Врз основа на член 114-а од Законот за здравствената заштита ("Службен весник на Република Македонија", бр. 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05, 111/05, 65/06, 5/07, 77/08, 67/09 и 88/10), министерот за здравство донесе

Упатство за начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на дисфункционалното породување (dystocia)

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на дисфункционалното породување (dystocia).

Член 2

Начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на Дисфункционалното породување (dystocia) е даден во Прилог 1, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

За секој поединечен случај, по сопствена оценка, докторот може да отстапи од одредбите на ова упатство во секоја фаза од третманот на пациентот, со соодветно образложение за потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот.

Потребата за отстапување и оценката од став 1 на овој член од страна на докторот соодветно се документира во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се применува две години од денот на неговото влегување во сила.

МИНИСТЕР
д-р Бујар ОСМАНИ

Дисфункционално породување (dystocia)

Дисфункционалното породување претставува неправилно, бавно напредување на породувањето, најчесто поврзано со следниве три причини:

- Неправилности на родилниот канал;
- Неправилности во поставеноста на плодот;
- Неправилности на утериниот активитет (многу слаби или многи силни, ретки ли премногу чести, кусотрајни или премногу долги контракции или ирегуларни контракции).

Дисфункционалното породување, најдобро се дијагностицира преку графичко прикажување на прогресијата на породувањето (партограм). Истиот (доколку уредно се пополнува) дава реален приказ на динамиката на напредување на породувањето.

Карактеристики на нормален тек на породувањето:

1. Дилатација
   - Латентна фаза: < 4 cm
   - Активна фаза: ≥ 4 cm
   - Децелерациона фаза: ≥ 9 cm дилатација

2. Спуштање (descensus) на плодот: активно ≥ 9 cm дилатација
3. Нормалното породување прогредира рапидно, и тоа кај мултипара побрзо одошто кај примипара.

Табела 1. Елементи на дисфункционално породување

	Примипара	**Мултипара**
Пролонгирана латентна фаза	> 21 h	> 14h
Протрахирана активна фаза на дилатација	< 1,5 cm/h	< 2 cm/h
Секундарен застој	≥ 2 h	≥ 2 h
Пролонгирана децелерациона фаза	> 3 h	> 1 h
Протрахирано спуштање	< 1 cm/h	< 2 cm/h
Застој во спуштањето (десцензусот)	≥ 1 h	≥ 30 мин.

А. ПРОЛОНГИРАНА ЛАТЕНТНА ФАЗА

- Должината на латентната фаза изнесува 9 часа кај примипара т.е 5 часа кај мултипара
- Време траењето на латентната фаза е помало кога цервиксот е веќе размекнат и дилатиран или кога плодот почнува да се спушта. Скратување на латентната фаза се постигнува и со администрација на синтоцинонска стимулација
- Примената на седативни медикаменти може да ја пролонгира латентната фаза на породувањето
- Доколку не се применуваат медикаменти со седативно делување, продолжувањето на латентната фаза се врзува за процесот на скратување и изгладување на грлото на матката

ТРЕТМАН

a. Да се исклучи постоењето на т.н лажни контракции
b. Стимулација со Sintocinon, и тоа:

  - 12 часа по поставување на дијагноза за отпочнато породување
  - иницијалнта доза изнесува 1-2 mU/мин, со зголемување на дозата на секои 30 мин. до 16 mU/мин. до воспоставување на регуларен утерин активитет
  - Континуиран фетален кардиотокографски мониторинг се спроведува во текот на целото време траење на синтоцинонската стимулација и аугментација

c. Период на одмор
d. Обезбедување на адекватна хидратација на пациентката

Б. ПРОЛОНГИРАНА АКТИВНА ФАЗА

a. Дилатацијата на цервиксот е помала од 1 cm/h кај прворотка, односно помала од 1,5 cm/h кај второротка и повеќеротка.
b. Поставувањето на дијагнозата во оваа фаза е отежнато.
c. Најчети прчини се:
  - Фето-пелвична диспропорција (релативна или апсолутна)
  - Фетална малпозиција
  - Несоодветен утерин активитет
  - Јатрогени причини (предвремена администрација на медикаменти за ублажување на болката или предремена апликација на епидурална аналгезија)
d. Зголемен е ризикот од подоцнежно дисфункционално или неправилно напредување на породувањето.

