

# Czy epidemia cięć cesarskich jest wykładnikiem liberalizacji wskazań?

Is the epidemic of cesarean sections the result of more liberal indications?

Stasieluk Aleksandra<sup>1</sup>, Langowicz Izabela<sup>1</sup>, Kosińska-Kaczyńska Katarzyna<sup>2</sup>, Pietrzak Bronisława<sup>2</sup>, Wielgoś Mirosław<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe przy I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup> I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

## Streszczenie

**Wstęp:** Odsetek cięć cesarskich na świecie wykazuje tendencję wzrostową. Analiza wskazań do wykonywanych cięć może odpowiedzieć na pytanie, czy jest to konsekwencją liberalizacji i rozszerzenia wskazań do porodu operacyjnego.

**Cel:** Celem pracy było porównanie i analiza zmian we wskazaniach do cięcia cesarskiego na przełomie lat. Materiał i metody: Przeanalizowano i porównano dane dotyczące cięć cesarskich z lat 2000–2001 (559 pacjentek – G1) oraz 2010 (663 pacjentki – G2), wykonanych w I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

**Wyniki:** Zaobserwowano istotny wzrost odsetka cięć cesarskich na przestrzeni dekady (G1 30,1% vs G2 39,2%;  $p < 0,001$ ). Zmniejszył się natomiast odsetek porodów przedwczesnych operacyjnych (25,4% vs 11,9%;  $p < 0,01$ ). Najczęstszym wskazaniem do cięć cesarskich w 2010 roku był brak zgody pacjentki na próbę porodu drogami natury po przebytym cięciu cesarskim (G2 27,3% vs G1 17,9%;  $p < 0,01$ ). Wśród innych wskazań w obu grupach najczęstszymi były: zagrażające niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu (G1 18,6% vs G2 14,2%,  $p < 0,05$ ), dystocja szyjkowa (odpowiednio 12,3% vs 11%), nieprawidłowe położenie lub ułożenie płodu (12,5% vs 13,6%) oraz wskazania pozapochwowe (14,1% vs 9,4%;  $p < 0,05$ ).

**Wnioski:** W ciągu ostatnich 10 lat wzrósł odsetek wykonywanych cięć cesarskich oraz widoczne są niewielkie zmiany we wskazaniach do ich wykonywania. Przebycie przez pacjentki cięcia cesarskiego w przeszłości jest główną przyczyną wzrostu odsetka wykonywanych cięć cesarskich obecnie.

Słowa kluczowe: cięcie cesarskie / wskazania / niedotlenienie płodu /

## Adres korespondencyjny:

Katarzyna Kosińska-Kaczyńska  
I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
Pl. Starynkiewicza 1/3, 02-015 Warszawa, Polska  
tel.: 22 502 14 30, fax. 22 502 21 57  
e-mail: kasiakosinska@wp.pl

Otrzymano: 10.01.2012  
Zaakceptowano do druku: 11.06.2012

Stasieluk A, et al. Czy epidemia cięć cesarskich jest wykładnikiem liberalizacji wskazań?

**Abstract**

**Introduction:** The rate of cesarean sections around the world is steadily rising. The analysis of indications for cesarean section might find the answer to the question whether this trend is a consequence of more liberal indications.

**Objectives:** The aim of the study was to analyze and compare the changes in the indications for cesarean sections (cs) over the years.

**Material and methods:** Data regarding cesarean sections performed at the 1st Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University of Warsaw, were analyzed and compared: 559 cs between the years 2000-2001 (G1) and 663 cs in 2010 (G2).

**Results:** The rate of cs was statistically higher in 2010 (30.1% vs. 29.2%;  $p < 0.001$ ), however the rate of preterm cs was lower (25.4% vs. 11.9%;  $p < 0.01$ ). The most frequent indication for cs in 2010 was lack of patient consent for vaginal birth after cs (27.3% vs. 17.9%;  $p < 0.01$ ). Other frequent indications throughout the decade were: fetal distress (G1 18.6% vs. G2 14.2%;  $p < 0.01$ ), cervical dystocia (12.3% vs. 11%, respectively), fetal position other than cephalic (12.5% vs. 13.6%) and non-obstetrical indications (14.1% vs. 9.4%;  $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** In the last decade the rate of cesarean sections has risen and there are minor differences in the indications for cs. Previous cesareans delivery seems to be the main cause of an increase in the number of cs nowadays.

