

Jak powinniśmy odpowiedzieć na trend zwiększającej się liczby cięć cesarskich?

Marci G. Adams, MPH, Emmet Hirsch, MD, Scott N. MacGregor, DO,
Carolyn V. Kirschner, MD, Richard K. Silver, MD

Rewizja postępowania klinicznego, które przyczyniło się do zwiększenia odsetka cięć cesarskich, mogłaby znacznie zmniejszyć związaną z nimi chorobowość matek.

W 2007 roku 31,8% porodów w Stanach Zjednoczonych odbyło się przez cięcie cesarskie. Tę operację wykonano u ponad 1 370 000 kobiet,¹ co odpowiada 2% zwiększeniu w porównaniu z 2006 rokiem i ponad 50% w porównaniu z 1996 rokiem. To zwiększenie odsetka nie jest związane tylko z wykonywaniem kolejnych cięć. W 2004 roku jedną piątą wszystkich porodów stanowiły pierwotne cięcia cesarskie, co spowodowało 41% wzrost w tej kategorii od 1996 roku.² Wskaźniki w innych krajach również zwiększyły się o 62% w latach 1993-1996 i 2003-2007, w zakresie od 6 do ponad 211% w porównaniu z wartością wyjściową (rycina).^{1,3-6}

Powtórne cięcia cesarskie stanowią duży problem zdrowotny. Przeciętnie 64% kobiet posiadających dwoje dzieci decyduje się na poród trzeciego.⁷ Zatem spośród 184 022 kobiet, które urodziły swoje drugie dziecko w 2004 roku przez powtórne cięcie cesarskie, teoretycznie 117 774 odbędzie kolejny poród operacyjny. Posługując się danymi szacunkowymi

dotyczącymi histerektomii po kolejnym cięciu cesarskim, w tej grupie pacjentek po 3 cięciach cesarskich zostanie wykonanych aż 1725 histerektomii.⁸ Ponieważ te histerektomie zwykle wykonywane są w sytuacjach nagłych, u kobiet mogą występować zagrażające życiu powikłania, w tym niemożliwy do opanowania krwotok, uraz sąsiednich narządów, przyjęcie na oddział intensywnej terapii oraz utrata płodności.

Następstwa tej epidemii zostały oszacowane na naszym oddziale przy okazji oceny częstości wykonywania histerektomii w trakcie cięcia cesarskiego z powodu nieprawidłowości łożyskowymi. Uzyskano zgodę szpitala na dokonanie przeglądu wszystkich przypadków, które nastąpiły między grudniem 2001 a wrześniem 2008 roku. U dwudziestu trzech kobiet wykonano histerektomię w trakcie cięcia cesarskiego z powodu nieprawidłowo przytwierdzonego łożyska, ze średnią utratą krwi wynoszącą 3000 ml, wymagającą przetoczenia średnio 6 jednostek krwi (tabela).^{1,3-6} Jedna z pacjentek wymagała przetoczenia 45 jednostek, ponieważ jej łożysko przerastało również żyłę główną dolną. W ponad połowie tych przypadków doszło do urazów pęcherza moczowego, a 70% kobiet wymagało przyjęcia na oddział intensywnej opieki.

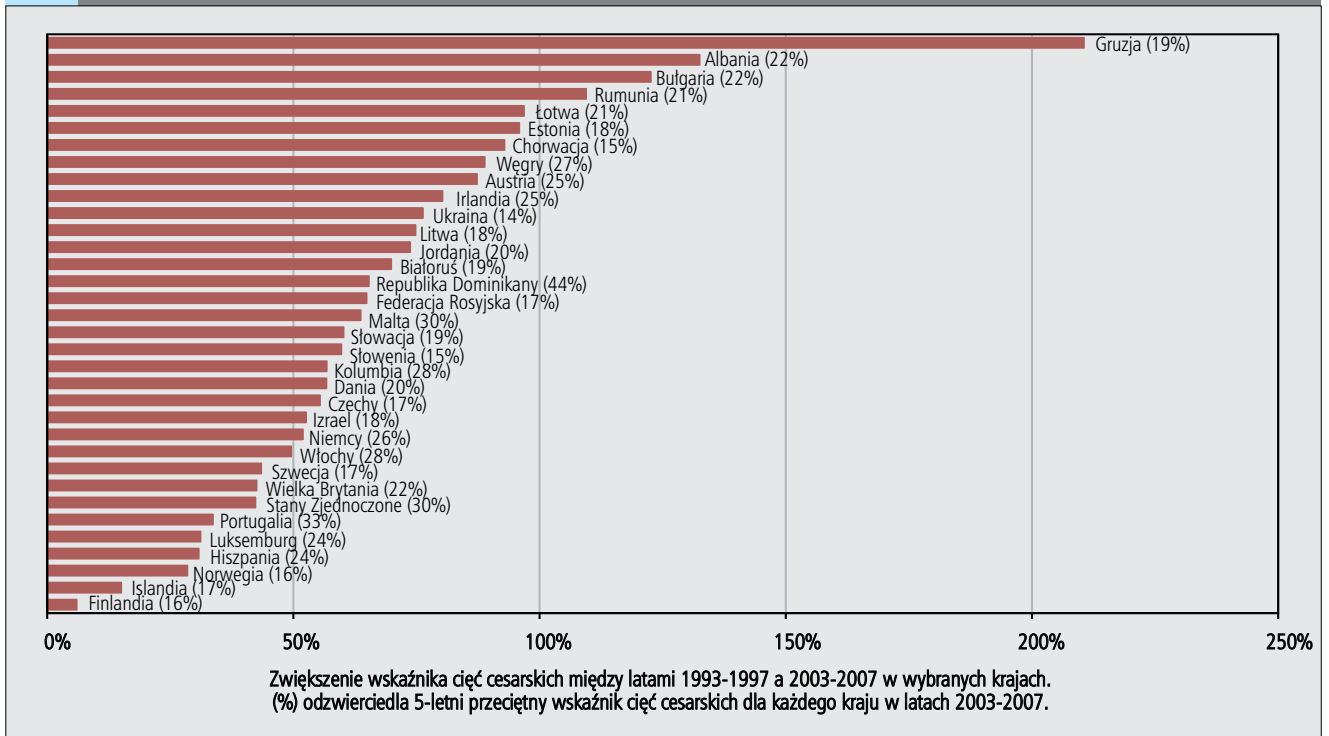
Niestety, zwiększeniu odsetka pierwotnych cięć cesarskich towarzyszyło gwałtowne zmniejszenie liczby prób porodu drogami natury po cięciu ce-

