

ANALIZA PORÓWNAWCZA WSKAZAŃ DO CIĘĆ CESARSKICH W LATACH 1980–1990 ORAZ 1993–2001 W WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM W KIELCACH

COMPARATIVE ANALYSIS OF INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION IN THE YEARS 1980–1990
AND 1993–2001 IN THE PROVINCIAL HOSPITAL IN KIELCE

Grzegorz Piasek¹, Patryk Radomski¹, Olga Adamczyk-Gruszka^{1, 2}, Michalina Maj¹,
Piotr Niziurski³

¹ Oddział Ginekologiczno-Położniczy Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach
Ordynator: lek. med. R. Rudziński

² Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Włodzimierz Baranowski

³ Zakład Profilaktyki w Ginekologii i Położnictwie, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Tomasz Soszka

STRESZCZENIE

Cel pracy. Analiza wskazań do cięć cesarskich wykonanych ze wskazań nagłych oraz elektrywnych w latach 1993–2001 oraz 1980–1990 w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach.

Material i metody. Porównano przebieg losowo wybranych porodów, które rozpoczęły się samoistnie w okresie od 1 stycznia 1993 do 30 września 2001 (grupa A) oraz od 01 stycznia 1980 do 31 grudnia 1990 (grupa B) w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach. Analizie poddano 2223 (grupy A i B) porody płodów pojedynczych, w położeniu podłużnym główkowym, żywych, donoszonych, o wiarygodnym wieku ciążowym powyżej 37 i poniżej 43 ukończonego tygodnia trwania ciąży.

Wyniki. Analizy statystycznej dokonano przy użyciu programu Statistica w wersji 8.0. Porównano częstość występowania wskazań do cięcia cesarskiego w grupie A (lata 1993–2001) oraz B (lata 1980–1990) za pomocą testu niezależności dwóch mierzonych wartości Chi2 Pearsona. Poziom istotności statystycznej przyjęto za $\alpha = 0,05$. Wynik testu Chi2 Pearsona ($\chi^2 = 26,1$, $p = 0,00000$, $df = 1$) potwierdził hipotezę (dla $\alpha = 0,05$), że wzrost liczby cięć cesarskich w latach 1993–2001 (grupa A), względem liczby cięć cesarskich wykonanych w latach 1980–1990 (grupa B), ma cechy znamienności statystycznej. W grupie A (1993–2001) wykonano 235 cięć cesarskich (CC), w grupie B (1980–1990) – 113 CC. Na bazie programu Statistica 8.0 wykonano analizę z wykorzystaniem testu porównawczego dwóch zaobserwowanych proporcji.

Omówienie. Zestawiono proporcje w częstości wystąpienia poszczególnych grup wskazań w grupie A (235 cięć cesarskich) i B (113 cięć cesarskich). Analiza miała na celu uwidocznienie znamienne statystycznie różnice ($p < 0,05$) w proporcjach występowania poszczególnych wskazań do cięcia cesarskiego. Test wyłonił decyzje elektrywne jako grupę wskazań, których liczba wzrosła najbardziej znacząco statystycznie ($p < 0,0000$) w latach 1993–2001 w porównaniu z latami 1980–1990.

Wnioski. Prawdopodobieństwo wystąpienia cięcia cesarskiego w latach 1993–2001 wzrosło niemal dwukrotnie (1,9) w porównaniu z latami 1980–1990. W latach 1993–2001 wykonywano statystycznie istotnie częściej ($p < 0,05$) cięcia ze wskazań elektrywnych w porównaniu z latami 1980–1990.

Słowa kluczowe: elektrywne cięcie cesarskie, cięcie cesarskie ze wskazań nagłych, wskazania do cięcia cesarskiego.

SUMMARY

Objective. Analysis of indications for cesarean sections made of emergency and elective indications in the years 1993–2001, and 1980–1990 in the Department of Gynaecology and Maternity District Hospital in Kielce.

Material and methods. The courses were randomly selected births that began spontaneously in the period from 01.01.1993 to 30.09.2001 (group A) and from 01.01.1980 to 31.12.1990 (group B) in the Department of Gynaecology and Maternity District Hospital in Kielce. 2223 cases were analyzed (group A + B) – single births of fetuses in a longitudinal position, alive, full-term, of a reliable gestational age above 37 and below 43 completed weeks gestation.