В. СЕКУНДАРЕН ЗАСТОЈ ВО ЦЕРВИКАЛНАТА ДИЛТАЦИЈА

- Една од причините за секундарен царски рез.
- Може да е резултат на фето-пелвична диспропорција или на аналгезија/анестезија.

ТРЕТМАН

- Третманот се започнува со раното поставување на дијагнозата, ненапредување на породувањето во период од 1-2 часа во услови на активна фаза на породувањето.
- Одморот во оваа фаза не е ефективен.
- Мониторинг на фетусот и утерините контракции.
- Обид за воспоставување на уреден тек на породувањето преку администрација на синтоцинонска стимулација.
- Одсаство на прогресија во цервикалната дилатација во период од 2-3 часа по отпочнувањето на синтоцинонскат администрација, налага потреба од оперативно завршување на породувањето (S.C.).

Г. ПРОЛОНГИРАНА ДЕЦЕЛЕРАЦИОНА ФАЗА

- Се карактеризира со прекин на цервикалната дилатација, по претходно постигната задоволителна прогресија до 8 cm.
- Сугерира неправилности поврзани со неправилно спуштање на предлежечкиот дел на плодот.
- Забранета е употреба на среден форцепс низ некомплетно дилатирано маткино устие.

Д. ПРОТРАХИРАНО СПУШТАЊЕ НА ПРЕДЛЕЖЕЧКИОТДЕЛ НА ПЛОДОТ

- Просечното траење на децелерационата фаза изнесува 1 час кај прворотка и 15 мин. кај второротка и повеќертка, по претходно постигната комплетна дилатација на маткиното устие.
- Диагноза на протрахираан децелерациона фаза се поставува кога истат трае подолго од 2 часа кај прворотка т.е подолго од 45 мин. кај второ и повеќеротка.
- Од етиолошките фактори најчесто се наведуваат: фето-пелвична диспропорција, малротација и несоодветно водење на епидуралната аналгезија.

ТРЕТМАН

a. Правилна проценка на состојбата.
b. Синтоцинонска стимулација со континуиран кардиотокографски мониторинг.
c. Поставување на пациентката во правилна положба.

Ѓ. ЗАСТОЈ (ПРЕКИН) ВО СПУШТАЊЕТО НА ПРЕДЛЕЖЕЧКИОТ ДЕЛ НА ПЛОДОТ

- Најдобра варијанта представува синтоцинонската стимулација по претходно исклучување на малротација и фето-пелвична диспропорција.
- Дијагностицирана диспропорција во комбинација со прекин во спуштањето на предлежечкиот дел на плодот, поставува индикација за оперативно завршување на породувањето.
- Посебно внимание во овие ситуации треба да се обрне на потребата од превенција на рамена дистокија

ЗАКЛУЧОК

1. Голем дел од оперативно завршените породувања (S.C., вакуум, форцепс) се поврзани за дисфункционалното, дистокично, породување.
2. Коректното водење на партограмот е првиот чекор во дијагнозата на дисфункционалното породување. Истиот дава реална представа за динамиката на напредување на породувањето.
3. Терапија од избор претставува синтоцинонската стимулација со континуиран фетален мониторинг.
4. Успешното завршување на породувањето е врзано за трпението на акушерот, интензивниот мониторинг на целокупниот процес и минималното прибегнување кон интервенции.
5. Претходната психолошка подготовка на пациентката има дополнителен придонес.
6. Навремената примена на медикаментозната терапија е фактор на превенција на јатрогените дистокии.