

Czy cięcie cesarskie na życzenie stanie się alternatywą porodu siłami natury?

Will cesarean section on request become an alternative for a vaginal delivery?

ROBERT ZAJĄC

94-35 Heerbrug, Widnauerstr. 5, Szwajcaria

Streszczenie

Zagadnienie cięcia cesarskiego na życzenie wzbudza wiele kontrowersji i dyskusji w środowisku lekarskim na całym świecie. W ostatnich dwudziestu latach liczba wykonywanych cięć cesarskich uległa podwojeniu. Znaczący udział we wzroście odsetka cięć cesarskich ma cięcie wykonywane na życzenie pacjentki.

W pracy przedstawiono częstość i przyczyny wzrostu liczby cięć cesarskich z uwzględnieniem cięcia na życzenie. W oparciu o dane z piśmiennictwa światowego zaprezentowano neonatologiczny, psychologiczny i etyczno-prawny aspekt cięcia cesarskiego na życzenie.

Słowa kluczowe: cięcie cesarskie, cięcie cesarskie na życzenie

Summary

Cesarean section on patients demand is a controversial and widely discussed topic among the medical professionals. The total amount of cesarean sections was doubled within the last twenty years. Among these cesarean section on request is a significantly rising group.

Prevalence and reasons for the rising cesarean section ratio including cesarean section on demand are given the paper. Based on the bibliographic study, neonatologic, psychological, ethical and legislative aspects are presented.

Key words: cesarean section, cesarean section on request

Pomysł wykonania cięcia cesarskiego na życzenie pochodzi z 1929 roku, kiedy podczas Kongresu Ginekologów, lekarz Max Hirsch poddał do dyskusji tego rodzaju rozwiązanie ciąży i porodu. Wówczas temat ten nie wzbudził zainteresowania wśród obecnych, gdyż ryzyko operacji cięcia cesarskiego było istotnie wyższe w porównaniu z czasami współczesnymi. Dopiero z chwilą wprowadzenia w latach 50. antybiotykoterapii zdecydowanie poprawiła się technika operacyjna. Do roku 1920 odsetek cięć cesarskich wynosił 0,1% – 2,5%, natomiast w latach 50. osiągnął już 7,4%. Wraz z dalszym rozwojem w latach 60. anestezjologii, a zwłaszcza nowych technik anestezji i oddechu kontrolowanego, 10% odsetek wykonywanych cięć cesarskich w różnych krajach nie był rzadkością [17].

Wzrastające zainteresowanie mediów tematem cięcia cesarskiego na życzenie wzbudziło wiele dyskusji i kontrowersji w środowisku lekarskim [1]. Wielokrotnie przedstawiano Claudię Schiffer i Madonnę, które zdecydowały się na poród swojego dziecka przez cięcie cesarskie. Otwarcie granic, łatwy dostęp do środków masowego przekazu są czynnikami coraz to wyższej świadomości i wiedzy medycznej społeczeństw. Również ochrona prawna pacjentki przez ustanowione z urzędu rzecznika, czy też ustanowienie Sądów

The idea of performing cesarean section on patient's request comes from 1929. It was Max Hirsch, who proposed such discussion during the Congress of Gynecologists. In those days the topic was found as not interesting, mainly because the risk of operation was significantly higher, when compared to present times. As far as antibiotic therapy was introduced to obstetrics in the 50's of the last century, the operative technique significantly improved. Until 1920 the cesarean section rate was 0,1-2,5%, reaching 7,5% in the 50'. Ten years later, after anesthetic techniques and ventilation support developed 10% rate of cesarean section in various countries wasn't rare [17].

Rising interest of the media in the topic of cesarean section on request evoked a wide discussion (1). Examples of Claudia Schiffer and Madonna, who decided to deliver via a cesarean section were commonly presented to the public. Opened borders, easy access to media are the main cause of rising social self-awareness and medical knowledge among the people. Patient's rights are guarded by Spokesman Office and Conciliatory Court are established at Chambers of Physicians, all of which suggest a careful and thoughtful attitude towards cesarean section on request.