Results. Statistical analysis was based on the program Statistica, version 8.0. We compared the incidence of indications for cesarean section in group A (years 1993–2001) and B (years 1980–1990) with the test of independence for two measured values of the Pearson Chi2. The level of statistical significance was taken as $\alpha = 0.05$. Pearson Chi2 test score ($\chi^2 = 26.1$, $p = 0.00000$, $df = 1$) confirmed the hypothesis (for $\alpha = 0.05$) that the increase in the number of caesarean sections in the years 1993–2001 (group A), the number of caesarean sections performed in years 1980–1990 (group B), has the characteristics of statistical significance. In group A (1993–2001) there were performed 235 caesarean section (CC), in group B (1980–1990) – 113 CC. On the basis of the program Statistica 8.0 analysis was performed using the benchmark of two observed proportions. Proportions were summarized in the frequency of occurrence of individual groups of indications in group A (235 caesarean deliveries) and B (113 caesarean sections). The analysis was intended to highlight significant differences ($p < 0.05$) in the proportions of the different indications for cesarean section. Test elective decisions emerged, as a group of indications, which increased most significantly ($p < 0.0000$) in 1993–2001 compared to the years 1980–1990.

Conclusions. The likelihood of cesarean section in 1993–2001 has increased almost twice (1.9) compared with the year 1980–1990. In the years 1993–2001 caesarean sections were performed statistically significantly higher ($p < 0.05$) with elective indications in comparison with the year 1980–1990.

Key words: elective cesarean section, emergency cesarean section, indications for cesarean section.

WSTĘP

Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), odsetek cięć cesarskich nie powinien przekraczać 10–15% ogólnej liczby porodów [1]. W ostatnich trzydziestu latach obserwuje się znaczne rozszerzenie wskazań do cięcia cesarskiego oraz gwałtowny wzrost częstości jego wykonywania. Zgodnie z piśmiennictwem, odsetek cięć cesarskich na świecie w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku stanowił 5–13% [2, 3, 4, 5], w latach dziewięćdziesiątych 12,5–24,7% [6, 7, 8], a obecnie w granicach 20–30% [9, 10]. Są kraje, w których ta inwazyjna procedura medyczna przeprowadzana jest jeszcze częściej [1, 11, 12, 13, 14, 15]. W Polsce od 10 do 25% noworodków przychodzi na świat drogą cięcia cesarskiego. Dane te podlegają znacznemu zróżnicowaniu w zależności od stopnia referencyjności ośrodka położniczego, ale również od tego, czy jest jednostką finansowaną z nakładów publicznych, czy też prywatną.

Wśród przyczyn wzrostu częstości wykonywania cięcia cesarskiego wymienić należy m.in. zwracanie większej uwagi na stan urodzonego noworodka, wzrost liczby pacjentek z ciążą wysokiego ryzyka, rozpowszechnione stosowanie metod diagnostycznych (obrazowych, biofizycznych, biochemicznych oraz genetycznych), pozwalających przewidzieć ewentualny stan zagrożenia płodu. Niemalą grupę stanowią kobiety, które zaszły w ciążę po leczeniu niepłodności, lub których przeszłość położnicza obciążona jest niepowodzeniami. Zwrócić uwagę należy także na niejednokrotnie opacznie pojmowane przez pacjentki prawo do decydowania o sobie, a co za tym idzie coraz częściej wykonywane cięcie na tzw. życzenie/żądanie [15, 16, 17]. Współczesne kobiety prawo do bycia zdrowym identyfikują często z prawem do sprawowania wyłącznej kontroli nad własnym ciałem, w tym również w sferze prokreacji [17, 18]. Pozostaje to w sprzeczności z praktyką kliniczną opartą na faktach (EBM) oraz z zaleceniami Komisji Etyki Świato-

wego Zrzeszenia Ginekologów i Położników (FIGO), która obserwując niepokojący trend wydała w 1999 roku oświadczenie, że nie ma pewnych dowodów, że cięcie cesarskie wykonane bez wskazań medycznych, jest dla rodzącej korzystniejsze niż poród fizjologiczny [19].

