

# Jak ograniczyć epidemię cięć cesarskich?

## How to reduce the Caesarean section epidemic?

© GinPolMedProject 2 (24) 2012

Artykuł poglądowy/Review article

SŁAWOMIR SUCHOCKI

Zakład Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna we Wrocławiu  
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Sławomir Suchocki

Adres do korespondencji/Address for correspondence:

Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu  
ul. Paderewskiego 10, 58-301 Wałbrzych  
tel. +48 74 88 77 183, e-mail: sekretariat@szpital.walbrzych.pl

### Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count 1928/2360

Tabele/Tables 0

Ryciny/Figures 1

Piśmiennictwo/References 28

Received: 10.02.2012

Accepted: 19.04.2012

Published: 15.06.2012

### Streszczenie

Cięcie cesarskie (c.c.) jest najczęściej wykonywaną operacją położniczą na świecie. Każdego roku zwiększa się liczba wykonywanych cięć cesarskich i coraz częściej wykonywane jest bez wskazań medycznych. Co czwarty noworodek na świecie przychodzi na świat drogą cięcia cesarskiego. Do Polski "epidemia cięć cesarskich." również dotarła i obecnie w Polsce co trzeci noworodek rodzi się przez c.c.

Zwiększająca się częstość c.c. jest w olbrzymim rozdzwiku z zaleceniami ekspertów WHO, Amerykańskiego Kolegium Położników i Ginekologów (ACOG) oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG). Cięcie cesarskie, podobnie jak każda operacja brzuszna, nie jest pozbawiona powikłań, wykonanie następnego c.c. zniży podnosi liczbę powikłań – wczesnych, późnych i odległych, niekiedy groźnych dla życia i zdrowia kobiet.

Kobiety życzące sobie c.c. najczęściej nie dysponują wiedzą o ewentualnych powikłaniach związanych z tą operacją. Epidemia cięć cesarskich zmusza do dokładnego poznania tego niepokojącego zjawiska i podjęcia racjonalnej próby jego ograniczenia.

W oparciu o bogate piśmiennictwo krajowe i zagraniczne oraz doświadczenia własne przedstawiono w pracy zalecenia, które należy przestrzegać i wdrażać w codziennej opiece ambulatoryjnej nad kobietami ciężarnymi oraz w oddziałach i salach porodowych, aby c.c. wkrótce nie było jedyną drogą rozwiązania ciąży, a następstwem tego rosnąca liczba powikłań oraz spraw prokuratorskich i sądowych związanych z powikłaniami.

**Słowa kluczowe:** cięcie cesarskie, korzyści, powikłania, jak ograniczyć

### Summary

Caesarean section (C-section) is the most frequent obstetrical surgery in the world. Every year the number of Caesarean sections increases and they are performed increasingly often without medical indications. Every fourth newborn in the world is delivered via Caesarean section. The epidemic of Caesarean sections has reached Poland, as well, and nowadays every third newborn in Poland is delivered by a Caesarean section.

The increasing rate of Caesarean sections is at great odds with the recommendations of experts from WHO, the American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), and the Polish Gynaecological Society (PTG). Caesarean section, just as any abdominal operation, is not safe from complications, and a consecutive C-section increases significantly the rate of complications - both early, late and distant ones - that may pose a threat to the women's life and health. Women who request a Caesarean section are usually unaware of possible complications involved in the surgery. The Caesarean section epidemic calls for a thorough investigation of the alarming trend and a rational attempt to limit its extent.

Basing on extensive Polish and foreign literature as well as on the author's own experience, the study presents guidelines to be observed and implemented in everyday outpatient care of pregnant women and in maternity departments and delivery rooms so that Caesarean section does not soon become the only route of delivery, followed by an increasing rate of complications and related prosecutions and lawsuits.

**Key words:** cesarean sections, benefits, complications, how to reduce

## WSTĘP

W położnictwie światowym od około 30. lat obserwujemy gwałtowny wzrost liczby wykonywanych cięć cesarskich (c.c.). Według Souza i wsp. [1], którzy zebrali dane z wielu krajów Ameryki Północnej i Południowej oraz Afryki i Azji z lat 2004 – 2008 stwierdzili na podstawie 285 565 porodów, że wskaźnik cięć cesarskich wyniósł 25,7%, a zatem co czwarty noworodek przychodzi na świat drogą operacyjną przez cięcie cesarskie.

Podobną tendencję obserwuje się również w Polsce, gdzie wskaźnik c.c. w ostatnich trzech latach przekroczył 30%. W 1994 roku w Polsce odsetek c.c. wynosił 13,8%, w 1999 roku wzrósł do 18,1%, w 2001 roku był na poziomie 21,1%, w 2006 roku -28,8%, w 2008 roku przekroczył 30%, w roku 2009 wyniósł już 32%, w roku 2010 – wg danych NFZ wskaźnik cięć cesarskich stanowił 33,2%, a w roku 2011 przekroczył 35% [2-5].