sarskim. W najnowszym raporcie stwierdzono, że tylko u 5,6% kobiet po ponownym cięciu cesarskim podjęto próbę porodu siłami natury.⁹ Zatem zapobieganie pierwszemu porodowi przez cięcie cesarskie stanowi najlepszą drogę do opanowania tego trendu. Wskazania do pierwszego cięcia cesarskiego, jakie wystąpiły w naszej grupie, sugerują pewne możliwości prewencji (tabela).^{1,3-6} Jedna trzecia pacjentek miała wykonane pierwsze cięcie cesarskie z powodu braku postępu porodu, kolejna jedna trzecia z powodu położenia miednicowego płodu, a reszta z różnych przyczyn, w tym łożyska przodującego, przedwczesnego oddzielenia się łożyska, zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej płodu oraz podejrzenia makrosomii.

W której z tych kategorii można by bezpiecznie poprowadzić poród drogami natury? Czy skrupulatnie stosujemy oparte na dowodach naukowych standardy oceniające postęp porodu? Czy opanowaliśmy interpretację czynności serca płodu (poza jego ograniczeniami), czy posługujemy się innymi parametrami biofizycznymi (oceną pH krwi ze skalpu płodu lub stymulacją akustyczną) w celu zmniejszenia fałszywie dodatnich rozpoznań zagrożenia płodu?¹⁰ Czy lepsza ocena położenia płodu wraz ze zwiększeniem częstości wykonywania obrotu zewnętrznego mogłaby zmniejszyć częstość położenia miednicowego?¹¹ Czy ponownie powinniśmy rozważyć prowadzenie porodów w położeniu miednicowym,

Pani Adams, perinatal research manager;
dr Hirsch, director, Division of Obstetrics;
dr MacGregor, director, Division of Maternal Fetal
Medicine, vice chair;
dr Kirschner, attending physician;
dr Silver, chairman, Department of Obstetrics and
Gynecology, North Shore University Health System,
Evanston, Illinois.
Autorzy nie zgłaszają żadnych potencjalnych konfliktów
interesów związanych z treścią tego artykułu ani
otrzymywania wsparcia finansowego za opisane badania.

RYCINA. Zmiana wskaźnika cięć cesarskich na świecie i jego obecne wartości*



*Zwiększenie wskaźnika cięć cesarskich między latami 1993-1997 a 2003-2007 w wybranych krajach. Odsetek (%) odzwierciedla 5-letni przeciętny wskaźnik cięć cesarskich dla każdego kraju w latach 2003-2007.

Dane na podstawie Hamilton BE i wsp.,¹ Martin JA i wsp.,³ World Health Organization Regional Office for Europe,⁴ Measure DHS,⁵ US Dept of Health and Human Services.⁶

wprowadzając standardowy schemat postępowania oraz szkoląc położników w celu maksymalizacji bezpieczeństwa płodu?¹² Wreszcie, skoro nie potrafimy dokładnie przewidzieć makrosomii, czy należy ponownie rozważyć graniczne wartości szacunkowej masy płodu, które są wskazaniem do wykonania pierwotnego cięcia cesarskiego i czy u pacjentek, u których podejrzewa się makrosomię, należy stosować mniejsze wartości progowe dla rozpoznania braku postępu porodu?

Wymienianie tych pytań nie oznacza, że istnieją proste rozwiązania. Niezbądanie tych zagadnień stanowi jednak akceptację nadmiernego ryzyka dla matki, którego potencjalnie można by uniknąć.

