rezu (4). Väčšina pôrodníc by mala mať za cieľ zlepšiť výsledky urgentných cisárskych rezov použitím princípov zdravého rozumu erudovaného pôrodnického tímu.

Význam intervalu indikácia – pôrod

Interval indikácia - pôrod sa vzťahuje na časový úsek „30 minút“, ktorý je relevantný pre analýzu kritického správania v podmienkach vznikajúcich pri abnormalitách srdcovej frekvencie plodu, alebo akýchkoľvek akútnych maternálnych komplikáciách. Takýto prístup by však v situáciách, kedy je evidentná hypoxia plodu, znamenal zanedbanie zdravotnej starostlivosti. Už od vzniku pravidla „30 minút“ bolo spochybnené univerzálne použitie 30minútového intervalu medzi indikáciou a pôrodom vo všetkých prípadoch akútnych cisárskych rezov vzhľadom na jeho potencionálny negatívny vplyv na výsledok stavu novorodenca. Je zrejme, že pri fetálnom distrese má byť interval indikácia – pôrod (DDI) čo najkratší, a akékoľvek úmyselné čakanie je nevhodné.

Idea bezpečného pôrodnického manažmentu začína princípom „včasnej predikcie možného poškodenia“, ktorý bol prvýkrát predstavený už v roku 1916. Tento koncept je zakomponovaný aj v právnom systéme Spojených štátov amerických a slúži ako predloha pre lekársko-právne spory (5). V mnohých krajinách sveta, nevynímajúc európske štáty, je v súčasnosti súdne konanie pre zanedbanie zdravotnej starostlivosti neodvratným aspektom v pôrodnickej praxi bez ohľadu na kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Každý lekár v Českej republike i na Slovensku má zo zákona prevenčnú povinnosť, na základe ktorej musí v konkrétnej situácii stanoviť hroziace riziká pre matku a plod a následne správny čas na ukončenie tehotnosti. Preto by mali byť stanovené postupy v manažmente urgentných sekcií použitím princípu včasnej predikcie možného poškodenia plodu (najčastejšie hypoxiou), ktorý vychádza z EBM (Evidence - based medicine) – na dôkazoch založenej medicíny.

Faktory ovplyvňujúce interval indikácia – pôrod

Pôrodnická prax poukazuje na nutnosť vyvinutia takých postupov, ktoré budú viesť k minimalizácii trvania intervalu indikácia – pôrod, a to jednak z dôvodov zlepšenia fetálnych a maternálnych výsledkov, a jednak z forenzných dôvodov. Preto bolo Americkou gynekologicko-pôrodnickou spoločnosťou (ACOG) navrhnuté a odporúčané štandardné pravidlo „30 minút“ pre interval indikácia – pôrod. Najčastejšie príčiny predlžovania intervalu indikácia – pôrod sú nasledovné:

1. *Manažment a prevoz rodičky na operačnú sálu.* Dosiahnutie časového intervalu 30 minút od indikácie po pôrod plodu si vyžaduje predovšetkým výborný tímový manažment v danej situácii. Samozrejmosťou by mala byť 24hodinová dostupnosť zdravotníckeho tímu pozostáva-

júceho z pôrodníkov, pôrodných asistentiek, anesteziológov, pediatrov/neonatólogov, kompletného personálu na operačných sálach a v neposlednom rade adekvátne materiálne-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia. Interval indikácia - pôrod možno významne skrátiť minimalizáciou prestojov, ktoré vznikajú najmä pri prevoze pacienta na operačnú sálu a pri začiatku anestézie. V mnohých nemocničných zariadeniach je operačná sála situovaná v rámci pôrodných oddelení, resp. pôrodných sál, čo je veľmi dôležitý prvok v celom manažmente realizácie cisárskych rezov. Hillemanns vo svojej 10ročnej štúdií dokázal, že akútne cisárske rezy, ktoré boli vykonané na operačných sálach umiestnených priamo na pôrodniciach, viedli k skráteniu DDI intervalu, mali neporovnateľne lepšie perinatálne výsledky a menej perioperačných maternálnych i fetálnych komplikácií. Časové straty a predĺženie DDI intervalu sú najčastejšie asociované s prevozom pacientky na operačnú sálu (6).