Operacyjne ukończenie ciąży/porodu jest w wielu przypadkach procedurą ratującą zdrowie, a nawet życie matki i/lub płodu, ale będąc ze swej natury interwencją inwazyjną, zawsze łączy się z ryzykiem wystąpienia powikłań. Postęp medycyny (technika operacyjna, anestezjologia, antybiotykoterapia) przyczynił się do zwiększenia bezpieczeństwa zabiegu, jednak w dalszym ciągu zachorowalność matek po cięciu cesarskim jest niemal 10-krotnie (15–50%), a śmiertelność 7–9-krotnie większa niż po porodach siłami natury [20].

W piśmiennictwie spotkać można różne podziały wskazań do cięcia cesarskiego. Świadczy to o tym, że czynniki decydujące o tych wskazaniach podlegają ciągłej zmianie. Dominującymi wskazaniami medycznymi są: objawy zagrożenia płodu, nieprawidłowe położenie płodu, wady płodu, nieudana próba porodu po uprzednim cięciu cesarskim, łożysko przodujące, przedwczesne oddzielenie łożyska, niewspółmierność porodowa, brak postępu porodu oraz ciąża wielopłodowa. Współcześnie mówi się również o wskazaniach prewencyjnych (planowych, elektywnych, z wyboru), w których czynniki uniemożliwiające poród fizjologiczny są znane, lecz (w chwili podjęcia decyzji o sposobie rozwiązania) nie ma bezpośredniego zagrożenia życia/zdrowia matki i/lub dziecka. Istnieje także cała grupa wskazań pozapolożniczych (okulistyczne, kardiologiczne, ortopedyczne, psychiatryczne) [20, 21].

W województwie świętokrzyskim w latach 1993–2001 odbyło się 115 097 porodów. Liczba porodów spadła z 14 728 (w 1993 roku) do 11 859 (w 2001 roku). W badanym okresie odsetek cięć cesarskich wzrósł odpowiednio z 12% do 21%.

W niniejszej pracy analizie poddano wskazania do cięć cesarskich, wykonanych w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach, w okresie od 1 stycznia 1993 do 30 września 2001 roku (grupa A) oraz od 1 stycznia 1980 do 31 grudnia 1990 roku (grupa B). Ocena ta ma wykazać trend zmiany wskazań do cięcia cesarskiego w ciągu 18 lat pracy oddziału.

CEL PRACY

Analiza wskazań do cięć cesarskich wykonanych ze wskazań nagłych oraz elektywnych w latach 1993–2001 oraz 1980–1990 w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach.

MATERIAŁ I METODY

Porównano przebieg losowo wybranych porodów, które rozpoczęły się samoistnie w grupach A i B w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach. Analizie poddano 2223 (grupy A i B) porody płodów pojedynczych, w położeniu podłużnym główkowym, żywych, donoszonych, o wiarygodnym wieku ciążowym powyżej 37 i poniżej 43 ukończonego tygodnia trwania ciąży, obliczanego na podstawie prawidłowego ostatniego krwawienia miesięcznego. Z grupy badanej wykluczono pacjentki: z masą urodzeniową noworodka poniżej 2500 g lub wiekiem ciąży poniżej 37 tygodnia obliczonego wg reguły Naegellego oraz z ciążą mnogą.

Sposób porodu w poszczególnych grupach oraz wybrane cechy kliniczne pacjentek przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Analizie poddano wskazania do cięcia cesarskiego 235 przypadków z grupy A (lata 1993–2001) oraz 113 przypadków z grupy B (lata 1980–1990). Wskazania do cięcia cesarskiego podzielono na tzw. nagłe i elektywne. Cięcie elektywne (z wyboru) zdefiniowano jako cięcie prewencyjne/profilaktyczne, chroniące przed powikłaniami u płodu i matki, wykonane przed wystąpieniem czynności skurczowej macicy typu porodowego, ze wskazań medycznych lub położniczych [20, 21].