W dalszej części tego artykułu omówiono takie problemy, jak brak postępu porodu, niewstawienie się główki płodu, zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna płodu, prowadzenie porodu w położeniu miednicowym

oraz postępowanie w przypadku makrosomii płodu, aby postawić odpowiednie pytania kliniczne dla każdego z tych zagadnień. Ponowna ocena próby porodu drogami natury również jest dyskutowana, ponieważ w wielu przypadkach niemożliwe będzie uniknięcie pierwotnego cięcia cesarskiego. W końcu omówiono również zagadnienie cięcia cesarskiego na życzenie pacjentki.

Brak postępu rozwierania się szyjki macicy

W Maternal-Fetal Medicine Unit Network's Cesarean Delivery Registry brak postępu porodu był przyczyną 59% cięć cesarskich w pierwszym okresie porodu i 84% w drugim.¹³ Obowiązujący American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Bulletin Dystocia and Augmentation of Labor jako zahamowanie aktywnej fazy porodu określa stwierdzenie braku rozwierania się

szyjki macicy po 2 godzinach prawidłowej czynności skurczowej.¹⁴ Pacjentki, którym daje się więcej czasu w aktywnej fazie porodu, wciąż jednak mogą urodzić drogami natury bez istotnego zwiększenia chorobowości matki i noworodka.¹⁵ Przestrzeganie sztywnych kryteriów może wiązać się z nadrozpoznanalnością braku postępu porodu.¹⁶ Skuteczne rozwieranie się szyjki macicy zakończone porodem drogami natury może trwać dłużej niż wcześniej opisano i obejmować okresy dłuższe niż 2 h bez zmiany rozwarcia szyjki macicy.¹⁷

U kobiet, u których wzmacnia się czynność skurczową oksytocyną, stwierdza się wolniejszy postęp niż przy porodzie samoistnym.¹⁸ Kiedy w tej ostatniej grupie stwierdzono brak postępu porodu od co najmniej 2 godzin, zapewniając pacjentkom dodatkowe 4 godziny wzmożonej czynności skurczowej, stwierdzono, że takie postępowanie jest bezpieczniejsze oraz skutecz-

TABELA

Wybrane zmienne dotyczące porodu u 23 kobiet wymagających wykonania histerektomii z powodu wrośnięcia łożyska, 2001-2008

Pierwotne wskazanie do cięcia cesarskiego	Liczba wcześniejszych cięć cesarskich	Wiek ciążowy w momencie porodu (tygodnie)	Długość hospitalizacji(dni)/ czas trwania operacji (godziny)	Szacunkowa utrata krwi (ml)	Liczba przetoczonych jednostek krwi	Uraz pęcherza moczowego
AODD	1	34	36/NA	2000	2	Nie
AODD	1	39	4/1,8	2500	2	Nie
AODD	2	34	10/3	14000	29	Tak
AODD	1	38	3/1,7	700	0	Nie
AODD	3	33	12/NA	1200	4	Tak
AODD	3	39	4/2,2	3000	6	Nie
AODD	4	27	24/2,8	5000	9	Tak
AODD	3	34	33/6,2	19000	45	Tak
Położone miednicowe	1	35	7/1,5	4000	3	Tak
Położone miednicowe	2	34	10/2,8	2000	6	Nie
Położone miednicowe	2	28	8/3,0	3000	8	Tak
Położone miednicowe	1	37	6/2,5	3500	7	Tak
Położone miednicowe	1	36	67/5,3	7300	10	Tak
Położone miednicowe	6	36	56/4,3	12 000	7	Tak
Położone miednicowe	3	38	30/5,8	12 000	29	Tak
Łożysko przodujące	1	36	9/2,1	2600	2	Nie
Łożysko przodujące	1	32	7/2,5	3000	7	Tak
Przedwczesne odklejenie łożyska	1	34	64/1,5	3700	5	Nie
FHR	1	34	9/2,8	2000	3	Nie
Makrosomia	3	33	38/NA	1700	2	Tak
Makrosomia	1	39	4/3,6	3000	10	Nie
IUFD	2	36	3/1,8	2500	1	Nie
Nieznane	1	35	7/2,1	3000	2	Nie

Skróty: AODD – brak postępu rozwierania szyjki macicy i/lub zstępowania główki płodu, FHR – wskazania związane z tętnem płodu, IUFD – wewnątrzmaciczne obumarcie płodu, NA – brak danych.