2. *Dezinfekcia operačného poľa.* Čas strávený pri dezinfekcii a rúškovaní operačného poľa má byť redukovaný aj za pomoci použitia širokospektrálnej antibiotickej profylaxie, čo je už v súčasnosti bežnou praxou (6,7).

3. *Katetrizácia močového mechúra.* Otázkou stále zostáva rutinná inzercia Foleyovho katétra do močového mechúra, ktorá v časovej tiesni a stresových situáciách môže byť veľmi ťažkopádna a existujú štúdie, ktoré poukazujú nato, že ak nie je použitý, vzniká pri opatrnej operačnej technike len minimálna intraoperačná morbidita (8). Avšak, vynechanie uretrálnej katetrizácie zhoršuje priebeh cisárskeho rezu u žien po predchádzajúcom cisárskom reze, kde je vyššia pravdepodobnosť adhézií a anatomických zmien orgánov malej panvy (9).

4. *Interval incízia – pôrod.* Ďalším krokom vedúcim k skráteniu intervalu DDI je skrátenie intervalu medzi abdominálnou incíziou a vybavením plodu. Tento časový úsek nemá byť zdržiavaný ošetrovaním drobného krvácania a poranenia močového mechúra, ktoré môže byť ošetrené neskôr, teda po porodení plodu.

5. *Praktické skúsenosti pôrodníka.* Pochopiteľne, dlhoročná prax a skúsenosti pôrodníka spolu so špecializovaným podporným tímom prispieva pozitívne na dosiahnutie odporúčaného 30 minútového pravidla. Kolas vo svojej štúdií realizovanej v Nórsku dokázal, že viacročná prax pôrodníka bola významným prediktorom v dodržaní pravidla 30 minút (10).

6. *Informovaný súhlas s cisárskym rezom.* Zásadnú úlohu zohráva aj informovanie rodičky v prenatálnom období o prípadnej možnosti ukončenia pôrodu cisárskym rezom a podpísanie informovaného súhlasu rodičkou v dostatočnom predstihu, čím sa získa v urgentnej situácii niekoľko minút a zabráni sa zbytočnej strate času.

7. *Včasný rozpoznávanie rizika pre matku a plod.* Napriek všetkým zmienam faktorom ovplyvňujúcim dĺžku intervalu indikácia – pôrod, včasný rozpoznávanie distresu plodu a iných pôrodných núdzových stavov zohráva kľúčovú úlohu pri manažmente pôrodu a jeho eventuálneho ukončenia cisárskym rezom. Odporúčania Americkej gynekologicko-pôrodnickej spoločnosti o 30minútovom intervale DDI nezohľadňujú samotnú indikáciu ani postupy pred indikáciou cisárskeho rezu. Pojednávajú len o tom, aké majú byť postupy ak bol cisársky rez už indikovaný (2). Na začiatku celého algoritmu stojí diagnostika možných komplikácií a zhodnotenie stavu matky, plodu a celej urgentnej

pôrodnickej situácie. Navzdory tomu, že existuje niekoľko možností a techník fetálneho monitoringu, nie je žiadna štandardná metóda využívaná pre hodnotenie srdcovej frekvencie plodu. Intrapartálny kontinuálny elektronický monitoring plodu má podľa dostupných súhrnných štúdií pomerne nízku senzitivitu a špecificitu. Intermitentný monitoring srdcových ozív plodu je podľa Cochrane Review 2015 dostatočný pri intrapartálnom monitoringu plodu (11). Z analýzy Cochrane Review 2015, ktorá porovnávala použitie tradičného CTG vs. žiadne CTG na potenciálne preventabilné intrapartálne úmrtia vyplýva, že CTG signifikantne neznižuje perinatálnu mortalitu, a to nezávisle na rizikosti pôrodu (RR 2,06; 95% CI 0,95 – 4,42; n = 1627). Vo všeobecnosti sa za akútny distres plodu pokladá prítomnosť náhle, rapidnej a pretrvávajúcej decelerácie (bradykardie) ozív srdca plodu, nereagujúcej na liečebné opatrenia a parciálnu tokolýzu. Katz a kol. v retrospektívnej štúdií analyzoval perinatálne výsledky u niekoľkých prípadov závažnej hypoxie plodu, ktorá nastala pre náhle srdcové zlyhanie tehotnej (12). Z ich štúdie vyplýva, že pre záchranu života novorodenca je ideálny interval indikácia – pôrod menej ako 5 minút, pričom viac ako 15 minútový DDI prežilo minimum novorodencov. Z výsledkov tejto štúdie by sme mohli usudzovať, že v prípade emergentných cisárskych rezov, kedy príčinou sú situácie, vyžadujúce okamžitú bezodkladnú intervenciu, môže byť jednoznačne prínosné znížiť interval DDI na 5 minút.