Keywords: cesarean section / indications / fetal distress /

**Wstęp**

Pomimo zaleceń World Health Organisation, określających docelowy odsetek wykonywanych cięć cesarskich na 15%, liczba porodów operacyjnych na całym świecie rośnie [1].

W większości krajów odsetek ten wykazuje tendencję wzrostową. Pomimo wyższego ryzyka powikłań związanych z porodem operacyjnym w porównaniu z fizjologicznym, położnicy coraz częściej decydują o wykonaniu cięcia. Istotnym pytaniem staje się więc, czy jest to konsekwencją liberalizacji i rozszerzenia wskazań do cięcia cesarskiego. W 2008 roku Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, obserwując narastający odsetek wykonywanych cięć cesarskich zarówno pierwszorazowych, jak i wielokrotnych, opracowało zalecenia dotyczące wskazań do ukończenia ciąży drogą operacyjną, dzieląc je na elektywne, pilne, naglące i natychmiastowe [2].

Wytyczne określają bezwzględne i względne wskazania do porodu operacyjnego. Szczególną grupę pacjentek, u których ograniczenie wykonywania cięć mogłoby wpłynąć znacząco na całkowitą liczbę porodów operacyjnych, są ciężarne i rodzące, u których poprzednią ciążę rozwiązano cięciem cesarskim. Poród drogami natury po uprzednim cięciu lub cięciach cesarskich jest możliwy, jeśli zostaną spełnione określone warunki ze strony rodzącej i zespołu położniczego.

Musi on dysponować odpowiednim doświadczeniem, możliwością ciągłego monitorowania porodu i szybkiego wykonania cięcia cesarskiego w razie potrzeby. Konieczne jest również uzyskanie zgody pacjentki na próbę porodu drogami natury.

Nie do przecenienia wydaje się więc odpowiednia edukacja pacjentek, gdyż właśnie brak zgody rodzącej jest niejednokrotnie czynnikiem decydującym, który wpływa na narastający odsetek wykonywanych cięć cesarskich.

**Cel pracy**

Celem pracy było porównanie wskazań do cięcia cesarskiego w latach 2000-2001 oraz 2010.

**Materiał i metodyka**

Retrospektywnej analizie poddano dokumentację medyczną wszystkich pacjentek, których ciąży rozwiązano cięciem cesarskim, wykonanych w I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2000-2001 oraz w roku 2010.

Grupę badaną stanowiły 1222 pacjentki, u których ciążę zakończono drogą operacyjną. W zależności od przedziału czasowego podzielono je na dwie podgrupy: G1 stanowiło 559 kobiet, u których wykonano cięcie cesarskie w latach 2000-2001,

Tabela I. Charakterystyka badanych grup.

	G1				G2			
	średnia	SD	min	max	średnia	SD	min	max
<b>Wiek pacjentek</b>	29,1	5,4	22	43	31,5	4,5	16	45
<b>Wiek pierworódek</b>	27,5	4,9	22	36	29,9	4,2	16	42
<b>Wiek wieloródek</b>	31,9	5,3	26	43	33,4	4,1	22	45
<b>Hbd</b>	38,3	2,3	23	43	38,3	2,4	24	42

Porównywane grupy nie różniły się istotnie statystycznie  
Hbd – długość trwania ciąży w tygodniach

Stasieluk A, et al. Czy epidemia cięć cesarskich jest wykładnikiem liberalizacji wskazań?

natomiast G2 663 ciężarne rozwiązane drogą operacyjną w roku 2010. Ze względu na odrębną specyfikę z badanego materiału wykluczono ciąży mnogie.

Analizowane grupy porównano pod względem wieku kobiet, rodności, czasu trwania ciąży oraz wskazań do cięcia cesarskiego. Analizie poddano również stan ogólny i masy urodzeniowe noworodków.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu testu  $\chi^2$ , przyjmując za poziom istotności  $p < 0,05$ .

## Wyniki

W latach 2000-2001 w I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii WUM odbyło się 1857 porodów, z czego 559 operacyjnych, co stanowiło 30,1%. W roku 2010 w Klinice odsetek cięć cesarskich wzrósł istotnie statystycznie i wyniósł 39,2% (663 cięć cesarskich z 1691 porodów;  $p < 0,001$ ).