Pojednawczych przy Izbach Lekarskich sprawiają, że do zagadnienia cięcia cesarskiego należy podchodzić ze szczególną starannością i rozważą.

W środowisku niemieckich położników istnieje duża powściągliwość w zakresie wykonywania cięcia cesarskiego na życzenie. Świadczą o tym wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród ginekologów. W grupie ginekologów poniżej 40 roku życia 12% ankietowanych popiera chęć przeprowadzenia cięcia cesarskiego na życzenie, natomiast w grupie ankietowanych lekarzy powyżej 40 roku życia 4% [2].

DANE STATYSTYCZNE

W ostatnich dwudziestu latach liczba wykonywanych cięć cesarskich uległa podwojeniu. W Niemczech odsetek cięć cesarskich waha się od 20-25%, z czego liczba cięć w okresie od 1991 do 2001 wzrosła z 15% do 22,6%. W Stanach Zjednoczonych wynosi około 27% [3], w Chinach 40%. Wysoki odsetek cięć cesarskich w Chinach można tłumaczyć sytuacją prawną, zezwalającą na posiadanie jednego dziecka i stąd obawa rodziców o stan zdrowia dziecka.

Odsetek cięć cesarskich w niektórych krajach Ameryki Południowej wynosi 100%, średnio 50%. W Indiach w szpitalach prywatnych i klinikach częstość wykonywania cięć cesarskich na życzenie sięga 90%. Takiego sposobu ukończenia ciąży domagają się rodziny kobiet ciężarnych. Czas cięcia wyznaczony jest wskazaniami astrologicznymi i ma zapowiadać dobrą przyszłość nowo narodzonego dziecka. W szpitalach astrolodzy są pracownikami etatowymi danej placówki służby zdrowia. Dla lekarzy i szpitali jest to dobry interes, zważywszy, że w Delhi, stolicy państwa liczącej 10 milionów mieszkańców 75% spośród 250. 000 porodów odbywa się drogą cięcia cesarskiego [4]. Prawdopodobnie cięcie cesarskie jest najczęściej przeprowadzaną operacją na świecie. Jeszcze przed około dziesięć laty odsetek cięć przekraczał 7%, był świadectwem nie najwyższego poziomu sztuki położniczej w danym szpitalu, to w dzisiejszych czasach tendencja jest zupełnie inna.

Ma to też uzasadnienie w rodzaju ubezpieczeń kobiet ciężarnych. Statystycznie częściej cięcie cesarskie jest przeprowadzane u kobiet prywatnie ubezpieczonych: w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej - 29%, w Anglii - 23%, Australii - 35%, w Rio de Janeiro - 80%.[3].

Zastosowanie kardiograficznej oceny stanu płodu spowodowało wzrost ilości cięć cesarskich w Wielkiej Brytanii o 160% [5]. W Niemczech cięcie cesarskie na życzenie jest usankcjonowane i np. Klinika Położnictwa w Kolonii specjalizuje się wyłącznie w tego rodzaju ukończeniu porodu.

Według Hussleina [5] położnika z Wiednia, wyższy odsetek cięć cesarskich u prywatnych pacjentek jest spowodowany obawami położników przed popełnieniem błędów w sztuce lekarskiej, komplikacjami i kon-

Strong moderation is observed among German obstetricians about the issues of cesarean section on request. A questionnaire study proves this: 12% of acceptance of such indications is found among the group < 40 years of age and 4% in >40 years old (2).

STATISTICAL DATA

Total amount of the cesarean section was doubled within the last 20 years. Currently in Germany cesarean section rate is about 20-25%, an increase was noted in the years 1991-2001 15-22,6%. In the USA the cesarean section frequency is 27% (3) and in China even 40%. The latter can be explained on legislative basis allowing for a singleton parity only and parent's fear about the newborn's status.