Cięcie ze wskazań nagłych zdefiniowano jako cięcie wykonane przy rozpoczętym porodzie (po fazie utajonej) i wykonane wkrótce po pojawieniu się wskazań [22]. W grupie wskazań nagłych wyodrębniono grupę cięć wykonanych z powodu zaburzeń

Tabela 1. Sposób ukończenia ciąży pacjentek z grupy A (lata 1993–2001) oraz grupy B (lata 1980–1990)

Grupa badana	A		B	
	n = 1223 (499 pw*)	% z n	n = 1000 (550 pw*)	% z n
Porody drogą pochwową	988 (368 pw)	80,8	887	88,7
Cięcia cesarskie wyboru/elektywne	83 (35 pw)	6,8	5	0,5
Cięcia cesarskie z innych wskazań (przy rozpoczętej fazie aktywnej porodu)	152 (96 pw)	12,4	108	10,8
Liczba cięć cesarskich łącznie	235	19,2	113	11,3
Poród kleszczowy	2	0,2	4	0,4
VE	10	0,8	18	1,8

*pw – liczba pierwiastek

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna rodzących oraz czas trwania porodu w grupie A (1993–2001) i B (1980–1990)

Cechy kliniczne	Grupa A	Grupa B
Średni wiek pacjentek (l)	27,1	23,1
Średnia liczba przebytych porodów	2,1	2
Procent wieloródek w grupie	59,2	45,0
Średni przyrost masy matki w ciąży (kg)	13,4	13,3
Średnia masa matki przed ciążą (kg)	64,9	63,8
Średni wzrost matki w grupach (m)	1,7	1,65
Wskaźnik BMI w grupach (m/h ²)	23,35	23,4
Średnia liczba dni po terminie wg reguły Naegellego przy przyjęciu	2,05	2
Średnie rozwarcie przy przyjęciu (cm)	3,05	2,8
Średni całkowity czas trwania porodu drogą pochwową (h)	7,9	8,9
Średni czas trwania I okresu porodu drogą pochwową (h)	7,3	8,3
Średni czas trwania II okresu porodu drogą pochwową (h)	0,5	0,7

postępu porodu prowadzących do porodu przedłużonego [23].

Dla wskazań do cięcia cesarskiego wykonywanego z powodu zaburzeń fazy aktywnej oraz zstępowania główki płodu wykorzystano definicję zaburzeń faz porodu w oparciu o krzywą Friedmana, tj. ocenę przebiegu rozwierania szyjki macicy i zstępowania główki płodu [24]. Przedłużenie fazy aktywnej rozwierania, wtórne zatrzymanie rozwierania w fazie aktywnej, przedłużoną fazę zwolnienia w fazie aktywnej wspólnie określono zaburzeniami fazy aktywnej porodu. Przedłużoną fazę zstępowania, zatrzymanie zstępowania części przodującej wspólnie określono zaburzeniami fazy zstępowania główki.

Niewspółmierność porodową włączono do zaburzeń fazy aktywnej i zstępowania z uwagi na konieczność ujednoczenia wskazań do cięć (cech badanych) [25].

Tabela 3. Wskazania do cięć cesarskich w grupie A (lata 1993–2001) i B (1980–1990)

Wskazania do cięcia	Grupa A = 1223 Liczba cięć = 235 (55,7 % pw*)	% z A	Grupa B = 1000 Liczba cięć = 113 (54,9 % pw*)	% z B
Elektywne	83 (35 pw)	6,8	5	0,5
Procent pierwiastek w grupie cięć z wyboru	42,2	–	60	–
Zagrażająca zamartwica	39 (18 pw)	3,2	16	1,6
Procent pierwiastek w grupie cięć z powodu zagrażającej zamartwicy	46	–	54	–
Zaburzenia fazy aktywnej	35 (25 pw)	2,9	26	2,6
Procent pierwiastek w grupie cięć z powodu zaburzeń fazy aktywnej	71	–	45	–
Zaburzenia fazy zstępowania główki	29 (19 pw)	2,4	21	2,1
Procent pierwiastek w grupie cięć z powodu zaburzeń zstępowania główki	66	–	50	–
Objawy zagrażającego pęknięcia macicy	9	0,7	19	1,9
Stan przedrzucawkowy	14 (12 pw)	1,1	4	0,4
Poród gorączkowy	10 (9 pw)	0,8	4	0,4
Przedwczesne oddzielenie łożyska	6 (1 pw)	0,5	2	0,2
Położenie poprzeczne lub skośne	10 (3 pw)	0,8	12	1,2
Niekorzystna przeszłość położnicza	0	0	0	0
Rak szyjki macicy	0	0	2	0,2
Choroby serca w III lub IV st. NYHA	0	0	2	0,2