Navrhnuté postupy a odporúčania smerujúce k minimalizovaniu intervalu indikácia – pôrod

1. Správna komunikácia medzi jednotlivými zdravotníkmi pracovníkmi a minimalizovanie času prevozu pacientky na operačné sály. V ideálnom prípade vykonávať cisársky rez na operačných sálach umiestnených priamo na pôrodniciach.
2. Rýchla dezinfekcia operačného poľa s použitím antibiotickej profylaxie.
3. Selektovať pacientky podľa nutnosti katetrizácie močového mechúra.
4. Nepredlžovať interval incízia – pôrod ošetrovaním drobného krvácania.
5. Ak to personálne vybavenie operačného tímu umožňuje, operovať by mal pôrodník s najlepšimi schopnosťami a zručnosťou (dĺžkou praxe).
6. Informovanie rodičky v prenatálnom období o prípadnej možnosti ukončenia pôrodu cisárskym rezom a podpísanie informovaného súhlasu rodičkou v dostatočnom predstihu.
7. Včasný rozpoznávanie distresu plodu použitím dostupných vyšetrení.

Klasifikácia cisárskych rezov z hľadiska urgentnosti

Pravidlo „30 minút“ nie je aplikovateľné vo všetkých prípadoch cisárskych rezov, pretože v súčasnej praxi je viac ako polovica cisárskych rezov elektívna a na druhej strane, v pôrodničtve sú stavy, ako hypoxia plodu, masívne krvácanie a iné, ktoré vyžadujú okamžité vykonanie cisárskeho rezu. Z toho vyplýva, že pri manažmente cisárskych rezov je podstatné hľadisko naliehavosti. Odhládnuv od toho, pravidlo „30 minút“ sa využíva v mnohých krajinách sveta a má svoj nezanedbateľný význam. Východiskom sa ukazuje byť komplexná klasifikácia cisárskych rezov z hľadiska naliehavosti a presné definovanie

cisárskych rezov, čo by mohlo byť podkladom pre odporúčania uľahčujúce pôrodníkom, anesteziológom, zdravotným sestram a celému pôrodníckemu a operačnému tímu optimálne konanie s cieľom dosiahnuť čo najlepšie perinatálne výsledky (u dieťaťa aj matky). Lucas v roku 2000 navrhol klasifikáciu založenú na závažnosti fetálnej a/alebo maternálnej situácie (13).

I. „Emergentný“ - Naliehavý (bezodkladný) cisársky rez. Cisársky rez je vykonávaný v situáciách, ktoré sú náhle, extrémne, život ohrozujúce pre matku alebo plod. Cisársky rez má byť vykonaný okamžite, bezodkladne. Napríklad akútna abrupcia placenty, prolaps pupočníka, placenta praevia s masívnym krvácaním, bradykardia plodu (úprava frekvencie srdca sa nedostaví ani po 10 minútach), zlyhanie operačného vaginálneho pôrodu s fetálnym distresom.

II. „Urgentný“ - Nevyhnutný cisársky rez. Cisársky rez nie je indikovaný v náhle život ohrozujúcej situácii, ale existuje vysoké riziko (fetálne, alebo maternálne), napríklad abnormálna srdcová frekvencia plodu (nie akútne vzniknutá), zlyhanie operačného vaginálneho pôrodu bez distresu plodu, stav po dvoch cisárskych rezoch s kontrakčnou činnosťou v behu.

III. Plánovaný cisársky rez, vykonaný pred určeným termínom. Cisársky rez je plánovaný na určitý termín, ale situácia vyžaduje skoršiu intervenciu, pričom nie je bezprostredne hroziace fetálne, alebo maternálne riziko.