W obydwu grupach porównano wiek i rodność pacjentek. Średnia wieku kobiet nie różniła się znamienne i wyniosła: w grupie G1 29,1, a w grupie G2 31,5 lat. W grupie G1 cięcia cesarskie wykonano u 358 pierworodek, które stanowiły 64% wszystkich pacjentek. W grupie G2 odsetek kobiet w ciąży pierwszej zmniejszył się istotnie i wyniósł 54,2% (359 kobiet;  $p < 0,01$ ). Szczegółowe wyniki analizy statystycznej wieku pacjentek w obu grupach zamieszczono w tabeli I.

Średni czas trwania ciąży ukończonych cięciem cesarskim nie różnił się istotnie statystycznie i wyniósł w obu grupach 38,3 tyg. (Tabela I).

W grupie G1 porody przedwczesne stanowiły 25,4% (142 porody). Zaobserwowano istotne zmniejszenie się tego odsetka w grupie G2 – do 11,9% (79 porodów;  $p < 0,01$ ).

W grupie G1 najczęstszym wskazaniem do cięcia cesarskiego było zagrażające niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu i stanowiło 18,6% wszystkich wskazań.

W następnej kolejności usytuowały się: stan po cięciu cesarskim (17,9% wskazań). Wskazania pozapłożnicze (tj. wskazania okulistyczne, ortopedyczne, neurologiczne, kardiologiczne itp.) stanowiły powód wykonania 14,1% cięć cesarskich (G2 – 9,4%,  $p = 0,01$ ). Podobne odsetki wśród wskazań do cięć cesarskich stanowiły brak postępu porodu w pierwszym okresie (12,3%) oraz nieprawidłowe położenie lub ułożenie płodu (12,5%).

Najczęstszym wskazaniem do ukończenia ciąży cięciem cesarskim w grupie G2 był brak zgody pacjentki na próbę porodu drogami natury po przebytym cięciu cesarskim (27,3% wskazań). Odsetek cięć cesarskich wykonanych z tego powodu był istotnie wyższy niż w grupie G1 ( $p = 0,001$ ). W dalszej kolejności znalazły się: zagrażające niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu (14,2%, istotnie mniejszy odsetek niż w grupie G1;  $p = 0,03$ ), nieprawidłowe położenie lub ułożenie płodu (13,6%) oraz brak postępu porodu w I okresie (11%). 6% wskazań stanowił stan po leczeniu

Tabela II. Wskazania do cięć cesarskich w porównywanych grupach.

Wskazania do cięć cesarskich	G1 n=559		G2 N=663	
	n	%	n	%
brak zgody na poród drogami natury po cięciu cesarskim	100	17,9%**	181	27,3%**
stan po 2 lub więcej cięciach cesarskich	18	2,1%	19	2,9%
zagrażające niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu	161	18,6%*	94	14,2%*
brak postępu w I okresie porodu	107	12,3%	74	11%
brak postępu w II okresie porodu	8	1,4%	22	2%
wskazania pozapłożnicze	122	14,1%*	60	9,4%*
nieprawidłowe ułożenie lub położenie płodu	70	12,5%	90	13,6%
<sup>a)</sup> miednicowe	60	10,7%	77	11,6%
<sup>b)</sup> poprzeczne	3	0,5%	10	1,5%
<sup>c)</sup> odgięciowe	7	1,3%	3	0,5%
zagrażająca infekcja wewnątrzmaciczna	33	3,8%	20	3%
zagrażające pęknięcie macicy w bliźnie	18	2,1%*	3	0,5%*
niewspółmierność porodowa	76	8,7%	50	7,6%
patologie łożyska	12	1,4%	19	2,9%
<sup>a)</sup> łożysko przodujące	5	0,8%	11	1,7%
<sup>b)</sup> łożysko przedwcześnie oddzielone	7	0,6%	8	1,2%
stan po leczeniu niepłodności	24	4,3%	40	6%
inne	33	6%	49	7%

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ ,

inne: wiek matki, wady płodu, zagrażająca rzucawka, przodowanie lub wypadnięcie pępowiny, zespół HELLP

niepłodności. Istotnie rzadziej w grupie G2 cięć wykonywano z powodu zagrażającego pęknięcia macicy w bliźnie po poprzednim cięciu (2,1% vs 0,5%;  $p=0,01$ ).

Szczegółowe dane dotyczące wskazań do porodów operacyjnych w obu grupach zawarto w tabeli II.