In some regions of South America even 100% rate of cesarean section can be found, while average is 50%. In the private hospitals and clinics in India cesarean section is performed in 90% of deliveries. Cesarean section is there requested by family members mostly. Optimal time of delivery is planned through astrologic counseling, thus ensuring babies luck and good prognosis. Astrologists are hospital staff in this region. Cesarean section is a good business for the medical professionals and for the hospitals, considering, that in a 10million population of capital city of India, Delhi, 75% of 250,000 births are delivered through cesarean section (4). It is possible, that cesarean section is today the most frequent surgical operation worldwide. Some ten years ago a cesarean section rate over 7% was a proof of poor obstetrical art in a hospital; today's trends are reversed.

The rising cesarean section rate is partially explained by insurance policy. Patients possessing private insurance have more often cesarean sections statistically: 23% in UK, 29% in USA, 35% in Australia, 80% in Rio de Janeiro (3).

Introduction of cardiotocography to fetal monitoring caused a 160% increase of the amount of cesarean sections. In Germany cesarean section on request is approved, Obstetrical Clinic in Koeln even specializes exclusively in such deliveries.

According to Husslein (5), an obstetrician from Vienna, greater amount of cesarean sections among higher social class women is due to physicians fear of complications, medical mistakes, accusation of malpractice and legislative consequences. Private patients of higher social status demand higher standards in perinatal care.

sekwencjami prawnymi porodu fizjologicznego. Pacjentki objęte prywatną opieką lekarską posiadają wyższy status społeczny i są bardziej wymagające wobec personelu medycznego.

PRZYCZYNY WZROSTU LICZBY CIĘĆ CESARSKICH Z UWZGLĘDNIENIEM CIĘĆ CESARSKICH NA ŻYCZENIE:

- Lęk przed bólami porodowymi;
- Obawa przed zaburzeniami statyki narządu rodowego (*obniżenie, wypadanie macicy, nietrzymanie moczu, cystocele, rectocele - powikłania odległe w czasie*)
- Traumatycznie przeżyty poprzedni poród;
- Dobro dziecka;
Jeśli przeciętna rodzina decyduje się na posiadanie tylko jednego dziecka, to poród powinien zminimalizować ryzyko komplikacji okołoporodowych,
- Wybór terminu porodu;
Obecnie może być ojciec dziecka bezpośrednio przy cięciu cesarskim, a matka może mieć natychmiastowy bezpośredni kontakt z dzieckiem. Jeśli kobieta ciężarna jest osobą pracującą zawodowo, uzgodniony termin porodu może mieć dla niej istotne znaczenie
- Obawa położnika przed odpowiedzialnością sądową; W Stanach Zjednoczonych Ameryki są firmy ubezpieczeniowe, które nie wystawiają polis ubezpieczeniowych ginekologom. Doprowadziło to do sytuacji, że powstały regiony z niedostateczną obsadą personelu położniczego [6]. W Niemczech podobna sytuacja dotyczy położniczek wolno praktykujących, które nie są w stanie płacić wyższych stawek z racji ubezpieczeń zawodowych. Od 2004 roku muszą one płacić 10-krotnie wyższą sumę ubezpieczeniową za wolne wykonywanie swojego zawodu. Do tego dołącza się walka klinik i szpitali o każdą kobietę ciężarną w czasach zmniejszonej liczby porodów.
- Zmieszona cierpliwość rodzącej i jej partnera;
- Uwarunkowania ekonomiczne;

Opublikowane w czasopiśmie „Lancet” w 2002 roku koszty cięć cesarskich określono rocznie na 15 miliardów funtów. Jeśli policzyć koszty stałej obecności ginekologa, pediatry, anestezjologa, zespołu operacyjnego to można dojść do konkluzji, że koszty porodu fizjologicznego w porównaniu do cięcia cesarskiego są mniej więcej takie same. Jeśli obliczyć koszty próby porodu naturalnego po przeżytym cięciu cesarskim to daje sumę przewyższającą koszty planowego cięcia cesarskiego.