* pw – pierwiastki

Tabela 4. Wskazania do cięć cesarskich z wyboru/elektywnych w grupach A i B (cięcia elektywne w grupie A – 6,8%, w grupie B – 0,5%)

Rodzaj wskazań	Grupa A n = 83	% z A	Grupa B n = 5	% z B
Podejrzanie makrosomii z obciążonym wywiadem (1)	18	21,7	1	20
Obciążony wywiad położniczy (bez cukrzycy) z podejrzanym zagrożeniem dla płodu i/lub matki (2)	40	48,2	1	20
Stan po cięciu cesarskim	21	25,3	1	20
Cukrzyca	4	4,8	0	0
Łożysko przodujące (bez krwawienia)	0	0	1	20
Inne (3)	0	0	1	20

Tabela 5. Charakterystyka kliniczna cięć cesarskich przy rozpoczętej fazie aktywnej w grupie A i B – cięcia ze wskazań nagłych

Cechy kliniczne	Grupa A n = 152	Grupa B n = 108
Średnie rozwarcie szyjki podczas rozpoczęcia cięcia (cm)	4,4	3,9
Liczba przypadków po samoistnym odpłynięciu wód płodowych przed II fazą porodu	130	97
Liczba przypadków po amniocentezie	7	10
Średni czas trwania porodu do chwili wykonania cięcia cesarskiego (h)	5,7	6,9

WYNIKI

1. W grupach noworodków o masie ponad 4000 g podejrzeniu obecności płodu makrosomicznego towarzyszyły: obciążony wywiad położniczy (np. krwotok poporodowy), stan po cięciu cesarskim i/lub cukrzyca.
2. Podejrzewane zagrożenie dla płodu i/lub matki: wiek pierwiastki powyżej 30 lat, stan po leczeniu niepłodności, poród dziecka z wadą w wywiadzie, schorzenia okulistyczne itp.
3. Inne: padaczka, cukrzyca, rak szyjki macicy.

Analizy statystycznej dokonano przy użyciu programu Statistica, w wersji 8.0. Porównano częstość występowania wskazań do cięcia cesarskiego w grupie A (lata 1993–2001) oraz B (lata 1980–1990) za pomocą testu niezależności dwóch mierzonych wartości Chi2 Pearsona [26]. Przeprowadzony test miał na celu wykazanie, że prawdopodobieństwo wystąpienia cięcia cesarskiego u pacjentek z grupy A było istotnie większe od prawdopodobieństwa wystąpienia cięcia cesarskiego u pacjentek z grupy B. Poziom istotności statystycznej przyjęto za $\alpha = 0,05$.

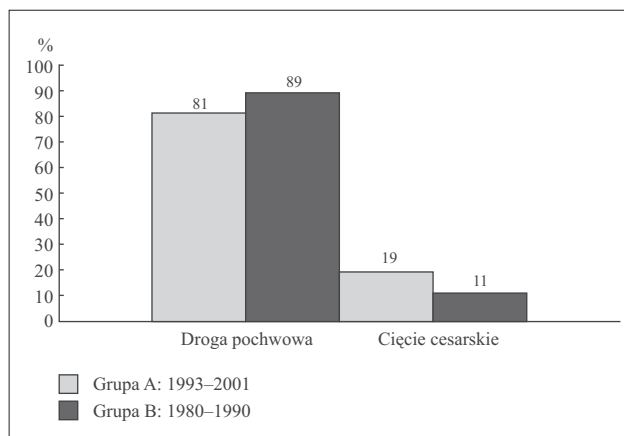
Wynik testu Chi2 Pearsona ($\chi^2 = 26,1$, $p = 0,00000$, $df = 1$) potwierdził hipotezę (dla $\alpha = 0,05$), iż wzrost liczby cięć cesarskich w latach 1993–2001 (grupa A), względem liczby cięć cesarskich wykonanych w latach 1980–1990 (grupa B), ma cechy znamienności statystycznej.