Stan urodzeniowy noworodków oceniano w skali Apgar. W grupie G1 w stanie ogólnym dobrym urodziło się 85% noworodków (8-10 punktów), w stanie średnim 12% (4-7 punktów), a w stanie złym 3% (3-0 punktów). W grupie G2 w stanie ogólnym dobrym urodziło się istotnie więcej dzieci (94%;  $p<0,01$ ), a mniej w stanie ogólnym średnim (5,5%;  $p<0,01$ ) i złym (0,5%;  $p<0,01$ ).

## Dyskusja

Analiza przedstawionych danych wykazała, iż na przestrzeni ostatnich 10 lat odsetek cięć cesarskich wzrósł istotnie statystycznie. W latach 2000-01 w I Klinice Położnictwa i Ginekologii WUM (która jest ośrodkiem III stopnia referencyjności) poród operacyjny stanowił 30,1% wszystkich porodów.

Dekadę później liczba cięć cesarskich wzrosła niemalże o 10% i wyniosła w 2010 roku 39,2%. W porównaniu do zaleceń WHO z 1985 roku jest to wskaźnik ponad dwukrotnie wyższy [1]. Liczby te korelują jednak z danymi uzyskanymi przez prof. Troszyńskiego w latach 1999-2009 z terytorium całej Polski, potwierdzającymi wzrostowy trend odsetka porodów operacyjnych [3].

W roku 2000 19,5% porodów w Polsce odbyło się drogą cięcia cesarskiego, a w 2009 32%. Po uwzględnieniu podziału na stopień referencyjności oddziałów położniczych, uzyskane przez prof. Troszyńskiego wyniki stanowią odzwierciedlenie prezentowanych danych: dla oddziałów III stopnia referencyjności odsetek cięć w 2000 roku wyniósł 30,5%, a w roku 2009 40,9%.

Według danych publikowanych przez *Organisation for Economic Co-operation and Development* z 2009 roku najniższy odsetek cięć cesarskich notuje się w Holandii (14,3%), natomiast najwyższy w Brazylii (47,4%). Wskaźniki notowane w Polsce (odsetek cięć cesarskich na 100 żywych urodzeń – 22,8%) są podobne do obserwowanych w Wielkiej Brytanii (23,7%), Hiszpanii (24,9%) czy Irlandii (26%). Spośród analizowanych danych z 36 krajów całego świata spadek odsetka porodów operacyjnych od 2000 roku zaobserwowano jedynie w dwóch przypadkach – Finlandii (-0,1%) oraz Islandii (-1,3%). W Polsce odnotowano wzrost o 6,4% [4].

Betrán opublikował dane ze 126 krajów, przedstawiając odsetki cięć cesarskich w zależności od kontynentów [5]. W Afryce wynosi on zaledwie 3,5%, w Azji 15,9%. Najwyższy jest w Ameryce Łacińskiej – 29,2%. Współczynnik porodów operacyjnych dla całej Europy wynosi 19%. Bertram podzielił Europę na cztery części: najwyższy odsetek cięć cesarskich odnotowano w Europie południowej – 24%, najniższy w Europie wschodniej – 15,2%.

W ciągu ostatnich 10 lat zaobserwowano istotny spadek odsetka cięć cesarskich wykonywanych w przypadku porodów przedwczesnych. Trend ten potwierdził się również w prezentowanym materiale. Fehmi na podstawie analizy ponad 12 tysięcy porodów wykazał, iż wybór drogi operacyjnej w porodzie przedwczesnym ma wpływ na śmiertelność noworodków tylko w przypadku płodów w zakresie masy urodzeniowej 1000-1499g [6]. Najnowsze wytyczne dotyczące ukończenia ciąży przed 26 tygodniem zalecają wykonanie cięcia cesarskiego w 22-23 tygo-

dniu ciąży jedynie ze wskazań matczynych, w 24-25 tygodniu w wyjątkowych sytuacjach, a w 25-26 wyłącznie w sytuacji zagrożenia życia płodu [7]. Brak wpływu cięcia cesarskiego prócz wyżej wymienionych przypadków na przeżywalność noworodków, a jednocześnie wyższe ryzyko powikłań matczynych, uzasadnia obniżanie się odsetka cięć cesarskich na rzecz ukończenia ciąży porodem drogami natury.