W Polsce podobnie, jak we Włoszech co trzeci noworodek rodzi się drogą cięcia cesarskiego. W Stanach Zjednoczonych, krajach Ameryki Południowej i innych krajach europejskich oraz w Polsce obserwujemy znaczne różnice pomiędzy regionami.

W roku 2009 w województwie kujawsko – pomorskim wskaźnik c.c. wynosił 24%, a w województwie dolnośląskim – 38%. W 2010 roku najwięcej cięć cesarskich (ponad 40%) zanotowano w województwie łódzkim i podkarpackim [4].

Jeszcze większe różnice w liczbie wykonywanych c.c. obserwujemy pomiędzy szpitalami prywatnymi a publicznymi. W wielu szpitalach prywatnych odsetek c.c. przekroczył poziom 50%, a w niektórych nawet ponad 70%. [3,6-8].

Rosnąca liczba cięć cesarskich robi większe wrażenie, gdy porównamy ją z zaleceniami ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, którzy w 1985 roku zalecali, by odsetek cc nie przekraczał 10-15%. Amerykańskie Kolegium Położników i Ginekologów (ACOG) w 2000 roku rekomendowało, odsetek c.c. nie przekraczający 15%, w tym 12% dla operacji wykonywanych po raz pierwszy i 65% dla kobiet, które uprzednio przebyły c.c.[9]. Ta różnica między zaleceniami światowych ekspertów, a praktyką codzienną jest jednym z głównych trudnych problemów współczesnej perinatologii.

Wielu zaniepokojonych tą sytuacją położników nazywa to zjawisko wręcz „epidemią cięć cesarskich” i próbuje ograniczyć ten niekorzystny trend przedstawiając argumenty – nie tylko medyczne, ale również etyczne, prawne i ekonomiczne. W wielu krajach oraz w Polsce podejmuje się próby ograniczenia tego bardzo często nieracjonalnego wzrostu wykonywanych c.c. [8,10-12]. Jest to zadanie trudne, ale konieczne, gdyż w miarę wzrastania częstości wykonywania tej operacji położniczej - mimo jej względnego bezpieczeństwa – zagrożenie życia oraz powikłań wczesnych, późnych i odległych u kobiet związane z c.c. jest zdecydowanie większe w porównaniu z porodami drogami i siłami natury [13-15].

## INTRODUCTION

Globally, a rapid increase of the Caesarean section rate has been observed in obstetrics for about 30 years. Souza et al. [1], who collected data from numerous countries of North and South America as well as from Africa and Asia in the period of 2004 - 2008, determined on the basis of 285,565 deliveries that the rate of Caesarean sections was 25.7%, which meant that every fourth newborn was delivered surgically via a Caesarean section.

A similar tendency is found in Poland, where in the last three years the Caesarean section rate exceeded 30%. In 1994 the rate of C-sections in Poland was 13.8%, in 1999 it rose to 18.1% to reach 21.1% in 2001, 28.8% in 2006, over 30% in 2008, 32% in 2009, and - according to the data of the National Health Fund (NFZ) - the rate was 33.2% in 2010 and it exceeded 35% in 2011 [2-5].

In Poland, like in Italy, every third newborn is delivered by Caesarean section. In the U.S.A., South America, European countries and in Poland, considerable regional differences are found in this aspect.

In 2009, in the Kujawy-Pomerania province the C-section rate was 24% while in the Lower Silesia province it was 38%. In 2010, the highest rate of Caesarean sections (over 40%) was reported in the Łódź and Podkarpackie provinces [4].

Even more striking differences are seen between private and public hospitals. In numerous private hospitals the C-section rate reached over 50%, and in some of them it exceeded even 70% [3,6-8].

The growing number of Caesarean sections becomes still more impressive when it is compared with the recommendations of WHO experts, who advised in 1985 that the Caesarean section rate should not exceed 10-15%. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommended in 2000 a C-section rate that would not exceed 15%, with 12% level for surgeries performed for the first time and 65% level for women who had already had a Caesarean section [9]. The discrepancy between the world experts' recommendations and the everyday practice is one of the major difficult problems of modern perinatology.

Many obstetricians, concerned about the trend, call the phenomenon „a Caesarean section epidemic” and strive to reduce the unfavourable tendency by means of presenting arguments - not only of medical but also of ethical, legal and economic nature. In many countries, including Poland, efforts are made to restrict the rise of the Caesarean section rate, especially since many C-sections are performed for quite irrational reasons [8,10-12]. This is a difficult but necessary task as the growing rate of C-sections - even though they are a relatively safe procedure - entails a definitely higher risk of threat to life and of early, late and distant complications than vaginal deliveries [13-15].

## POWIKŁANIA PO CIĘCIU CESARSKIM

Oczywiście najcięższym, tragicznym powikłaniem jest zgon kobiety. Ryzyko zgonu po c.c. jest 2-4 razy wyższe w porównaniu z porodem siłami natury. Natomiast w przypadku c.c. ze wskazań nagłych, ryzyko zgonu jest 6 razy częstsze w porównaniu z porodem fizjologicznym [16-18]. W licznych publikacjach przedstawiono możliwe poważne powikłania matczyne, które niesie ze sobą poród przez c.c. i są one kilka, a niekiedy kilkanaście razy częstsze w porównaniu do kobiet rodzących drogami natury [10,12-14,19-21,26].