REASONS OF INCREASING CESAREAN SECTION RATE, INCLUDING REQUESTED BY PATIENTS

- Fear of birth pains
- Fear of disturbed uterine ligament apparatus (vaginal vault, urine incontinence, cysto- or rectocele – delayed complications)
- Traumatic memories of previous delivery
- Child's wellness: If a family decides about single parity mode of delivery must minimize the risk of complications.
- Choice of time of delivery
Today the father can assist aside the cesarean section and the mother can contact with the baby immediately after the delivery; for the professionally active women choice of time to deliver may be important.
- Fear of being sued
Several insurance companies do not sell their policies to the gynecologists, which resulted in regions lacking of professional obstetrical staff (6). A similar situation is observed in Germany among private midwife- practitioners not affording for insurance policy. Since 2004 they are obliged to pay 10 times higher fees than before for individual practice. Additionally hospitals and clinics fight for each patient in the times of demographic decrease.
- Impatience of a parturient woman and/or her partner
- Economy

In “Lancet”, 2002 economic analysis of cesarean sections was presented. Total costs were estimated in the UK for 15 billion pounds. When accounted are: cost of permanent obstetrician's, pediatrician's, anesthesiologist's and emergency operating team assistance, general cost of a vaginal birth is alike the cesarean section. Additionally accounting costs of qualification and attempt of VBAC, total amount of money may exaggerate cost of an elective cesarean section.

POWIKŁANIA PO PORODZIE NATURALNYM I CIĘCIU CESARSKIM

Poród naturalny	Cięcie cesarskie
<ul style="list-style-type: none"> • Ryzyko uszkodzeń mięśniówki, włókien nerwowych, tkanki łącznej miednicy malej. • Stwierdzono, że episiotomia nie stanowi czynnika ochronnego uszkodzeń miednicy malej. • Dane literaturowe podają, że po porodzie naturalnym wysiłkowe nietrzymanie moczu występuje u 0,7 % do 35 % kobiet. • W 10 % po porodach naturalnych występują zaburzenia wydolności zwieracza odbytu, a jeśli wystąpi pęknięcie krocza III^o to procentowo zwiększa się to powikłanie do 20-50%. • W 5-20 % występują późniejsze uszkodzenia miednicy malej [7]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Większa śmiertelność z powodu zatorów, krwotoków, skazy krwotocznej i innych powikłań. Śmiertelność w Szwajcarii po cięciu cesarskim w latach 1985-1994 wynosiła 0,09 %. Jako przyczynę podaje się: zator zakrzepowy - 15%, powikłania anestezyjologiczne (zespół Mendelona-zachłystowe zapalenie płuc), posocznicę. • Ryzyko powstania zrostów i łożyska wrośniętego w następnej ciąży. • Ryzyko pęknięcia macicy u pacjentki po cięciu cesarskim jest znacznie wyższe, zwłaszcza w przypadku sztucznego wzniesienia porodu [9].

COMPLICATIONS OF VAGINAL AND CESAREAN DELIVERY

Vaginal birth	Cesarean section
<ul style="list-style-type: none"> • Risk of injury of the muscles, nerves and connective tissues in pelvic floor • Episiotomy does not always prevent from pelvic floor injury • Bibliographic records report 0,7-35% prevalence of urinary incontinence after a vaginal delivery. • Anal sphincter is insufficient in 10% of vaginal deliveries, when assumed with III grade perineal rupture the occurrence increases to about 20-50% • In 5-20% late symptoms of pelvic injuries appear(7). 	<ul style="list-style-type: none"> • Greater mortality related to embolism, bleedings, DIC and Rother complications Mortality after cesarean section in Switzerland between 1985-1994 was 0,09%. The causes were thrombus embolism 15%, Anesthetic complications (Mendelson's syndrome – aspiration of refluxed acidic content from stomach), sepsis • Increased risk of adhesions creation, placenta increta in next pregnancy. • Increased risk of uterine rupture in the next delivery, especially in the induced labor (9).

ŚMIERTELNOŚĆ

Poród siłami antury	Cięcie cesarskie
> 0,02 ‰ [8]	> 0,04 ‰ [8]

MORTALITY

Vaginal delivery	Cesarean section
> 0,02 ‰ [8]	> 0,04 ‰ [8]

ASPEKT NEONATOLOGICZNY CIĘCIA CESARSKIEGO

Statystycznie ryzyko dla dziecka jest 10-krotnie niższe w cięciu cesarskim niż w trakcie porodu naturalnego [11].