Dane za Hamilton BE i wsp.,¹ Martin JA i wsp.,³ World Health Organization Regional Office for Europe,⁴ Measure DHS,⁵ US Dept of Health and Human Services.⁶

niejsze i ostatecznie 92% kobiet urodziło drogami natury. Nie stwierdzono działań niepożądanych dla matki ani płodu.¹⁵

U kobiet, u których nie stwierdzono postępu nawet po czterech godzinach podawania oksytocyny, 88% wieloródek i 56% pierwsiastek ostatecznie urodziło drogami natury, chociaż w tej grupie stwierdzono większy wskaźnik zakażeń w porównaniu z uczestniczkami badania, które urodziły szybciej.¹⁵ U kobiet, u których wykonuje się indukcję porodu w terminie, stwierdzono, że pozwolenie, aby latentna faza porodu trwała co najmniej 18 h było bezpieczne i skuteczne.¹⁹

Możliwość, że lekarze wykonują cięcia cesarskie z powodu „braku postępu porodu” szybciej niż to konieczne, stwierdzono w badaniu obejmującym lekarzy kanadyjskich.²⁰ Wśród 239 rodzących pierwsiastek, których porody przyjmowało 10 lekarzy, wytyczne były przestrzegane rzadziej niż w połowie przypadków porodów samoistnych zakończonych cięciem cesarskim.

W badaniu dotyczącym porodów w szpitalach hrabstw Los Angeles i Iowa stwierdzono, że jedna trzecia z 231 przypadków cięć cesarskich wykonanych z powodu braku postępu porodu nie spełniała definicji zahamowania aktywnej fazy porodu zgod-

nie z kryteriami ACOG.²¹ Wydaje się, że bardziej jednolite stosowanie obecnie przyjętych kryteriów przebiegu porodu może potencjalnie zmniejszyć odsetek pierwotnych cięć cesarskich.

Zahamowanie zstępowania główki płodu

Inna możliwość zmniejszenia liczby pierwotnych cięć cesarskich to właściwe wykorzystanie metod porodów zabiegowych drogami natury (kleszczy i próżności). Nie wykonano badania randomizowanego porównującego poród zabiegowy drogami natury z cięciem cesarskim. Poród zabiegowy

drogami natury może jednak stanowić alternatywę dla cięcia cesarskiego, która zmniejsza chorobowość matek i jest równie bezpieczna dla płodu we właściwie dobranych przypadkach. Od 1996 roku wskaźnik porodów zabiegowych zmniejszył się o połowę.³ Bezpieczne stosowanie tych urządzeń wymaga właściwego wykszolenia i, co najważniejsze, solidnej oceny klinicznej.

Skuteczny obrót z ułożenia potylicowego tylnego na potylicowe przednie jest związany ze zmniejszeniem liczby cięć cesarskich oraz urazów krocza.²² Obroty i porody zabiegowe drogami natury zostały jednak w dużym stopniu zaniechane. Do tej pory nie ma żadnych dowodów wskazujących, że obrót i poród zabiegowy drogami natury są częściej przyczyną urazu u matki lub płodu niż w prawidłowo dobranych przypadkach. Sugerowalibyśmy, aby wprowadzić wnikliwsze metody postępowania w przypadku braku postępu porodu w drugim okresie związane z nieprawidłowym ułożeniem, co zapobiegłoby wielu pierwotnym cięciom cesarskim.

Zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna płodu

Niemal powszechne uzależnienie postępowania od wyniku elektronicznego monitorowania czynności serca płodu (FHR) przeczy jego ograniczonej wartości predykcyjnej rozpoznawania sytuacji, w której płód jest prawidłowo dotleniony i poród można kontynuować lub, w której płodowi zagraża zamartwica (z kwasica), kiedy wskazane jest wykonanie cięcia cesarskiego ze wskazań nagłych. Ocena ponad 37 000 kobiet ujawniła, że chociaż częstość występowania drgawek u noworodków wydaje się mniejsza w związku z monitorowaniem płodu, nie ma żadnych bezpośrednich dowodów wskazujących na wpływ tej metody na śmiertelność okołoporodową lub porażenie mózgowie.²³ Zmniejszenie częstości ich występowania mogłoby inaczej usprawiedliwiać wysoki wskaźnik wyników fałszywie dodatnich obserwowanych klinicznie, ale tylko u 1-2 płodów na 1000 z nie-

reaktywnym zapisem KTG występuje porażenie mózgowie.²⁴ W tej samej metaanalizie ciągle elektroniczne monitorowanie tętna płodu istotnie zwiększyło odsetek cięć cesarskich.

Skoro monitorowanie czynności serca płodu jest wciąż stosowane, musimy lepiej przeszkolić nasze zespoły położnicze w kierunku ujednoczenia interpretacji, w połączeniu z innymi metodami oceny biofizycznej, w celu identyfikacji płodów naprawdę zagrożonych oraz umożliwienia większości płodów w stanie stabilnym przejść przez poród. Podrażnienie skóry główki płodu, to przykład łatwej do wykonania, skutecznej dodatkowej metody oceny. Metaanaliza dotycząca tej metody wykazała, że jest to dokładny czynnik predykcyjny kwasicy u płodu w przypadku niereaktywnego zapisu KTG.¹⁰

Inną metodą alternatywną jest profil biofizyczny płodu oceniany w trakcie porodu. Nie została ona oceniona w badaniu randomizowanym i wymaga dodatkowych badań.²⁵ Najnowszy raport National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) dostarcza definicji i zaleceń dotyczących elektronicznego monitorowania płodu, ale przyznaje, że konieczna jest większa liczba badań.²⁶ Nadzieje związane z uzyskaniem korzyści z zastosowania pulsoksymetrii płodowej się nie spełniły. Ani nie poprawia ona stanu noworodka przy urodzeniu, ani nie zmniejsza wskaźnika cięć cesarskich.²⁷