IV. Plánovaný cisársky rez vykonaný v stanovenom termíne. Cisársky rez je vykonaný vo vopred naplánovanom termíne vyhovujúcom pacientke i lekárovi.

Kráľovskou spoločnosťou gynekológov a pôrodníkov (RCOG) bola podobne navrhnutá klasifikácia cisárskych rezov z hľadiska naliehavosti s prihliadnutím na kontinuum rizika (14). Táto klasifikácia vychádza z Lucasovej klasifikácie (4 typy cisárskych rezov podľa naliehavosti), ale zdôrazňuje, že v každej kategórii môže stupeň rizika v individuálnom prípade variovať. Táto odchýlka v stupni rizika si vyžaduje individuálny prístup od prípadu k prípadu pri rozhodovaní o konkrétnom intervale indikácia – pôrod. Klasifikácia zohľadňuje stupeň naliehavosti podľa prítomnosti/nepřítomnosti ohrozenia plodu alebo matky (**Tab. 1**).

Vplyv intervalu indikácia – pôrod na perinatálne výsledky

V poslednom desaťročí bolo vykonaných niekoľko štúdií, ktoré boli zamerané na DDI interval a perinatálne výsledky. Väčšina štúdií bola vykonaná v nemocniciach rozvinutých krajín, menej z rozvojových krajín, čo je vysvetliteľné tým,

že promptný cisársky rez s krátkym DDI intervalom je možný len v nemocniciach, ktoré sú na to dostatočne vybavené priestorovo, materiálno-technicky a samozrejme personálne.

Národná zdravotná služba (NHS) v Anglicku vykonávala štúdiu zameranú na rozbor intervalov indikácia – pôrod v prípadoch non-elektívnych cisárskych rezov (15). Z výsledkov tejto štúdie vyplýva, že 60 % detí bolo narodených do 30 minút od indikácie, 88 % do 40 minút a 0,4 % do 50 minút od indikácie. Je zaujímavé, že nebol žiadny signifikantný rozdiel v potrebe intenzívnej starostlivosti na novorodeneckej jednotke intenzívnej starostlivosti (JIS) u detí narodených v rôznych časových intervaloch DDI. Štúdia ukázala, že 30minútový interval DDI nebol dôležitým prediktorom nutnosti hospitalizácie novorodencov na JIS, ale navzdory tomu, len 8 % detí s intervalom DDI menej ako 30 minút vyžadovalo intenzívnu starostlivosť.

Sayegh a kol. hodnotili dĺžku intervalu DDI v prípadoch všetkých cisárskych rezov (16). V skupine emergentných a urgentných cisárskych rezov bol DDI 39,5 minúty. V skupine non-emergentných a elektívnych cisárskych rezov bol DDI 55,9 minúty. Hlavnými dôvodmi pre predĺžovanie intervalu indikácia – pôrod boli časové straty vzniknuté na podklade prevozu pacienta na operačnú sálu, nedostatočnej a nepochopenej komunikácii na úrovni pôrodník – anesteziológ.

Multicentrická štúdia realizovaná na Národnou zdravotnou službou (NHS) v Anglicku a Walese (17) mala za úlohu určiť, či DDI interval v prípadoch non-elektívnych cisárskych rezov bol kritickým faktorom ovplyvňujúcim neonatálne a maternálne výsledky. Medzi novorodencami narodenými medzi 15 – 75minútovom DDI nebol rozdiel v neonatálnych výsledkoch. Po 75 minútach bol u novorodencov signifikantne vyšší výskyt nižšieho Apgarovej skóre v 5. minúte (menej ako 7) a 50 % novorodencov bolo nutné hospitalizovať na JIS.

Chauhan a kol. v dvojročnej retrospektívnej štúdií non-elektívnych cisárskych rezov uvádzajú, že interval DDI do 30 minút je ideálnym preventívnym opatrením v akútnom fetálnom distrese, ktoré aj odporúčajú, aj keď neúspech pri dosiahnutí tohto cieľa nie je asociovaný s podstatným zhoršením perinatálnych výsledkov (18).