Korzyści wpływające dla dziecka to: niska śmiertelność, mniejsze ryzyko urazów okołoporodowych, zdecydowanie mniej infekcji [12].

Negatywne oddziaływania: dzieci wykazują więcej problemów adaptacyjnych, czasami potrzebują nadzoru medycznego, chociaż praktycznie nie są w sytuacjach zagrażających życiu. Noworodki z cięć cesarskich 3-krotnie częściej chorują na astmę oskrzelową. Częściej wykazują problemy z oddychaniem, gdyż wody płodowe nie są jak w porodzie fizjologicznym wyciskane z płuc. Obok syndromu bezdechu jest także niebezpieczeństwo uszkodzenia dziecka przy wykonywanym cięciu cesarskim. Najnowsze badania przeprowadzone przez Uniwersytet w Nowym Jorku wykazały znacznie wyższe ryzyko występowania próchnicy u dzieci, których poród odbył się poprzez ciecie cesarskie.

ASPEKT PSYCHOLOGICZNY CIĘCIA CESARSKIEGO

W podejmowaniu decyzji cięcia cesarskiego mieszczą się liczne zagadnienia natury psychologicznej:

- Większy potencjał sugestii pacjentki;
- Traumatycznie przeżyty wcześniej poród naturalny;

NEONATOLOGICAL ASPECTS

Statistically general risk for a neonate in cesarean section is 10 times lower than in vaginal delivery (11). The advantages of cesarean section are as follows: low mortality, reduced risk of perinatal injury, significantly fewer infections (12).

Disadvantages of cesarean section: newborns present more adaptation disorders, may require medical assistance even if their life is not endangered. Bronchial asthma is 3 times more frequent in these children. Respiratory distress is more often noted because amniotic fluid is not squeezed out of the lungs as in parturition. Aside apnoea syndrome, there is a possibility of harming the baby during the operation. Newest research performed in University of New York show higher occurrence of dental caries in children born via cesarean section.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Psychological items must be considered while deciding for a cesarean section:

- Higher suggestive potential of a patient;
- Traumatic previous vaginal delivery;

- Stany lękowe, depresji związane z ciążą i porodem;
- Posiadana wiedza o ewentualnych komplikacjach w trakcie porodu naturalnego;
- Przemiany społeczne i wzrastająca pozycja własnej osobowości.

Traumatyczne przeżycia z przeszłości w trakcie odbytych już porodów nie mają nic wspólnego z cięciem na życzenie i należy je zaszeregować, jako wskazania natury psychicznej.

- Anxiety and depression in the pregnant women;
- Awareness of eventual complications of vaginal birth;
- Social changes and rising social status of an individual.

Traumatic experiences from previous vaginal births have nothing to do with cesarean section on request, being more likely classified as psychological indications for cesarean section.

ETYCZNO-PRAWNY ASPEKT CIĘCIA CESARSKIEGO

Położnictwo jest jedyną dyscypliną medyczną, której działalność nie zawsze związana jest ze stanem chorobowym. Współcześnie położnik oferuje nie tylko diagnostykę, terapię, ale i pełne porozumienie. Pacjentka poprzez własną autonomię chce i może po wyjaśnieniu przez lekarza ewentualnych korzyści i negatywów cięcia cesarskiego współdecydować o wyborze postępowania medycznego.

Powstaje pytanie; czy operacja cięcia cesarskiego na życzenie nie jest w pojęciu prawnym uszkodzeniem ciała?

Dla wielu położników ciecie cesarskie na życzenie ma wskazania lekarskie np.: uniknięcie późniejszych zaburzeń funkcji miednicy małej. Widzą w tej operacji funkcję prewencyjną. Argumentują też słuszność i „lege artis” tej operacji faktem legalizacji prawnej takich zabiegów, jak np. sterylizacja.