Wśród najczęstszych, wczesnych powikłań po c.c. wymienia się :

- krwotok okołoporodowy wymagający transfuzji krwi (2,4 – 6%);
- zapalenie błony śluzowej macicy (12-20%);
- powikłania zakrzepowo-zatorowe, w tym zatorowość płuc (RR = 5-7);
- wycięcie okołoporodowe macicy (2-10/1000 c.c.) vs. 0,1/1000 psn;
- niedrożność porażenna jelit (1-3%);
- uszkodzenie pęcherza moczowego (0,3 – 3%);
- uszkodzenie jelita (0,5%);
- inne urazy jatrogenne, w tym urazy noworodka.

Do powikłań późnych i odległych należy zaliczyć:

- częstsze występowania łożyska przodującego i wrośniętego (RR = 4-5), ryzyko to wzrasta wybitnie wraz z liczbą przebytych c.c. (RR = 4 – 35).
- ryzyko pęknięcia macicy w bliźnie (0,5-1%);
- ryzyko przedwczesnego oddzielenia łożyska (RR = 3);
- gruczolistość w bliźnie (0,03% - 1,7%);
- zespół bólowy miednicy mniejszej;
- przetoki pęcherzowo – maciczne.

W pracy nie przedstawiono powikłań anestezyjologicznych u matki i powikłań u noworodków, gdyż ten problem wymaga odrębnego omówienia, jednakże powinny być bezwzględnie przedstawione kobiecie, u której planuje się elektywne c.c., lub c.c. bez wskazań medycznych tzw. cięcie cesarskie na życzenie lub ze wskazań psychologicznych.

Obserwowana od kilku lat słuszna tendencja angażowania kobiet ciężarnych w procesy decyzyjne o sposobie porodu powoduje, że należy bezwzględnie w sposób pełny i w pełni zrozumiały informować o możliwych powikłaniach dla matki i dziecka związanych z tą operacją przed uzyskaniem świadomej, pełnej zgody na c.c.

Znaczna liberalizacja wskazań do c.c., niewystarczająca informacja ze strony lekarzy i położnych o możliwych powikłaniach, rosnące znaczenie woli kobiety ciężarnej, co do sposobu porodu, ale również brak znajomości podstawowych wiadomości nt. fizjologii ciąży i porodu, a przede wszystkim bezgraniczne zaufanie do cięcia cesarskiego – w czym niebagatelną rolę odgrywają masowe środki przekazu, powoduje ciągły,

## COMPLICATIONS AFTER A CAESAREAN SECTION

The gravest and most tragic complication is, of course, the patient's death. The risk of death after a Caesarean section is 2-4 times higher than in a vaginal delivery. In emergency Caesarean sections, the risk of death is 6 times higher than in vaginal deliveries [16-18]. Numerous publications describe possible serious complications of a Caesarean section for the mother, their occurrence being several or even more than a dozen times more frequent than in vaginal deliveries [10,12-14,19-21,26].

The most frequent early complications after a Caesarean section include:

- perinatal haemorrhage requiring a blood transfusion (2.4 - 6%);
- endometritis (12 - 20%);
- thromboembolic complications, including pulmonary embolism (RR = 5-7);
- perinatal hysterectomy (2-10/1000 C-sections vs. 0.1/1000 vaginal deliveries);
- paralytic ileus (1 - 3%);
- bladder injury (0.3 - 3%);
- intestine injury (0.5%);
- other iatrogenic injuries, including injuries of the newborn.

Late and distant complications include:

- more frequent occurrence of placenta praevia and increta (RR = 4-5), the risk significantly increasing with the number of C-sections in the patient's history (RR = 4 - 35);
- risk of uterine rupture in the cicatrix (0.5 - 1%);
- risk of premature detachment of the placenta (RR = 3);
- endometriosis in the cicatrix (0.03 - 1.7%);
- pelvis minor pain syndrome;
- uterovesical fistulas.

The study does not discuss anaesthesiological complications in the mother and complications for the newborns since that subject requires separate treatment; still, they absolutely should be discussed with a woman for whom an elective Caesarean section or a C-section without medical indications, i.e. a C-section on request or on psychological grounds, is being planned.

For several years an advisable tendency has been observed to engage pregnant women in decision-making on the method of delivery, which implies the need for thorough and comprehensible information of possible complications for the mother and child before obtaining the patient's full and informed consent to a Caesarean section. Considerable liberalization of indications for Caesarean section, insufficient information on possible complications from obstetricians and midwives, increasing importance of the pregnant woman's will as to the method of delivery, often accompanied by a lack of basic knowledge of the physiology of pregnancy and delivery and - first of all - unbounded confidence in Caesarean section, in which mass media also play

stały rosnący wzrost liczby cięć cesarskich. Cięcia cesarskie wykonywane kilkakrotnie, zwiększającą możliwość powikłań, stanowiących często zagrożenie dla życia i zdrowia rodzących kobiet.