W 2010 roku najczęstszym wskazaniem do cięcia cesarskiego w prezentowanym materiale był brak zgody pacjentki na poród drogami natury po przebytym wcześniej cięciu cesarskim. Odsetek cięć wykonanych z tego powodu wzrósł o połowę w stosunku do danych sprzed 10 lat. Wzrastająca liczba cięć cesarskich prowadzi w konsekwencji do zwiększania się również liczby kolejnych porodów operacyjnych. Podobny trend można zauważyć w wielu ośrodkach. To wskazanie do cesarskiego cięcia wysuwa się na pierwszą pozycję pod względem częstości w wielu pracach.

Choudhury podaje, iż brak zgody pacjentki na poród pochwy po przebytym cięciu cesarskim jest od siedmiu lat najczęstszym wskazaniem do kolejnego cięcia [8]. Trujillo-Hernandez podkreśla, iż cięć cesarskie w wywiadzie jest najczęstszym wskazaniem ukończenia kolejnej ciąży w ten sam sposób [9]. Sugeruje, by położnicy rozważnie stawiali wskazania do pierwszego cięcia cesarskiego, gdyż prowadzi ono często do powtórzenia procedury w przyszłości. Pacjentki, które przeszły cięć cesarskie w przeszłości, mają istotnie wyższe ryzyko wystąpienia łożyska wrośniętego i histerektonii okołoporodowej w kolejnej ciąży oraz wyższą całkowitą zachorowalność okołoporodową [10]. Ryzyko względne zgonu okołoporodowego podczas cięcia cesarskiego wynosi 4,9 [11].

Hanley podaje, iż w USA niemalże połowa wzrostu odsetka cięć cesarskich jest bezpośrednio związana z wykonaniem pierwszego cięcia cesarskiego [12]. Stan po cięciu cesarskim stanowi około 30% wszystkich wskazań do kolejnego porodu operacyjnego [13]. Podobne wyniki uzyskano w przedstawianym materiale.

W 2010 roku w stosunku do danych sprzed 10 lat zaobserwowano spadek odsetka cięć cesarskich wykonywanych ze wskazań pozapołożniczych do około 10%. Również Stjernholm prezentuje podobny odsetek cięć z powyższych wskazań – 8,2% [14]. Wydaje się, iż wynika to ze względnie stałej liczby pacjentek cierpiących na choroby przewlekłe, które stanowią mogą wskazywać na wykonanie cięcia cesarskiego, zwiększa się natomiast liczba cięć u kobiet, u których ciąża rozwiązywana jest w ten sposób z innego powodu.

W latach 2000 i 2001 najczęstszym wskazaniem do cięcia cesarskiego było zagrażające niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu. Po 10 latach jedynie odsetek porodów operacyjnych u pacjentek po cięciu cesarskim w przeszłości przewyższył ułamek wykonywanych z powodu zagrożenia dobrostanu płodu. Również w innych publikacjach wskazanie to jest jednym z najczęściej podawanych. Stjernholm podkreśla, iż niemal połowa pilnych cięć cesarskich wykonywanych jest z powodu zagrażającego niedotlenienia płodu [14]. Jest to również najczęstsze wskazanie do cięcia według Saha [15].

Według Fogelсона stan ogólny noworodków, oceniany według punktacji w skali Apgar, urodzonych drogą cięcia cesarskiego w porównaniu z urodzonymi drogami natury nie różni się istotnie [16].

Stasieluk A, et al. Czy epidemia cięć cesarskich jest wykładnikiem liberalizacji wskazań?

W prezentowanym materiale odnotowaliśmy ciekawą istotną poprawę stanu ogólnego noworodków w 2010 roku w stosunku do danych z lat 2000-01. Jest to wyrazem poprawy możliwości opieki zarówno położniczej, jak i neonatologicznej na przestrzeni dekady.

## Wnioski

- 1) W ciągu ostatnich 10 lat wzrósł odsetek wykonywanych cięć cesarskich oraz widoczne są niewielkie zmiany we wskazaniach do ich wykonywania.
- 2) Przebycie przez pacjentki cięcia cesarskiego w przeszłości jest główną przyczyną wzrostu odsetka wykonywanych cięć cesarskich obecnie.

## Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985, 2, 436-437.
2. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Cięcia cesarskie. *Ginekol Pol.* 2008, 79, 378-384.
3. Troszyński M. Umieralność okołoporodowa wczesna (0-6) płodów i noworodków: Polska 2009 oraz 1999-2009. Warszawa. *Materiały Instytut Matki i Dziecka*. 2010.
4. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing 2011. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en).
5. Betrán A, Meraldi M, Lauer J, [et al.]. Rates of cesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007, 21, 98-113.
6. Fehmi A, Azizi I, Hoxha S, [et al.]. Mode of delivery and mortality among preterm newborns. *Ginekol Pol.* 2010, 81, 203-207.
7. Wilkinson A, Ahluwalia J, Cole A, [et al.]. Management of babies born extremely preterm at less than 26 weeks of gestation: a framework for clinical practice at the time of birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2009, 94, F2-F5.
8. Choudhury A, Dawson A. Trends in indications for caesarean sections over 7 years in a Welsh district general hospital. *J Obstet Gynaecol.* 2009, 29, 714-717.
9. Trujillo-Hernandez B, Rios-Silva M, Huerta M, [et al.]. Frequency of, indication for and clinical epidemiological characteristics of first time cesarean section, compared with repeated cesarean section. *Arch Gynecol Obstet.* 2002, 267, 27-32.
10. Marshall N, Fu R, Guise J. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2011, 205, 262.e1-8.
11. Vadnais M, Sachs B. Maternal mortality with cesarean delivery: a literature review. *Semin Perinatol.* 2006, 30, 242-246.
12. Hanley M, Smullan J, Lake M, [et al.]. Analysis of repeat cesarean delivery indication: Implications of heterogeneity. *Am J Obstet Gynecol.* 1996, 175, 883-888.
13. Cheng Y, Eden K, Marshall N, [et al.]. Delivery after prior cesarean: maternal morbidity and mortality. *Clin Perinatol.* 2011, 38, 297-309.
14. Stjernholm Y, Petersson K, Eneroth E. Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010, 89, 49-53.
15. Saha L, Chowdhury S. Study on primary cesarean section. *Mymensingh Med J.* 2011, 20, 292-297.
16. Fogelson N, Menard M, Hulseley T, Ebling M. Neonatal impact of elective repeat cesarean delivery at term: a comment on patient choice cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005, 192, 1433-1436.

KOMUNIKAT



Instytut  
Matki i Dziecka



## Dlaczego kobiety i dzieci umierają w czasie ciąży i porodu?

Warszawa, 23-24 listopada 2012 roku

[www.konferencja.ginekologia.pl](http://www.konferencja.ginekologia.pl)

### Szanowni Państwo,

w imieniu Komitetu Organizacyjnego pragnę zaprosić Państwa do udziału w II Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Dlaczego kobiety i dzieci umierają w czasie ciąży i porodu?”.

### Pierwszy dzień będzie składał się z trzech części:

**w godz. 11.00 – 14.00** – odbędzie się prezentacja Roczno-Raportu nt. „Umieralności Okołoporodowej w 2011 r. oraz Zgonów Matek”.

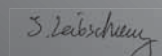
**w godz. 15.00 – 19.00** – zostaną przedstawione zagadnienia, których wstępowanie przyczynia się do wcześniejszego i zgonów matek – takie jak np. zakażenia (m.in. wirusem HIV oraz AIDS), nadciśnienie tętnicze, wrodzone wady płodu, uzależnienia matek (narkotyki, alkohol, tytoń).

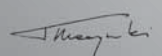
**w godz. 15.00 – 19.00 – równoległe będzie prowadzona sesja dla położnych** o ich roli w opiece nad matką i dzieckiem zgodnie z obowiązującym od 23.09.2010 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

### Drugi dzień:

To warsztaty, podczas których zostaną przedstawione wzorcowe posiedzenia urazowe dotyczące umieralności okołoporodowej i analizy zgonu kobiety w związku z ciążą, porodem i położeniem.

Zapraszając Państwa do Warszawy,  
pozostajemy z szacunkiem,

  
Prof. dr hab. n. med. Jerzy Lebschang  
Przewodniczący  
Komitetu Naukowego Konferencji

  
Dr. n. med. Tomasz Maciejewski  
Przewodniczący  
Komitetu Organizacyjnego Konferencji

Miejsce obrad: Hotel Hilton,  
ul. Grzybowska 63, 00-844 Warszawa

Adres do korespondencji:  
Medical Communications Sp. z o.o.  
ul. Powsińska 34, 02-903 Warszawa, faks: 22 842 53 63  
e-mail: [konferencjaMiD@medical.pl](mailto:konferencjaMiD@medical.pl)  
z dopiskiem: „Konferencja Dlaczego kobiety ...”