Ważne jest, by deficyt wskazań lekarskich wyrównać poprzez właściwe i rzetelne wyjaśnienie ciężarnej, rodzącej całej procedury ciecienia cesarskiego. Ponieważ decyzja pacjentki ma wykładnię jej samoopowiedzialności, cięcie na życzenie nie koliduje z przepisami prawnymi kodeksu cywilnego, karnego czy zawodowego [15]. Z tego powodu cała dokumentacja musi być obszerna i pozbawiona jakichkolwiek niejasności.

W 80 % przypadków decyzję o cięciu na życzenie podejmuje się na sali porodowej, gdy rodząca odczuwa już skurcze porodowe i niejednokrotnie jest pod wpływem leków oraz w stanie wzmożonego lęku. Jeśli w tej sytuacji położnik decyduje się na kontynuację naturalnego porodu, a wystąpią komplikacje jak np. porażenie splotu ramiennego u noworodka, czy pęknięcie krocza III° u rodzącej, wówczas może być pociągnięty do odpowiedzialności zawodowo-prawnej, bo nie uwzględnił życzenia pacjentki. Lekarze powinni z powodów czysto etycznych nie polecać cięcia cesarskiego na życzenie, lecz w rozmowie indywidualnej rozważyć ewentualne korzyści lub skutki ujemne dla ciężarnej kobiety. Grünebaum [16] podaje, iż postępowanie położnika powinno uwzględniać następujące zasady:

- Dobro matki;
- Dobro dziecka;
- Prawo o decydowaniu pacjentki;
- Respektować prawo osoby, o ile to prawo tej osobie jest przypisane.

ETHICAL LEGISLATIVE ASPECTS

Obstetrics seems to be the only medical specialty, where interventions are undertaken for non-medical reasons. A contemporary obstetrician offers not only diagnostics and treatment but also complete understanding. A patient in her autonomy is right to be given complete information about the advantages and disadvantages of the cesarean section and participate in making decisions in medical process.

The question is, whether operation of cesarean section on request is in fact an injury of human body in a legislative meaning?

For many obstetricians section on request is acceptable thanks to it preventive matter in pelvic floor dysfunction. They argument for justifying such intervention through legality of procedures like surgical sterilization.

Important is to fill in the missing medical indications by detailed patient information even about the technical aspects of cesarean section. Since patient's request is of self-responsibility matter, it causes no collision with civil, punitive or professional laws (15). Due to this the documentation must be detailed and well developed.

The decision of cesarean section is made in 80% of cases in the delivery room, when a parturient woman is already in anxiety, influenced by some pharmaceuticals. Whenever the obstetrician decides to continue vaginal delivery despite patient's request, can be punished on ethical legislative basis in case of complications like brachial plexus palsy, perineal rupture of III grade, etc. Due to purely ethical reasons cesarean section should not be offered to a patient, but must be individually discussed and considered pointing out both advantages and disadvantages. Gruenebaum (16) suggests that obstetrical judgment certain issues must be considered:

- Newborn' welfare
- Maternal welfare
- Patient's right to decide
- Respect rights of an individual whenever the right is possessed

Jeśli pacjentka decyduje się, by rozwiązać poród cięciem cesarskim na życzenie mimo innych zaleceń położnika, wówczas należy je wykonać, bądź pacjentkę skierować do innego lekarza. Innymi słowy lekarza nie można zmusić do odpowiedniego zachowania. Diametralnie zmienia się sytuacja prawna w przypadku, gdy u ciężarnej wystąpiła czynność porodowa, bądź otrzymała leki. **Okolo 80 % kobiet rodzących podejmuje w takich okolicznościach decyzję o cięciu cesarskim. Wówczas można mówić o ograniczonej zdolności pacjentki do podejmowania decyzji i wola ciężarnej nie stanowi wskazania do wykonania cięcia cesarskiego** [17].

Komisja Etyki Światowego Zrzeszenia Ginekologów i Położników (FIGO) w 1999 roku wydała w sprawie cięcia cesarskiego następujące oświadczenie:

Nie ma pewnych dowodów na to, iż planowane cięcie cesarskie bez wskazań lekarskich jest dla rodzącej korzystniejsze niż poród fizjologiczny.