Położnik obecnie ma trudny dylemat do rozwiązania, czy ulec modzie „epidemii cięć cesarskich”, czy podjąć racjonalne, zgodne ze współczesną wiedzą perinatologiczną i etyką lekarską starania mające na celu zahamowanie tego trendu.

Co należy zrobić, aby zmniejszyć liczbę kobiet ciężarnych negatywnie nastawionych do porodu drogami natury? Jak zmniejszyć obawy lekarzy przed ewentualnymi oskarżeniami ze strony rodziców w przypadku wystąpienia powikłań lub złego stanu urodzonego noworodka? Dlaczego coraz częściej lekarze podejmują decyzję o zakończeniu porodu drogą c.c - bez wskazań, „na wszelki wypadek”, z obawy przed odpowiedzialnością? Musimy sobie wreszcie odpowiedzieć czy nasze starania mają szansę powodzenia, czy jest to tylko zwykła donkiszoteria?

## ZALECENIA

Na podstawie piśmiennictwa światowego i krajowego, własnych długoletnich doświadczeń oraz poszanowania autonomii pacjentek w modelu równoprawnych partnerów – tzn. doświadczony położnik - uświadomiona ciężarna, można zaproponować następujące zalecenia [8,10,11,13,22-27]:

- Wskazania do pierwszego c.c. powinien podejmować doświadczony położnik w zespole szpitalnym, a nie lekarz opiekujący się ambulatoryjnie kobietą w ciąży, lekarz rodzinny lub lekarz innej specjalizacji.
- Pierwsze porody zakończone cięciem cesarskim są główną przyczyną wzrostu wskaźnika cięć cesarskich.
- Podczas kontrolnych wizyt w czasie ciąży konieczna jest rozmowa z kobietą na temat porodu, jej obaw i preferencji, co do sposobu rozwiązania ciąży przedstawienie możliwości łagodzenia bólu porodowego.
- Dokładniej określać długość trwania ciąży i terminu porodu. Ciężarne w ciąży o przebiegu fizjologicznym przyjmować do porodu w momencie rozpoczęcia się porodu lub po ukończeniu 41 tygodnia ciąży, a nie w terminie porodu obliczonego wg reguły Naegelego.
- Często „niepotrzebne”, asekuracyjne przyjęcie ciężarnej z ciążą o przebiegu fizjologicznym do porodu przed terminem, powoduje pod presją pacjentki lub jej rodziny zbędną indukcję porodu, która szczególnie przy niedojrzalej szyjce macicy kończy się cięciem cesarskim.
- Dokładne określenie stanu wewnątrzmacicznego zagrożenia płodu – na podstawie jedynie kardiogramu – często jest niepełne i niewystarczające – częściej należy korzystać z badania krwi włośniczkowej płodu, pulsoksymetrii, a także korzystać z badania USG z zastosowaniem badań Dopplerowskich i wykonywaniem testu Manninga.

a significant role - all these are reasons for a steady increase in the rate of Caesarean sections. Consecutive Caesarean sections involve a higher risk of complications, often posing danger to life and health of parturients.

Nowadays, an obstetrician is confronted with a difficult dilemma: whether to succumb to the trend of „the Caesarean section epidemic” or to undertake rational efforts, consistent with the present state of perinatal knowledge and with medical ethics, aimed at curbing that trend.

What should be done to reduce the number of pregnant women with a negative attitude towards vaginal deliveries? How to calm the obstetricians’ fears of possible accusations coming from the parents in case of complications or a bad condition of the newborn? Why do obstetricians ever more often decide to deliver a pregnancy via Caesarean section - without indications, just „in case”, for fear of responsibility? And finally, do our efforts have any chance of success, or are they simply quixotism?

## RECOMMENDATIONS

Basing on Polish and foreign literature, on the author’s many years of experience as well as on respect for the patients’ autonomy in the model of equal partners, i.e. an experienced obstetrician - an informed pregnant woman, the following recommendations may be suggested [8,10,11,13,22-27]:

- Indications for the first Caesarean section should be determined by an experienced obstetrician in a hospital team, and not by a doctor providing outpatient care to a pregnant woman, a family doctor or a physician of other specialty.
- First deliveries ending in Caesarean sections are the main cause of the increase in the Caesarean section rate.
- During control visits, it is vital to talk to the pregnant woman about the labour, her fears and preferences as to the method of delivery, and to inform her on the possibilities of alleviating labour pain.
- The duration of pregnancy and the date of delivery should be determined with more precision. Women with physiological course of pregnancy should be admitted for delivery at the moment when the labour begins or after completing gestational week 41, and not at the date calculated according to Naegele’s rule.
- Often, an unneeded over-cautious admittance of a woman with physiological pregnancy for delivery before term results in an unnecessary labour induction under the pressure of the patient or her family, which - particularly in case of unripe cervix - leads eventually to a Caesarean section.
- An accurate assessment of intrauterine danger to the fetus on the basis of kardiogram only is often incomplete and insufficient; other methods should find wider application, e.g. fetal capillary blood test, pulse oximetry, and ultrasonography with Doppler measurements and the Manning test.