ACOG zaleca wykonanie serii działań w przypadku stwierdzenia niereaktywnego zapisu KTG, w tym sprawdzenie, czy nie wypadła pępowina, zmianę pozycji matki lub zastosowanie właściwego postępowania w przypadku hipotensji u matki lub hiperstymulacji.²⁸ Niestety, dowody kliniczne pozwalają przypuszczać, że nawet te podstawowe kroki nie zawsze są podejmowane.²⁹

Położenie miednicowe

Prawdopodobnie żadne wskazania do cięcia cesarskiego nie były uważniej przeanalizowane niż położenie miednicowe. Term Breech Trial było

tematem licznych komentarzy redakcyjnych pod kątem wad metody zaplanowania badania, jego przebiegu i analizy.^{12,30,31} Wybrane przyczyny krytyki obejmują włączenie do badania pacjentek w czasie aktywnej fazy porodu, niestandardowe prowadzenie porodu i niewystarczające kompetencje niektórych lekarzy. W następstwie tego w 2005 roku w Stanach Zjednoczonych 82,5% płodów w położeniu miednicowym urodziło się przez cięcie cesarskie.⁷ Tymczasem analiza retrospektywna wykazała, że poród drogami natury w położeniu miednicowym jest bezpieczny, a krótkoterminowe i odległe wyniki u noworodków są bardzo dobre.³² Zdajemy sobie sprawę, że zachęcanie do częstszego prowadzenia porodu w położeniu miednicowym drogami natury mogłoby być problematyczne.

Alternatywą jest możliwość wykonania obrotu zewnętrznego za każdym razem, kiedy to możliwe, w celu ustalenia właściwego położenia płodu, jeśli znajduje się w położeniu innym niż główkowe. Na podstawie informacji z 12 stanów z 2005 roku, które przedstawiły dane dotyczące porodów po obrocie zewnętrznym na główkę płodu, w mniej niż 0,54% wszystkich żywych urodzeń usiłowano wykonać obrót zewnętrzny, co stanowiło tylko 4,7% płodów w położeniu miednicowym.⁹ Kiedy jednak usiłowano wykonać obrót zewnętrzny płodu na główkę, manewr powiódł się w 81% przypadków. Chociaż nie każdy płód w położeniu miednicowym jest kandydatem do wykonania obrotu zewnętrznego, wydaje się, że tę metodę można stosować częściej. Przyznanie, że powodzenie obrotu zewnętrznego nie gwarantuje zakończenia porodu drogami natury, potencjalnie może zmniejszyć wskaźnik cięć cesarskich wśród kobiet z położeniem miednicowym płodu.⁹

Poród drogami natury po cięciu cesarskim

Jeśli nie można uniknąć pierwotnego cięcia cesarskiego, wciąż istnieje możliwość przekierowania pacjentek z drogi prowadzącej do licznych cięć

Kluczowe zagadnienia

- Należy rozważyć podjęcie próby porodu drogami natury u pacjentki, u której wskazania do poprzedniego cięcia się nie powtarzają.
- Kluczowe znaczenie ma uzyskanie wcześniejszej świadomej zgody dotyczącej ryzyka, korzyści i metod alternatywnych dla próby porodu drogami natury.
- Próbne ćwiczenia i symulacje zespołu położniczego mogą pomóc w zmniejszeniu częstości występowania dystocji barkowej.

cesarskich, oferując im możliwość podjęcia próby porodu drogami natury. To dotyczy głównie wskazań, które się nie powtarzają (np. położenie miednicowe płodu, zagrażająca zmartwica wewnątrzmaciczna płodu), ponieważ wskaźnik powodzeń wśród tych kobiet wynosi 80%.³³ Ryzyko rezejsia się bliźny po cięciu lub pęknięcia macicy jest ograniczone i takie przypadki w odpowiednich warunkach mogą być skutecznie leczone.³³ Niechęć lekarzy do zachęcania do porodów drogami natury może być umacniana przez opisy przypadków przedstawiające niepożądane skutki takiego postępowania, ale liczne prospektywne (choć nierandomizowane) badania wykazały, że poród drogami natury po cięciu cesarskim jest bezpieczny i jest metodą zakończenia ciąży bardziej preferowaną niż ponowne cięcie cesarskie.^{34,35} Po uzyskaniu świadomej zgody, uwzględniającej ryzyko, korzyści oraz alternatywne metody zakończenia ciąży (w tym pełny opis ryzyka zdrowotnego dla matki związanego z operacjami macicy, które mogą wystąpić w kolejnych ciążach), powinniśmy móc częściej proponować próbę porodu drogami natury. Dostępność do internetowego narzędzia umożliwiającego przewidywanie wyniku i przebiegu porodu pozwala lekarzom zachęcać pacjentki, jednocześnie dokumentując, że udzielona im konsultacja była oparta na formalnej ocenie prawdopodobieństwa osiągnięcia powodzenia (www.bsc.gwu.edu/mfmu/vagbirth.html).³⁶