Po obliczeniu ryzyka względnego Odds-Ratio = 1,9* [27, 28] stwierdzono, iż prawdopodobieństwo wystąpienia cięcia cesarskiego w latach 1993–2001 wzrosło niemal dwukrotnie w porównaniu z latami 1980–1990.

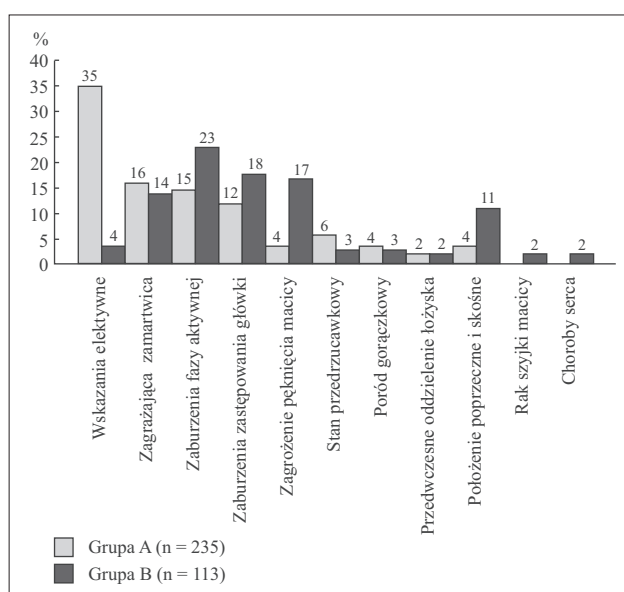
Druga część analizy miała na celu porównanie częstości wystąpienia poszczególnych wskazań do cięć cesarskich w analizowanych grupach: A i B. Do wykonania analizy porównawczej wielkość próby zredukowano do liczby cięć cesarskich w poszczególnych przedziałach lat. W grupie A (1993–2001) wykonano 235 cięć cesarskich (CC), w grupie B (1980–1990) – 113 CC.

Na bazie programu Statistica 8.0 wykonano analizę z wykorzystaniem testu porównawczego dwóch zaobserwowanych proporcji. Zestawiono proporcje w częstości wystąpienia poszczególnych grup wskazań (tabela 3) w grupie A (235 cięć cesarskich) i B (113 cięć cesarskich). Analiza miała na celu uwidocznienie statystycznie różnic ($p < 0,05$) w proporcjach występowania poszczególnych wskazań do cięcia cesarskiego. Test wyłonił decyzje elektywne jako grupę wskazań, których liczba wzrosła najbardziej znacząco statystycznie ($p < 0,0000$) w latach 1993–2001 w porównaniu z latami 1980–1990.

* Proporcja cięć cesarskich w stosunku do porodów drogą pochwową w grupie A (235/988) i B (113/887).



Wykres 1. Odsetek porodów drogą pochwową oraz odsetek cięć cesarskich – porównanie grup A – 1993–2001 (n = 1223) i B – 1980–1990 (n = 1000)



Wykres 2. Odsetek poszczególnych wskazań do cięcia cesarskiego w grupie A – 1993–2001 (n = 235) oraz B – 1980–1990 (n = 113)

WNIOSKI

1. Prawdopodobieństwo wystąpienia cięcia cesarskiego w latach 1993–2001 wzrosło niemal dwukrotnie (1,9) w porównaniu z latami 1980–1990.
2. W latach 1993–2001 wykonywano statystycznie istotnie częściej ($p < 0,05$) cięcia ze wskazań elektywnych w porównaniu z latami 1980–1990.

DYSKUSJA

Dokonana analiza porównawcza miała za zadanie wykazać rozszerzenie wskazań do cięć cesarskich i w konsekwencji wzrost liczby wykonywanych cięć na oddziałach położniczych.

Pojawiła się tendencja do rutynowych cięć cesarskich: przy porodzie przedłużonym, po pojawieniu się zaburzeń w tętnie płodu. Stale zwiększa się odsetek cięć cesarskich ze wskazań elektywnych [29]. Istnieje także ciągła tendencja do wzrostu ogólnej liczby cięć cesarskich po przebytych cięciach cesarskim, z powodu schorzeń okulistycznych matki, podczas infekcji HIV/HPV u matki [30].