Korhonen a kol. vypracoval prospektívnu štúdiu vo Fínsku o naliehavých cisárskych rezoch, kde porovnáva perinatálnu morbiditu a mortalitu v súvislosti so spôsobom prevádzky ústavnej pohotovosti (19). Zlé novorodenecké výsledky boli evidentné keď bol zdravotnícky personál len „na telefóne“ – mimo zdravotníckeho zariadenia. Autori

Tab. 1 Klasifikácia naliehavosti cisárskych rezov podľa odporúčaní RCOG

NALIEHAVOSŤ	DEFINÍCIA	KATEGÓRIA
Maternálne alebo fetálne ohrozenie	Náhle, extrémne, život ohrozujúce situácie pre matku alebo plod	I.
	Život ohrozujúce (pre matku/plod) situácie ale, nie okamžité	II.
Bez maternálneho/fetálneho ohrozenia	Situácia vyžaduje skoršiu intervenciu	III.
	Vopred naplánovaný termín sekcie vyhovujúci pacientke i lekárovi	IV.

tejto štúdie navrhujú, aby malo každé klinické pracovisko nepretržite dostupný kompletný zdravotnícky personál. Jednotlivé štúdie sa však vo svojich výsledkoch nezhodujú, preto zatiaľ nie je možné určiť štandardný, univerzálny postup. Väčšina štúdií ale súhlasí so štandardným používaním pravidiel 30 minút pre DDI interval, ale tiež konštatuje, že pravidlo 30 minút nie je vždy dosiahnuteľné v rutinnej klinickej praxi. Interval viac ako 30 minút nemá podstatný efekt na novorodenca, ale existuje niekoľko prediktorov pre vykonanie cisárskeho rezu urgentne, kedy sa DDI interval stáva kritickým faktorom a každá strata času môže mať za následok nepriaznivé fetálne a materské výsledky.

Právne aspekty pri cisárskom reze

K tomu, aby bola zdravotná starostlivosť poskytovaná v súlade so zákonom, je potrebné, aby sa pri jej poskytovaní postupovalo lege artis, t. j. v súlade s aktuálnymi poznatkami lekárskej vedy a možnosťami dostupných metód, ale súčasne musí byť k poskytovanej zdravotnej starostlivosti udelený pacientov súhlas (20). Na Slovensku, ako aj v Čechách je základná právna úprava informovaného súhlasu zakotvená v Dohovore o ľudských právach a biomedicíne (ďalej len „Dohovor“), konkrétne v jeho článku 5, ktorý hovorí:

„Zásah v oblasti zdravia sa môže vykonať iba vtedy, ak osoba, ktorej sa týka, bola informovaná a so zásahom vyjadřila súhlas. Pred zákrokom musí byť osoba primerane informovaná o jeho účele a povahe, ako aj o následkoch a rizikách zákroku. Príslušná osoba môže svoj súhlas kedykoľvek slobodne zrušiť“ (21).

Z Dohovoru tak vyplýva okrem povinnosti lekára, resp. zdravotníckeho pracovníka vyžiadať si vopred súhlas pacienta so zákrokom aj povinnosť informačná, poučovacia, ktorá informovanému súhlasu predchádza, preto sa takýto súhlas nazýva informovaným.

Detailná úprava informovaného súhlasu ako aj poučovacej povinnosti je obsiahnutá v zákonoch Českej a Slovenskej republiky. V Čechách je to konkrétne zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotných službách a podmínkach jejich poskytovaní (ďalej len „zákon o zdravotných službách“) a na Slovensku zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnej starostlivosti“).

Z hľadiska urgentnosti cisárskeho rezu je dôležité získať informovaný súhlas s eventuálnym ukončením tehotnosti včas, aby nedochádzalo v akútnej situácii k časovému zdržaniu. Z toho dôvodu je dôležité získať informovaný súhlas s pôrodom včas a mimo kontrakčnej činnosti. V Čechách a na Slovensku je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti poskytnutý pacientke formulár informovaného súhlasu pri prvej prenatalnej poradni v pôrodnici (zväčša v 36. týždni tehotenstva) a obsahuje okrem iného aj súhlas pacientky s prirodzeným pôrodom a eventuálne aj s cisárskym rezom ak si to bude komplikovaný priebeh pôrodu vyžadovať. Tento fakt je veľmi dôležitý najmä pri programovaných pôdoch a indukciách pôrodu, keďže zákon o zdravotnej starostlivosti hovorí, že informovaný súhlas sa požaduje v písomnej forme aj pri zmene liečebného postupu, ktorý nebol obsahom predošlého informovaného súhlasu. Ak pacientka udelí v týchto prípadoch informovaný súhlas, vyrieši sa tým situácia ak bude ne-