- Wnikliwa „krytyczna” ocena wskazań do c.c. w takich przypadkach jak: brak postępu porodu, dystocja szyjkowa, względna niewspółmierność, stan po c.c., makrosomia płodu, ciąża „przeterminowana”.
- Częściej podejmować próby porodu drogami natury u kobiet po przebytych c.c. przy akceptacji rodzącej, stałej ocenie położniczej i nieodzownej dobrej współpracy z rodzącą podczas porodu. Stwierdzenie Craigha z początku XX wieku „raz cięcie – zawsze cięcie” powinno mieć dzisiaj znaczenie wyłącznie historyczne.
- Weryfikować należy częste wskazania w niektórych ośrodkach do ponownego cięcia cesarskiego z powodu podejrzenia lub zagrażającego pęknięcia macicy w bliźnie. Dokładna ocena w USG blizny i dolnego odcinka macicy, zachowanie jego ciągłości, regularności, braku deformacji dolnego odcinka, jej grubość powyżej 2,5mm - pozwala bardzo często na przeprowadzenie porodu drogą pochwową.
- Po przebytych c.c. lub kilkakrotnym c.c. poród powinien odbywać się w ośrodku, w którym jest możliwość wykonania natychmiastowego c.c. w pełnej obsadzie położniczej, anestezyjologicznej i neonatologicznej.
- Konsultacja lekarzy innych specjalności powinna być przeprowadzona wcześniej przed porodem, tak aby była możliwość ewentualnej jej weryfikacji podczas pobytu ciężarnej w oddziale. Dotyczy to wielu wskazań okulistycznych do c.c. np. z powodu krótkowzroczności, w mniejszym stopniu wskazań neurologicznych, ortopedycznych, i kardiologicznych. Wskazania okulistyczne do c.c. opracowane przez prof. Wandę Romaniuk i wsp., wydane przez Śląski Oddział PTG w 2006 roku, powinny być szeroko znane specjalistom okulistyki oraz ginekologii i położnictwa w całym kraju. [19].
- Wskazania pozapołożnicze, zgodnie z rekomendacjami PTG z roku 2008 powinny być ustalane indywidualnie, dla każdej ciężarnej w zespole interdyscyplinarnym. Zastanawiającym faktem jest, że lekarze innych specjalności, a często lekarze bez specjalizacji kierują naszym postępowaniem położniczym zalecając wykonanie c.c.
- Stworzenie modelu opieki podczas porodu „jeden na jeden” pozwala na lepsze wsparcie rodzącej i zmniejsza liczbę wykonywanych c.c.
- U kobiet nieprzygotowanych psychicznie do porodu, z dużym lękiem przed bólem porodowym należy zaproponować profesjonalne specjalne poradnictwo psychologa, anestezyjologa, doświadczonego położnika. Lęk przed porodem drogą pochwową często świadczy o mało profesjonalnej opiece podczas ciąży.
- Stosować indukcję porodu przy dojrzałej szyjce macicy wg skali Bishopa > 6pkt. W preindukcji porodu stosować metody mechaniczne (cewnik Foleya, oddzielenie palcem błon płodowych, drażnienie brodawek sutkowych), farmakologiczne (prostaglandyn
- A thorough and critical analysis of indications for a Caesarean section in such cases as: lack of progress in labour, cervical dystocia, relative disproportion, condition after a Caesarean section, fetal macrosomia, overdue pregnancy.
- In the case of women after a Caesarean section, vaginal delivery should be attempted more frequently, with the woman’s approval, constant obstetrical monitoring and indispensable good co-operation with the parturient in the course of labour. The statement made by Craigh at the beginning of the 20th century: „Once a Caesarean, always a Caesarean” should nowadays have solely historical significance.
- Indications for a Caesarean section due to suspected or imminent uterine rupture in the cicatrix should be verified. A detailed ultrasonographic assessment of the cicatrix and the lower section of the uterus, its preserved continuity and regularity, absence of deformations in its lower section, its thickness of over 2.5 mm very often make a vaginal delivery possible.
- After one or several Caesarean sections in a patient’s history, the delivery should take place at a centre offering the possibility of performing a Caesarean section with complete obstetrical, anaesthesiological and neonatological staff assistance.
- Physicians of other specialties should be consulted earlier before the delivery so that there is a possibility of verification during the patient’s hospitalization in the maternity department. This refers to numerous ophthalmological indications for a Caesarean section due to short-sightedness and, to a lesser extent, to neurological, orthopaedic and cardiological indications. The ophthalmological indications for a Caesarean section, collected by Prof. Wanda Romaniuk et al. and published by the Silesian Division of the Polish Gynaecological Society (PTG) in 2006 should become widely known to specialists in ophthalmology as well as gynaecology and obstetrics all over the country [19].
- Extraobstetrical indications, according to the recommendations of the Polish Gynaecological Society (PTG) from 2008, should be determined individually for each pregnant woman by an interdisciplinary team. It is a puzzling phenomenon that physicians of other specialties, and often even without specialization, guide our obstetrical proceedings, recommending Caesarean sections.
- Creating a „one-to-one” model of care during delivery provides better support for the woman in labour and reduces the number of Caesarean sections.
- Women who are unprepared for the delivery and feel intense fear of labour pain should be offered special professional advice of a psychologist, anaesthesiologist and an experienced obstetrician. The fear of vaginal delivery is often an evidence of inadequate professional care in pregnancy.