W latach 1993–2001 (w porównaniu z latami 1980–1990) znacznie wzrósł zakres elektywnych wskazań do cięcia cesarskiego ($p < 0,05$). Głównym wskazaniem do cięcia w owej grupie był obciążony wywiad położniczy (bez cukrzycy) z podejrzanym zagrożeniem dla płodu lub dla matki. Podejrzenie makrosomii płodu, oceniane jako cecha pojedyncza, nie było istotnym wskazaniem do cięcia w grupach cięć elektywnych. Wydaje się to zgodne z innymi doniesieniami [30, 31].

Zaburzenia fazy aktywnej porodu i zatrzymanie zstępowania główki nie wpływało istotnie na decyzję o wykonaniu cięcia cesarskiego.

Liczba pierwiastek w grupach cięć nagłych była podobna, a więc obecność rodzącej pierwiastki nie miała wpływu na zamiar wykonania cięcia z powodu: zagrażającej zamartwicy płodu, zaburzeń fazy aktywnej porodu lub zatrzymania zstępowania główki płodu.

Należy rozważyć, czy wzrost liczby cięć cesarskich ze wskazań tzw. elektywnych nie jest także wynikiem słabej edukacji pacjentek w zakresie korzyści wynikających z porodu siłami natury (żądanie matki?) oraz braku informacji na temat powikłań po cięciu cesarskim [29, 32]. Rozpowszechnienie badań ultrasonograficznych mogło mieć zasadniczy wpływ na decyzję o wykonaniu cięcia po terminie wg reguły Naegellego. Obawa przed powikłaniami u noworodka mogła być powodem większej liczby cięć cesarskich, szczególnie w grupach płodów podejrzanym o dużą masę.

Prowadzenie przez media tzw. akcji zdrowotnych, bez szerokiego udziału lekarzy położników-praktyków, bez fachowej informacji dotyczącej przebiegu ciąży i porodu, sprzyja powstawaniu atmosfery wzajemnej nieufności pomiędzy położnikiem a pacjentką podczas porodu siłami natury. Obniża to tzw. próg decyzji o zamiarze wykonania cięcia cesarskiego. Skutkiem tych działań będzie stały wzrost liczby cięć cesarskich. Należy podkreślić, że część mediów neguje prawo lekarza położnika do decyzji o cięciu cesarskim, dając to prawo tylko pacjentce.

Wydaje się, że liczba cięć cesarskich z wyboru będzie stale wzrastać, co potwierdzają inne doniesienia [29, 31]. W Polsce brakuje informacji skierowanej bezpośrednio do pacjentki, potwierdzonej przez eks-

pertów – doświadczonych lekarzy położników. Przykładem pozytywnym może być ACOG Education Pamphlet SP006 – 2009, który w sposób zrozumiały informuje pacjentki w USA o powikłaniach związanych z cięciem cesarskim.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Kamińska J, Tobor E, Caus I. Analiza wskazań do cięć cesarskich na podstawie danych zawartych w dokumentacji. *Gin Prakt* 2005; 86, 5: 18–23.
- [2] Mazurek-Kantor J, Osuch B, Timorek A. Analiza wskazań do cięć cesarskich w materiale własnym w latach 2002–2007. *Gin Prakt* 2009; 4: 37–40.
- [3] Wareham V, Bain C, Cruickshank D. Caesarean section audit by peer review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 48: 9.
- [4] Kurian R, Joseph K, Surama L. Vaginal birth after caesarean section in developing. XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics Supplement November 6th 2003; 63.
- [5] Porreco RP, Thorp IA. The cesarean birth epidemic trends. Causes and solutions. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 369–374.
- [6] Książewski B, Rzempełuch J, Wala D. Analiza wskazań do 3528 cięć cesarskich na podstawie szesnastoletniego materiału klinicznego (1977–1992). *Gin Pol* 1996; 67: 330.
- [7] Puzio M, Szczurowicz A, Rogaza A. Pozapolożnicze wskazania do cięć cesarskich w pięcioletnim materiale. *Gin Pol* 1996; 67: 383.
- [8] Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC et al. Report of final natality statistics, 1996. *Mon Vital Stat Rep* 1998; 46 (11 Suppl): 1.
- [9] Insunza A, Carrillo J, Latorre R. Caesarean section rate in patients with high prospects of vaginal delivery. XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics Supplement. November 4th 2003; 57.
- [10] Munoz F, Cox M, Morales N. Clinical strategies to reduce the cesarean section rates in Chile. XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics Supplement November 4th 2003; 56.
- [11] Książewski B. Analiza wskazań do 3528 cięć cesarskich na podstawie szesnastoletniego materiału klinicznego 1977–1992. *Gin Pol* 1996; 68 (8): 383–385.
- [12] Pajszczyk-Kieszkiewicz T. Cięcie cesarskie we współczesnym położnictwie. PTM, Instytut Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej, Łódź 1996.
- [13] Benson Harer W. Czy odsetek cięć cesarskich jest zbyt wysoki? Kontrowersje w położnictwie i ginekologii. *Gin po Dypl* 2003; 5 (4): 79–81.