vyhnutné ukončiť pôrod cisárskym rezom z akútnej indikácie pre vitálnu indikáciu z maternálnej alebo fetálnej indikácie a to s využitím § 6 ods. 9 zákona o zdravotnej starostlivosti, podľa ktorého sa informovaný súhlas nevyžaduje v prípade neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ak nemožno včas získať informovaný súhlas, ale ho možno predpokladať. V danej situácii možno rozumne predpokladať, že pacientka by súhlasila s takýmto výkonom na záchranu svojho života, alebo života plodu (22).

Obdobnú právnu úpravu ako v § 6 ods. 9 zákona o zdravotnej starostlivosti možno v Čechách nájsť v § 38 zákona o zdravotných službách, v zmysle ktorej je pacientovi možné poskytnúť neodkladnú starostlivosť bez jeho súhlasu a to v prípade, že jeho zdravotný stav mu neumožňuje vysloviť súhlas, čím nie je dotknuté skôr vyslovené pranie podľa § 36 (23). Ide o výnimku kedy je poskytnutie neodkladnej starostlivosti nevyhnutne za účelom záchrany života alebo zamedzenia vážneho poškodenia zdravia, pod čo možno subsumovať aj akútny cisársky rez. Na základe uvedeného máme za to, že v rámci vytvárania pôrodného plánu je vyžiadanie písomného informovaného súhlasu okolo 36. týždňa tehotenstva s urgentným cisárskym rezom postupom, ktorý rešpektuje a uznáva integritu rodičky a zároveň chráni poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pred prípadnými, neželanými právnymi následkami konania, ktoré bolo postupom lege artis, avšak nebolo postupom zákonným.

Vzhľadom k tomu, že medicína založená na dôkazoch jednoznačne nepotvrďuje, že len vykonanie cisárskeho rezu do 30 minút od indikácie je lege artis postupom, je dôležité, aby tento fakt bol rešpektovaný v súdnych sporoch.

Záver

Konvenčná klasifikácia cisárskych rezov na elektívne a urgentné nie je pre moderné pôrodnictvo dostatočná, pretože z dlhoročnej praxe vyplýva, že niektoré neelektívne cisárske rezy sú „viac urgentné“ ako iné, a teda vyžadujú rozdielny prístup a manažment. Preto by si jednotlivé gynecologicko-pôrodnické pracoviská mali v záujme dosiahnutia čo najlepších maternálnych a fetálnych výsledkov cisárskych rezov osvojiť a uviesť do praxe Lucasovu klasifikáciu cisárskych rezov, ktorej princípom je presné rozdelenie cisárskych rezov do štyroch skupín na základe naliehavosti. Táto klasifikácia je jasná, praktická, spoľahlivá a je vhodným základom pre vypracovanie odporúčaných postupov v manažmente cisárskych rezov. Ďalším cieľom jednotlivých pracovísk by malo byť stanovenie takých postupov, ktoré by viedli k skráteniu intervalu DDI (indikácia – pôrod). Z viacerých štúdií vyplýva, že tento časový úsek býva zbytočne predlžovaný nedostatočnou komunikáciou medzi jednotlivými zdravotníckymi pracovníkmi a tímami. Preto všetci členovia multidisciplinárneho tímu musia byť oboznámení s potrebou cisárskeho rezu a čo je dôležité, so stupňom naliehavosti. Najdôležitejšia je jasná komunikácia, presné zadefinovanie úlohy každého člena tímu. Podstatným faktorom predlžujúcim interval DDI je prevoz rodičky na operačnú sálu, ktorý má byť v čo najkratšom čase, ideálne by bolo vytvoriť podmienky pre možnosť vykonať cisársky rez priamo na pôrodnici. Na vytváranie transportných koridorov je nevyhnutné myslieť už pri výstavbe pôrodnice. Okrem toho, by mali klinické pracoviská pre zrýchlenie celého procesu v rámci výučbového programu zväziť nácvik situácií emergentných cisárskych

rezov. Súčasťou úspešného manažmentu je najmä dostatočná erudícia lekárov a sestier včas rozpoznať možné riziko poškodenia plodu alebo matky, keďže správne a včasné určenie indikácie na ukončenie tehotnosti cisárskym rezom je esenciálne.