Cięcie cesarskie z powodu podejrzenia makrosomii

Chociaż zapobieganie dystocji barkowej i trwałemu uszkodzeniu splotu barkowego jest postępowaniem wła-

ściwym, wykonywanie cięć cesarskich z powodu podejrzenia makrosomii jest ograniczone niedokładnością ultrasonograficznej oceny masy płodu. Możliwości przewidywania dystocji barkowej są niewielkie, a prawdopodobieństwo trwałego uszkodzenia splotu barkowego związanego z dystocją barkową małe.³⁷ Według doniesień, wskaźnik występowania dystocji barkowej wynosi 0,6-1,4%. Częstość występowania uszkodzenia splotu barkowego po dystocji barkowej wynosi 9-26%, a większość przypadków cofa się bez trwałej niepełnosprawności.^{38,39} Na przykład z doświadczenia ośrodka trzeciego stopnia referencyjności, które obejmuje 23 lata i prawie 90 000 porodów, porażenie splotu barkowego występowało z częstością jeden na 1000 porodów drogami natury, a trwałe uszkodzenie w 12% tych przypadków.³⁸ Innymi słowy, trwałe uszkodzenie splotu barkowego występowało z częstością 1 na 10 000 porodów.

Wśród dzieci ważących ponad 4000 g, a nawet więcej niż 4500 g, uszkodzenia splotu barkowego występują rzadko, nawet u pacjentek chorych na cukrzycę.^{40,41} Szacuje się, że należałoby wykonać ponad 1000 profilaktycznych cięć cesarskich, aby zapobiec jednemu przypadkowi trwałego uszkodzenia splotu barkowego zarówno wśród pacjentek chorych na cukrzycę, jak i bez cukrzycy, co sprawia, że niemożliwa jest obrona zasady przewidywania i zapobiegania.^{37,39} Coraz większą popularność zyskuje alternatywna strategia tworzenia zespołu wyszkolonego w postępowaniu w przypadku dystocji barkowej.⁴² Umiejętności, ćwiczenia oraz program ze symulacją wydają się skuteczne i prawdopodobnie powinny zostać rozpropagowane na wszystkich od-

działach położniczych. Alternatywną strategią postępowania, która musi zostać przebadana prospektywnie, byłoby ustalenie surowszych kryteriów prowadzenia porodu w przypadkach podejrzenia makrosomii przewidywanej na podstawie postępu zarówno zstępowania główki, jak i rozwierania się szyjki macicy w pierwszym i drugim okresie porodu. Wykorzystanie u tych pacjentek odrębnych wytycznych mogłoby zmniejszyć odsetek cięć cesarskich wśród tych kobiet, zwłaszcza gdy masa płodu przewidywana na podstawie badania ultrasonograficznego przewyższa rzeczywistość. Badanie randomizowane oceniające tę strategię musiałyby wykazać jedynie, że prowadzenie porodu u tych kobiet zgodnie z uaktualnionymi wytycznymi, skutkuje niewielkim zmniejszeniem wskaźnika cięć cesarskich bez zwiększenia częstości występowania dystocji barkowej.

Cięcie cesarskie na życzenie matki

W około 2,5% przypadków cięć cesarskich w Stanach Zjednoczonych stwierdza się brak udokumentowanych wskazań medycznych, a niektóre z nich mogą być wykonywane na życzenie matki.⁴³ Chociaż to wskazanie jeszcze nie zwiększa istotnie wskaźnika cięć cesarskich, to jego akceptowanie odzwierciedla upadek ważnej bariery psychologicznej powstrzymującej od wykonywania cięć cesarskich. Jeśli lekarz decyduje się na wykonanie cięcia cesarskiego bez żadnych wskazań, to dlaczego miałby się wahać przy niejednoznacznych wskazaniach? Brak badań dotyczących tego zagadnienia powoduje, że NICHD i ACOG mają bardzo niewielką liczbę danych, na których muszą oprzeć swoje zalecenia.⁴⁴ ACOG twierdzi, że cięcie cesarskie na życzenie matki nie jest zalecane w przypadkach, kiedy kobieta planuje więcej niż jedną ciążę.⁴³ Można by się spierać, że to zalecenie nie jest ani silne, ani praktyczne w świetle faktu, że prawie połowa ciąż jest nieplanowana.⁴⁵ Chociaż kobiety powinny aktywnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących wła-

snej opieki zdrowotnej, pierwotne cięcia cesarskie na życzenie matki powinno być wykonywane bardzo rzadko.