Obecne badania potwierdzają, że poród naturalny z bliższej i dalszej perspektywy dla matki i dziecka jest bezpieczniejszy. Lekarze nie są zobowiązani, przeprowadzać operacje bez wskazań medycznych. Komisja doszła do wniosku, że koliduje z etyką fakt przeprowadzenia cięcia cesarskiego na życzenie. Jednakże ta sama Komisja we wrześniu 2000 roku na światowym Kongresie FIGO w Waszyngtonie zastąpiła słowa „koliduje” słowem „raczej koliduje”.

If a woman decides to deliver through cesarean section on request, the operation should be either performed or the patient should be transferred to another obstetrician. In other words, the obstetrician must not be forced by anyone to such action. The situation changes by right during active labor or was administered drugs. 80% of women decides about cesarean section in such state. Decisive ability in these conditions is limited and patients will is not obligatory for the physician [17].

Commission of Ethics, FIGO stated in 1999 about cesarean section on request:

There are no clear evidences that elective cesarean section without medical indications is more beneficial for the mother than natural delivery

Current studies confirm that natural delivery is still safer both for the mother and her child in either short or distant perspective. Surgeons are obliged to operate only for medical reasons. The Commission stated, that cesarean section on patient's request conflicts ethics. However the same Commission changed the statement in a congress in Washington, DC in 2000, replacing "conflicts" by "seems to conflict"

Piśmiennictwo / References:

1. Cesarean Delivery on Demand: Clinical Obstet Gynecol 2004;47 Nr.2.
2. Schmutzler RK, Herlyn-Elger M, Rhiem K, Bücken-Nott H, Roemer VM. Einstellung deutscher Gynäkologen zur Wunschsectio, Ergebnisse einer Befragung. Frauenarzt 2003;44:632-6.
3. Husslein P, Schneider KT, Schneider H Geburtshilfe Berlin/Heidelberg Springer-verlag 2000.
4. Husslein P, Langer M. Elektive Sectio versus vaginale Geburt-ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? Gynäkologie 2000;33:849-56.
5. Liebermann E. Epidemiology of analgesia and cesarean delivery. Clinical Obstet Gynecol 2004;47:317-31.
6. Kühn D. Droht der ausserklinischen Geburtshilfe das Aus? Pressemitteilung. Bund freiberuflicher Hebammen. Frankfurt 2003.
7. Anthuber C, Dannecker C, Hepp H, Vaginale Geburt-morphologische u funktionelle Veränderungen am Beckenboden. Einfluss auf den Blasenverschluss und die Analsphinkterfunktion. Gynäkologie 2000;33:857-63.
8. Welsch H. Muttersterblichkeit während und Wochenbett bei vaginaler Entbindung und Sectio caesarea. Gynäkologie 1997;30:742-56.
9. Meili G, Huch R, Huch A, Zimmermann R. Mütterliche Mortalität in der Schweiz 1985-1994. Gyn. Rundschau 2003;43:158-65.
10. Wagner M. Choosing cesarean section. Lancet 2000;356:1677-80.
11. Holzgreve B. Kaiserschnitt babys. 2003
12. Taylor A et al. Mode of delivery and subsequent stress response. Lancet 2000;355:120.
13. Doherty E, Eichenwald E. Cesarean delivery: Emphasis on the neonate. Clinical Obstet Gynecol 2004;47:332-41.
14. Mc Elrath T. Cesarean delivery at the limits of neonatal viability. Clinical Obstet Gynecol 2004;47: 342-51.
15. Ulseheimer K. Wunschsectio. Forensische Aspekte Gynäkologie 2000;33:882-6.
16. Grünebaum A. Kaiserschnitt auf Wunsch. Statements der Fachleute. Gynäkologie 1997;30:742-56.
17. Haenggi-Bally D., Heinzl S.: Ist die natürliche Geburt „out“? Schweiz Med Forum. 2004; 4: 1244-1251.

- Received: 09.10.2006
- Accepted: 11.10.2006
- Published: 18.10.2006