- nie stosować po przebytych c.c.). Decyzję o preindukcji i indukcji porodu powinien podjąć doświadczony położnik przy świadomej zgodzie ciężarnej.
- Częściej stosować znieczulenie zwłaszcza u kobiet z tokofobią. Skuteczne łagodzenie bólu porodowego powoduje zmniejszenie zainteresowania kobiet rodzących możliwością wykonania c.c.
  - Obrót zewnętrzny płodu z położenia miednicowego do położenia główkowego można przeprowadzać w ośrodkach położniczych, które mają w nim dobre doświadczenie.
  - Prowadzić edukację kobiet ciężarnych i przyszłych ojców w szkołach rodzenia. Szkoły Rodzenia powinny być wiarygodnym źródłem informacji na temat ciąży i porodu. Istotne są również ćwiczenia fizyczne mające na celu poprawę ogólnej wydolności organizmu oraz nauka prawidłowego oddychania podczas porodu. Ważnym elementem jest zapoznanie przyszłych rodziców z blokiem porodowym, omówienie współpracy rodzącej w trakcie porodu z personelem medycznym i informacja nt. łagodzenia bólu porodowego, w tym przy pomocy immersji wodnej, znieczulenia zewnątrzoponowego, wdychania mieszaniny podtlenku azotu i tlenu, stosowania opioidów, spazmolyków, żelu położniczego.
  - W rozmowie z kobietą przed planowanym c.c. należy przedstawić w sposób obiektywny i w pełni zrozumiały o korzyściach dla matki i noworodka oraz powikłaniach wczesnych i późnych, w tym o wpływie przebytego c.c. na dalszy rozród. Formularz świadomej zgody na zabieg c.c. powinien zawierać powyższe informacje.
  - Lekarze położnicy muszą być świadomi, że pacjentka nie tylko w wypadku nie wykonania c.c. lub jego wykonania zbyt późno, ale również w wypadku powstania powikłań po c.c. często kieruje skargę do prokuratora, sądu lub rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Wydaje się, że należy podjąć szeroką polemikę medialną, może z inspiracji PTG, PTMP i PTP – z powszechnie występującą opinią kobiet, że cięcie cesarskie jest w każdej sytuacji bezpieczniejsze dla rodzącej i jej dziecka. Informacje medialne często są niezgodne z faktami medycznymi. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne od lat przekonuje, że najbezpieczniejszy dla matki i dziecka jest poród naturalny. Cięcia cesarskiego na życzenie pacjentek nie powinno się wykonywać [27]. Korzyści przemawiające za podjęciem porodu siłami natury, po przebytych cięciu cesarskim to m.in.:

- zmniejszenie pooperacyjnej zachorowalności;
- szybszy powrót do zdrowia i wcześniejsze uczestniczenie w pielęgnacji noworodka;
- korzystniejsze aspekty rodzicielstwa i karmienia piersią;
- mniej powikłań w następnych ciążach i porodach.

- Induction of labour should be applied with ripe uterine cervix according to Bishop scale > 6. Pre-induction of labour may involve mechanical methods (Foley catheter, detaching fetal membranes with a finger, nipple irritation) and pharmacological methods (do not use prostaglandins after a Caesarean section). The decision of pre-induction and induction of labour should be taken by an experienced obstetrician with an informed consent of the pregnant woman.
- Anaesthesia should be applied more frequently, particularly in women with tokophobia. Effective alleviation of labour pain reduces parturients' interest in the possibilities of a Caesarean section.
- An external version of the fetus from the pelvic lie to the cephalic lie may be performed at obstetric centres with good experience in the procedure.
- Pregnant women and future fathers should be educated at schools of childbirth. The schools should provide reliable information on pregnancy and delivery. Also, physical exercise improving general fitness and teaching the right way of breathing in labour are important tasks of the schools. Another important issue is acquainting future parents with the maternity department, discussing the woman's cooperation with the medical staff in the course of delivery and informing the mother of the possibilities of alleviating labour pain, including water immersion, epidural anaesthesia, inhaling a mixture of nitrogen monoxide and oxygen, using opioids, spasmolytics, obstetrical gel.
- In a conversation before a planned Caesarean section, the woman should be informed in an objective and fully comprehensible way of the advantages for the mother and the child as well as of early and late complications, including the effect of a Caesarean section in a patient's history on future reproduction. The form of informed consent to Caesarean section should contain the information listed above.
- Obstetricians should be aware that not only in the case of not performing a Caesarean section or performing it too late but also in case of complications after a C-section a patient often makes a complaint to the prosecutor, the court or the professional liability attorney.