Podsumowanie

Położnicy muszą podzielić naszą odpowiedzialność za zwiększenie wskaźnika cięć cesarskich oraz powikłań zagrażających życiu matki, które są wynikiem licznych zabiegów. Nie wolno nam kontynuować rozważania wykonywania zabiegów położniczych u rodzących pacjentek w kontekście samego wskaźnika ciąż. Ryzyko dla matki związane z pierwszym i wszystkimi kolejnymi porodami operacyjnymi musi zostać włączone do procesu podejmowania decyzji dotyczących postępowania. Ta konstrukcja przypomina podejście internisty do problemu nadciśnienia tętniczego, gdzie decyzja o włączeniu leczenia jest słabiej oparta na jego krótkotrwałej skuteczności niż na późniejszych latach życia w lepszym stanie zdrowia oraz

lepszej przeżywalności związanej ze zmniejszeniem wartości ciśnienia tętniczego.

Należy opracować porządek badań, które skupią się na prowadzeniu porodu. Powinniśmy ponownie skupić się na szkoleniu dotyczącym tych odrębnych tematów prowadzenia porodu oraz dokładniejszej ocenie dobrostanu płodu w trakcie porodu. Połączenie tych strategii z dokładniejszym ustaleniem postępowania w przypadku położenia miednicowego i szerszego zastosowania obrotu zewnętrznego płodu na główkę może potencjalnie znacznie zmniejszyć wskaźnik cięć cesarskich. Wśród naszych 23 przypadków histerektomii w trakcie cięcia cesarskiego 65% poprzednich operacji potencjalnie można było uniknąć, gdyby zastosowano wymienione wyżej strategie postępowania. Chociaż nie jest to łatwe, należy rozważyć zastosowanie takich interwencji, jak szkolenie/ponowne szkolenie odbierania porodów drogami natury w położeniu miednicowym (co istotnie

pokrywa się z umiejętnościami wykorzystywanymi w trakcie „wytaczania pośladków” przez nacięcie macicy) oraz powrót do częstszego podejmowania próby porodu drogami natury. Musimy podzielić się z pacjentkami naszymi obawami dotyczącymi odległej chorobowości, kiedy udzielamy im konsultacji na temat możliwych metod porodu. To powinno być stałym elementem w procesie uzyskiwania świadomej zgody. Bez posunięcia się do kampanii społecznej zaaranżowanej przez lekarzy naszej specjalności, ze znacznym zaangażowaniem środków, nie odwrócimy pewnie tego trendu.

Contemporary OB/GYN, Vol. 55, No 6, June 2010, p. 30.
How should we respond to the trend of increasing cesarean delivery?

PIŚMIENNICTWO

1. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. National Vital Statistics Reports: Births: Preliminary Data for 2007. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2009.
2. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S. Births: final data for 2004. Natl Vital Stat Rep. 2006;55(1):1-101.

3. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. National Vital Statistics Reports: Births: Final Data for 2006. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2009.
4. World Health Organization Regional Office for Europe. European Health for All Database (HFA-DB). Updated January 2010. <http://data.euro.who.int/hfad/>. Accessed May 17, 2010.
5. Measure DHS. Demographic and Health Surveys: STATcompiler. www.statcompiler.com. Accessed May 17, 2010.
6. US Dept of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Health, United States, 2008, With Special Feature on the Health of Young Adults. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2009.
7. Centers for Disease Control and Prevention. VitalStats: Births. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2010. www.cdc.gov/nchs/data_access/vitalstats/vitalstats_births.htm. Accessed May 17, 2010.
8. Paré E, Quiñones JN, Macones GA. Vaginal birth after caesarean section *versus* elective repeat caesarean section: assessment of maternal downstream health outcomes. *BJOG*. 2006;113(1):75-85.
9. Menacker F, Martin JA. Expanded health data from the new birth certificate, 2005. *Natl Vital Stat Rep*. 2008;56(13):1-24.
10. Skupski DW, Eglinton GS. Intrapartum fetal stimulation tests: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2002;100(4):830.
11. Kok M, Cnossen J, Gravendeel L, van der Post J, Opmeer B, Mol BW. Clinical factors to predict the outcome of external cephalic version: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(6):630.e631-e637; discussion e1-e5.
12. Silver RK. Tilting at windmills: selected term vaginal breech delivery should not be abandoned. *The Female Patient*. November 2002. www.femalepatient.com/html/arc/arc/nov02/027_11_042a.asp. Accessed May 17, 2010.
13. Alexander JM, Leveno KJ, Rouse DJ, et al; National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units Network (MFMU). Comparison of maternal and infant outcomes from primary cesarean delivery during the second compared with first stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):917-921.
14. American College of Obstetrics and Gynecology Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003: dystocia and augmentation of labor. *Obstet Gynecol*. 2003;102(6):1445-1454.
15. Rouse DJ, Owen J, Hauth JC. Active-phase labor arrest: oxytocin augmentation for at least 4 hours. *Obstet Gynecol*. 1999;93(3):323-328.
16. Friedman EA. Primigravid labor; a graphico-statistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1955;6(6):567-589.
17. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(4):824-828.
18. Rouse DJ, Owen J, Savage KG, Hauth JC. Active phase labor arrest: revisiting the 2-hour minimum. *Obstet Gynecol*. 2001;98(4):550-554.
19. Simon CE, Grobman WA. When has an induction failed? *Obstet Gynecol*. 2005;105(4):705-709.
20. Oppenheimer LW, Holmes P, Yang Q, Yang T, Walker M, Wu Wen S. Adherence to guidelines on the management of dystocia and cesarean section rates. *Am J Perinatol*. 2007;24(5):271-275.
21. Gifford DS, Morton SC, Fiske M, Keeseey J, Keeler E, Kahn KL. Lack of progress in labor as a reason for cesarean. *Obstet Gynecol*. 2000;95(4):589-595.
22. Le Ray C, Serres P, Schmitz T, Cabrol D, Goffinet F. Manual rotation in occiput posterior or transverse positions: risk factors and consequences on the cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol*. 2007;110(4):873-879.
23. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3: CD006066.
24. Nelson KB, Dambrosia JM, Ting TY, Grether JK. Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy. *N Engl J Med*. 1996;334(10):613-618.
25. Kim SY, Khandelwal M, Gaughan JP, Agar MH, Reece EA. Is the intrapartum biophysical profile useful? *Obstet Gynecol*. 2003;102(3):471-476.
26. Macones GA, Hankins GD, Spong CY, Hauth J, Moore T. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines. *Obstet Gynecol*. 2008;112(3):661-666.
27. Bloom SL, Spong CY, Thom E, et al; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Fetal pulse oximetry and cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2006;355(21):2195-2202.
28. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 70, December 2005 (replaces Practice Bulletin Number 62, May 2005). Intrapartum fetal heart rate monitoring. *Obstet Gynecol*. 2005;106(6):1453-1460.
29. Hendrix NW, Chauhan SP, Scardo JA, Ellings JM, Devoe LD. Managing nonreassuring fetal heart rate patterns before cesarean delivery. Compliance with ACOG recommendations. *J Reprod Med*. 2000;45(12):995-999.
30. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned cesarean section *versus* planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-1383.
31. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(1):20-25.
32. Giuliani A, Schöll WM, Basver A, Tamussino KF. Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(6):1694-1698.
33. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 54, July 2004. Vaginal birth after previous cesarean. *Obstet Gynecol*. 2004;104(1):203-212.
34. Gregory KD, Korst LM, Cane P, Platt LD, Kahn K. Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California. *Obstet Gynecol*. 1999;94(6):985-989.
35. Flamm BL, Gongs JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery *versus* trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet Gynecol*. 1994;83(6):927-932.
36. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al; National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units Network (MFMU). Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):806-812.
37. Rouse DJ, Owen J. Prophylactic cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by means of ultrasonography—a Faustian bargain? *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181(2):332-338.
38. Chauhan SP, Rose CH, Gherman RB, Magann EF, Holland MW, Morrison JC. Brachial plexus injury: a 23-year experience from a tertiary center. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(6):1795-1800; discussion 1800-1802.
39. Rouse DJ, Owen J, Goldenberg RL, Cliver SP. The effectiveness and costs of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. *JAMA*. 1996;276(18):1480-1486.
40. Lipscomb KR, Gregory K, Shaw K. The outcome of macroscopic infants weighing at least 4500 grams: Los Angeles County + University of Southern California experience. *Obstet Gynecol*. 1995;85(4):558-564.
41. Kolderup LB, Laros RK Jr, Musci TJ. Incidence of persistent birth injury in macrosomic infants: association with mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177(1):37-41.
42. Haller G, Garnerin P, Morales MA, et al. Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(4):254-263.
43. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 394, December 2007. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol*. 2007;110(6):1501.
44. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: cesarean delivery on maternal request March 27-29, 2006. *Obstet Gynecol*. 2006;107(6):1386-1397.
45. Guttmacher Institute. Improving contraceptive use in the United States. In Brief. April 2008. www.guttmacher.org/pubs/2008/05/09/ImprovingContraceptiveUse.pdf. Accessed May 25, 2010.

ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 35

5. Phelan JP, Eglinton GS, Horenstein JM, Clark SL, Yeh S. Previous cesarean birth. Trial of labor in women with macrosomic infants. *J Reprod Med*. 1984;29(1):36-40.
6. Pruett KM, Kirshon B, Cotton DB, Poindexter AN 3rd. Is vaginal birth after two or more cesarean sections safe? *Obstet Gynecol*. 1988;72(2):163-165.
7. Strong TH Jr, Phelan JP, Ahn MO, Sarno AP Jr. Vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;161(1):29-32.
8. Sarno AP Jr, Phelan JP, Ahn MO, Strong TH Jr. Vaginal birth after cesarean delivery. Trial of labor in women with breech presentation. *J Reprod Med*. 1989;34(10):831-833.
9. Stone JL, Lockwood CJ, Berkowitz G, et al. Use of cervical prostaglandin E2 gel in patients with previous cesarean section. *Am J Perinatol*. 1994;11(4):309-312.
10. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2001;345(1):3-8.
11. ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion. Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2002;99(4):679-680.
12. Weimar CH, Lim AC, Bots ML, Bruinse HW, Kwee A. Risk factors for uterine rupture during a vaginal birth after one previous cesarean section: A case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010. Epub ahead of print.