- [14] Bednarowska A, Dębski R. Poród siłami natury po przebytych cięciach cesarskich. *Ginekologia po Dyplomie* 2002; 3: 23.
- [15] Hibbard JU, Delia Torre M. Co w sytuacji, kiedy pacjentka życzy sobie rozwiązania cięciem cesarskim? *Ginekologia po Dyplomie* 2007; 9: 3.
- [16] Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E. Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89 (1): 49–53.
- [17] Haberko J. Cywilnoprawne aspekty przeprowadzania zabiegu cięcia cesarskiego na wyłączne życzenie rodzącej. *Klin Perinatol Ginekol* 2006; 42: 65–68.
- [18] Lee YM, D’Alton ME. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2008 Dec; 20 (6): 597–601.
- [19] Zajac R. Czy cięcie cesarskie na życzenie stanie się alternatywą porodu siłami natury? *Med Prakt Ginekol Położ* 2006; 2: 67–72.
- [20] Chazan B, Leibschang J. Postępowanie w nagłych stanach w położnictwie i ginekologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; 281–286.
- [21] Wardak K, Iwanowicz-Palus G. Wokół cięcia cesarskiego – wskazania subiektywne do ukończenia ciąży/porodu drogą brzuszna. *Gin Pol* 2008; 4: 18–21.
- [22] Murphy DJ, Liebling R et al. Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study. *The Lancet* 358; 2001: 1203–1207.
- [23] Bręborowicz H. Operacje położnicze. W: *Położnictwo i Ginekologia*. Red. T Pisarski. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
- [24] Friedman EA. Primigravid Labour. A graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol* 1955; 6: 567–589.
- [25] Pernoll ML, Benson RC. The course and conduct of normal labor and delivery. In: *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. Appleton and Lange 1987; 188–190, 200–201.
- [26] Howell DC. *Fundamental Statistics for the Behavioral Sciences*, 4th Edition. Brooks-Cole Publishing, Pacific Grove 1999.
- [27] Siström CL, Garvan CW. Proportions, odds, and risk. *Radiology* 2006; 230: 12–19.
- [28] Riffenburgh RH. *Statistics in Medicine*, Second Edition. Academic Press, Burlington 2005.
- [29] State-of-the-Science Conference Statement. Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1386–1397.
- [30] Romaniuk W i wsp. Wskazania okulistyczne do cięcia cesarskiego. Wykład: Schorzenia okulistyczne a sposób rozwiązania ciąży. Wyd. PTG Oddział Śląski, Tychy 2006.
- [31] Słomko Z, Bręborowicz HG. Operacje położnicze. W: Bręborowicz HG i wsp. *Położnictwo i Ginekologia*, t. 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- [32] Poreba R. Cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia. *Ginekologia i Położnictwo – Medical Project* 2007; 1(3): 22–34.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Grzegorz Piasek
Oddział Ginekologiczno-Położniczy WSzZ
25-376 Kielce, ul. Grunwaldzka 45
e-mail: gpiasek@poczta.fm
tel. +48 600 452 273