It appears that a broad media discussion should be started - perhaps initiated by the Polish Gynaecological Society (PTG), the Polish Society of Perinatal Medicine (PTMP) and the Polish Midwives Association (PTP) - to argue against the popular opinion among women that a Caesarean section is in any situation safer for the parturient and her child. Media information is often contrary to medical facts. The Polish Gynaecological Society has been maintaining for years that vaginal delivery is safest for both the mother and the child. A Caesarean section should not be performed on a patient's request [27]. The advantages of attempting a vaginal delivery after a Caesarean section include:

Najbliższe lata pokażą, czy nasze starania mają szansę powodzenia. Należy zauważyć, że w krajach skandynawskich notujemy niski wskaźnik c.c. i równocześnie najniższe wskaźniki umieralności noworodków.

Przestrzegając zaleceń przedstawionych w tej pracy, w Specjalistycznym Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Wałbrzychu, szpitalu który ma III poziom referencyjny w zakresie perinatologii, odsetek cięć cesarskich od wielu lat corocznie jest niższy od 5% -13% od średniej krajowej (ryc.1.).

## PODSUMOWANIE

Należy tworzyć warunki do porodów rodzinnych, gdyż wyedukowany ojciec dziecka może być naszym sprzymierzeńcem przy porodzie drogami i siłami natury. Decyzja o pierwszym cięciu cesarskim jest niesłychanie ważna, gdyż bardzo może rzutować na dalsze ciąży i porody. Zapobiegajmy niepotrzebnym cięciom cesarskim, wykonywanym po raz pierwszy bez uzasadnionych wskazań medycznych. Kobiety żyjące sobie c.c. najczęściej nie dysponują wiedzą o ewentualnych powikłaniach związanych z tą operacją. Wiele kobiet, po rozmowie z lekarzem w oddziale szpitalnym decyduje się na poród siłami natury. Wdrażanie w codziennej opiece ambulatoryjnej nad kobietami ciężarnymi oraz w oddziałach i salach porodowych przedstawionych zaleceń pozwoli zmniejszyć liczbę wykonywanych c.c. tak, aby c.c. już wkrótce nie było jedyną drogą zakończenia ciąży, a następstwem tego – rosnąca liczba powikłań oraz spraw prokuratorskich i sądowych, związanych z tymi powikłaniami.

- reduction of postoperative morbidity;
- faster recovery and earlier participation in the newborn's care;
- more advantageous aspects of maternity and breast-feeding;
- less complications in future pregnancies and deliveries.

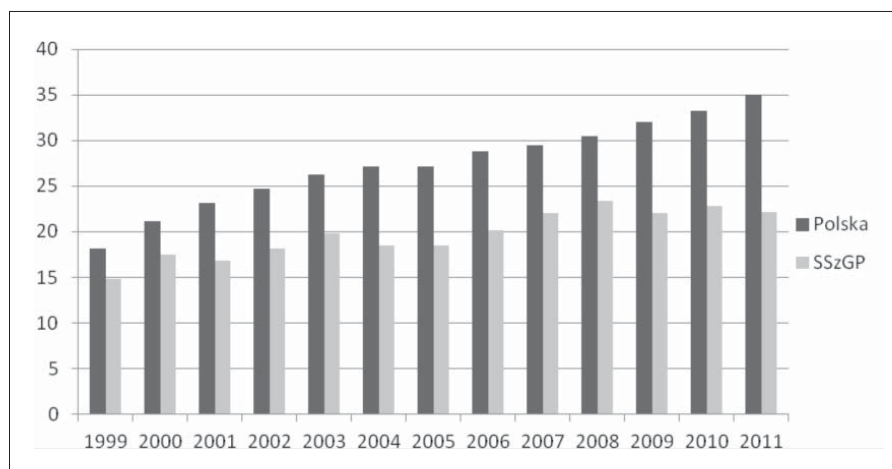
The coming years will show whether our efforts have any chance to succeed. It should be noted that Scandinavian countries report a low rate of Caesarean sections and, at the same time, the lowest rates of newborn mortality.

Conforming to the recommendations presented in the study, at the Specialized Gynaecological and Obstetrical Hospital in Wałbrzych of the 3rd reference level in perinatology, the rate of Caesarean sections has for many years been lower by 5% - 13% than the average national rate (Fig.1).

## SUMMARY

Conditions should be created for family deliveries because an educated child's father may be our ally in the issue of vaginal deliveries. The decision of the first Caesarean section is of utmost importance as it may affect the subsequent pregnancies and deliveries. We should prevent unnecessary Caesarean sections, performed for the first time without justified medical indications. Women who request Caesarean sections usually have no knowledge of possible complications involved in the surgery. Many of them, having talked to an obstetrician at a hospital department, decide to have a vaginal delivery. The recommendations presented in the study, when implemented in everyday outpatient care of pregnant women as well as at maternity departments and in delivery rooms, will help to reduce the rate of Caesarean sections so that soon a C-section is no longer the only method of delivery followed by a growing rate of complications and related prosecutions and court cases.