Literatúra

1. Standards of Obstetric-Gynaecologic Services. 7th ed. Washington, DC: ACOG; 1989. American College of Obstetricians and Gynaecologist; p. 39
2. Lagrew DC, Bush MC, McKeown AM, Lagrew NG. Emergent (crash) cesarean delivery: Indications and outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(6): 1638-1643
3. Gabbe Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies: Indications for Cesarean Delivery. 4th Ed. Churchill Livingstone, Inc., 2002: Chap 18(13):546
4. Veltman L, Grelyak A, Kradel EC. Risk Management Pearls for Obstetrics 2000. Chicago (IL): American Society of Healthcare Risk Management 2000
5. Phelan JP. Perinatal Risk Management: obstetric methods to prevent birth asphyxia. *Clinics of Perinatol.* 2005;32(1):1-17. online at MD Consult. Accessed on July 25 2007
6. Hillemanns P. Maternal and neonatal morbidity of emergency caesarean sections with a decision-to-delivery interval under 30 minutes: evidence from 10 years. *Arch Gynecol Obstet.* 2003;268(3):136-41
7. Dosedla, E, Calda, P. Can the final sonographic assessment of the cesarean section scar be predicted 6 weeks after the operation? *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2016 Oct;55(5):718-720
8. Senanayake H. Elective CD without urethral catheterization. *J Obstet Gynaecol Res.* 2005;31:32-37
9. Dosedla, E, Calda, P. Outcomes of Laparoscopic Treatment in Women with Cesarean Scar Syndrome. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research.* 2017;23:4061-4066
10. Kolas, et al. Predictions for the decision delivery interval for emergency sections in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2006;85(5):561-6
11. Grivell RM, Alfirevic Z, Gyte GM, Devane D. Antenatal cardiotocography for fetal assessment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Sep 12, doi: 10.1002/14651858.CD007863.pub4
12. Katz VL, Dotters DJ, Droegemueller W. Perimortem Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 1986;68(4): 571-6
13. Lucas DN, et al. Urgency of Cesarean Section: a New Classification. *J The Royal Society of Medicine.* 2000;93(7):346-50
14. Dupuis O, Sayegh I, Decullier E, Dupont C, Clément HJ, Berland M, et al. Red, orange and green caesarean sections: A new communication tool for on-call obstetricians. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;140(2):206–11
15. Tuffnel DJ. Interval between decision and delivery by cesarean section are current standards achievable? *BMJ.* 2001;322(7298):1330-3
16. Sayegh I, et al. Evaluating the decision to delivery interval in emergency caesarean sections. *European J Obstet Gynaecol and Reproductive Biology.* 2004;116(1):28-33
17. Thomas J. National cross-sectional survey to determine whether the decision to delivery interval is critical in emergency. *BMJ.* 2004;328(7441):665
18. Chauhan SP. Cesarean Section for Suspected Fetal Distress. Does the decision- delivery time make a difference? *J Reprod Med.* 1997;42(6):347-52
19. Korhonen J. Emergency Cesarean Section: the effect of delay on umbilical arterial gas balance and Apgar Scores. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994;73(10): 782-6
20. Těšínová J, Žďárek R, Polícar R. *Medicínské právo.* Praha: C.H. Beck, 2011, s. 36, ISBN 9788074000508
21. Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 40/2000 Z. z. o uzavretí Dohovoru o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny – Dohovor o ľudských právach a biomedicíne
22. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov
23. Zákon č. 372/2011 Sb. s. o zdravotných službách a podmímkach jejich poskytování

*Práca bola podporená grantom
MZ ČR – RVO VFN64165.*