**Fig. 1.** The rate of Caesarean sections in Poland and at the Specialized Gynaecological and Obstetrical Hospital in Wałbrzych  
**Ryc. 1.** Odsetek cięć cesarskich w Polsce i Specjalistycznym Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Wałbrzychu



## Piśmiennictwo / References:

1. **Souza J, Gulmezoglu A, Lumbiganon P et al.** Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term 2004 – 2008 WHO Global Survey on Material and Perinatal Health Research Group, *BMC Med* 2010; 8(1):71.
2. **Chazan B, Troszyński M.** Cięcia cesarskie w Polsce. *Gin Pol* 2003;74(supl.2):32.
3. **Troszyński M, Niemiec T, Wilczyńska A.** Cięcia cesarskie – dobrodziejstwo czy zagrożenie?. *Perinatologia, neonatologia i ginekologia* 2008;1:8-10.
4. **Komunikat DSOZ NFZ z dnia 26.07.2011** – zaktualizowana wersja zestawienia danych dotyczących JGP w leczeniu szpitalnym za 2009 i 2010 rok.
5. **Komunikat DSOZ NFZ z dnia 14.04.2012** – zaktualizowana wersja zestawienia danych dotyczących JGP w leczeniu szpitalnym za 2011 rok.
6. **Potter JE, Berquo E, Perpetuo I et al.** Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil prospective study. *BMJ* 2001;323:1155-1158.
7. **Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD et al.** Centers for disease control and prevention. National Vital Statistics report 29 september 2006;55 (1):74.
8. **Suchocki S, Piec P.** Cięcia cesarskie na przełomie XX i XXI wieku – aktualne problemy. *GinPolMedProject* 2007;3,1:15-21.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Evaluation of cesarean delivery. *ACOG Guidelines*. Washinston 2000;2.
10. **Poręba R.** Cięcia cesarskie – korzyści i zagrożenia. *Gin-PolMedProject* 2007;3;1:22-34.
11. **Konopka J, Suchocki S, Puskarz R i wsp.** Cięcia cesarskie na życzenie pacjentki bez wskazań medycznych w opinii kobiet rodzących. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2008;1,1:35-37.
12. **Bręborowicz GH** (red). Operacje położnicze. OWN Poznań 2007.
13. **Reroń A, Huraś H.** Cięcia cesarskie na życzenie a powikłania operacyjne. *Przegląd Ginekologiczno – Położniczy* 2009,9(2):35-3.
14. **Rossi AC, D'Addario V.** Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(3):224-231.
15. **Suchocki S, Piec P, Kubiacyk F.** Okoloporodowe wycięcie macicy – narastający problem położniczy. *GinPolMedProject* 2010;3(17):16-21.
16. **Deneux-Tharaux Carmena E, Bouvier – Colle MH et al.** Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108(3):541-548.
17. **Bewley S.** Maternal Mortality and mode of delivery *Lancet* 1999;354(9180):776.
18. **Wu Wen S, Rusen JD, Walker M et al.** Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:1263-1269.
19. **Jóźwik M, Jóźwik MA, Jóźwik MI.** Powikłania matczyne związane z cięciem cesarskim. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2008;1:57-65.
20. **Reroń A, Huraś H.** Powikłania po cięciach cesarskich. *GinPolMedProject* 2006 – 2:48-55
21. **Poręba R.** Kiedy poród po przebytym cięciu cesarskim jest bezpieczny? – na podstawie prospektywnych badań w klinice w Tychach. *GinPolMedProject* 2006; 2:23 - 37.
22. **Suchocki S, Piec P.** Cięcia cesarskie na życzenie – trudny problem medyczny, etyczny i prawny. *GinPol-MedProject* 2007;3,1:55-62.
23. **Słomko Z, Poręba R, Drews K i wsp.** Najważniejsze zagadnienia dotyczące cięcia cesarskiego. *GinPolMed-Project* 2006; 2:7-22.
24. **Kołomyjec P, Suchocki S, Kędra-Rakoczy M.** Edukacja przedporodowa w szkole rodzenia a sposób ukończenia ciąży. *Przegląd Ginekologiczno – Położniczy* 2007; 7(1):13-16.
25. **Romaniuk W i wsp.** Wskazania okulistyczne do cięcia cesarskiego. Wykład: Schorzenia okulistyczne a sposób rozwiązania ciąży. Wyd. PTG Oddział Śląski Tychy 2006.
26. **Mercer BM, Gilbert S, Landon MB et al.** Labor outcomes with increasing number of prior vaginal births after cesarean delivery. *Obst Gynecol* 2008;111:285-291.
27. **SOGC Clinical Practice Guidelines.** Guidelines vor vaginal birth after previous cesarean birth. February *JOGC* 2005;164-174.
28. **Cięcie cesarskie – rekomendacje PTG.** *Gin Pol* 2008; (5):