

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 породување на плодот во карлична презентација

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на породување на плодот во карлична презентација.

Член 2

Начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на Породување на плодот во карлична презентација 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

Породување на плодот во карлична презентација

Индикации за царски рез кај плод во карлична презентација (апсолутни и релативни):

- Абнормалности на карлица
- Претходен Царски рез
- Лошо акушерско минато
- Висина на мајка под 150cm
- Експесивен обезитет на мајка
- Хипертензија/Прееклампсија
- Дијабетес
- Дисфункционално породување
- Пролонгирана руптура на околуплодови мембрани
- Предвремена руптура на околуплодови мембрани
- Placenta praevia
- Абрупција на постелка
- Олигохидрамнион
- Пролапс на папочна врвца
- Фетус над 4000g
- Ножна презентација
- Хиперекстензија на фетална глава
- Прематуритет (< 32 г.с.)
- Fetal distress
- IUGR
- Хидроцефалус
- Некооперативна пациентка

Индикации за породување по вагинален пат на плод во карлична презентација: комплетна карлична презентација, проценета тежина на фетус од 1800-3800g и присуство на искусен гинеколог-акушер.

Контраиндикации се аномалии на карлица (андроидна, мала), фетална макросомија, утеро-плацентарна инсуфициенција, ИУГР, ножна презентација, хидроцефалус, неискусен лекар, хиперекстензија на фетална глава (потврдена со ултразвучен преглед) и тежок прематуритет.

Породување на плод во карлична презентација бара искуство и трпеливост. Во повеќето случаи ништо не треба да се прави до појава на долниот раб на скапулите. Комплетно спонтано породување не е вообичаено кај нулипари и може да трае многу долго, што може да делува и на состојбата на фетусот.

Најчести **матернални компликации** се абрупција на постелка и четврти степен на руптура на перинеум.

Фетални компликации се интракранијална хеморагија (руптура на тенториум на cerebellum, руптура на фалкс церебри), повреда на врат поради тракција

(дислокација на врат, Erb-Duchenne—ова парализа, тортиколис (поради повреда на стерноклеидомастоидниот мускул), руптура на органи по притисок на абдомен (бубрези или хепар), едем на гениталии, повреда на рамо или рака при раѓање на рацете (дислокација на рамо, фрактура на хумерус или клавикула), пролапс на папочна врвца (почесто кај ножна презентација), повреда на колкови и нозе од тракција (дислокација на колкови, фрактура на фемур, дислокација на коленов зглоб).

Пациентките треба да бидат информирани за бенефитите и ризиците за актуелната како и за евентуални идни бремености. Истите треба да бидат информирани за ризиците и бенефитите од планирано вагинално карлично породување и планиран царски рез за плодови во термин. [A]

Пациентките треба да се информираат дека нема докази кои покажуваат дека догорочното здравје на новородените зависи од начинот на кој е завршено породувањето кај пациентки во термин. [A]

Пациентките треба да бидат информирани дека планиран царски рез кај плодови во карлична презентација носи мало зголемување на сериозни моментални компликации во однос на планираното вагинално породување. [A]

Пациентките треба да бидат информирани дека планиран царски рез за плодови во карлична презентација не носи некој зголемен ризик на догорочното здравје надвор од бременост. [A]

Пациентките треба внимателно да се евалуираат пред да се селектираат за вагинално карлично породување. [C]

Пациентки со неповолни клинички знаци треба да бидат специјално информирани за зголементиот ризик за нив и за нивните бебиња во обидот за вагинално породување во карлична презентација.

Дијагноза на карлична презентација за прв пат за време на раѓање не треба да биде контраиндикација за вагинално породување во карлична презентација. [C]

Фактори кои се сметаат за неповолни при вагинално породување во карлична презентација се следниве:

- контраиндикации за вагинално породување (плацента превиа, компромитирана состојба на фетус)
- клинички неадекватна карлица
- ножна презентација
- голем фетус (обично поголем од 3800 гр)
- IUGR (вообичаено под 1800 гр)
- хиперекстендиран фетален врат за време на раѓање (дијагностициран со ултразвук)
- недостаток на гинеколог обучен за вагинални карлични породувања
- претходен царски рез

Важно е клиничките гинеколози и болници да бидат спремни за вагинално карлично породување.

ВАГИНАЛНО ПОРОДУВАЊЕ НА ПЛОД ВО КАРЛИЧНА ПРЕЗЕНТАЦИЈА ТРЕБА ДА СЕ ИЗВЕДУВА ВО БОЛНИЦА СО УСЛОВИ ЗА ИТЕН ЦАРСКИ РЕЗ

Брз приод кон царски рез е потребен во случај на продолжено второ родилно време.

Индукција на породувањето кај плодови во карлична презентација е дозволена во подобни услови.

Помагање на раѓањето (окситоцин) не се препорачува.

Епидурална аналгезија не би требало рутински да се советува, жената треба да има избор за аналгезија за време на раѓањето и породувањето.

Нема доказ дека епидуралната аналгезија е есенцијална. Во некои селектирани случаи индукција или потпомогнато (окситоцин) раѓање е дозволено, но во случаи кога е пролонгирано раѓањето е контроверзно бидејќи истото може да е поврзано со фето-пелвична диспропорција.

Континуиран мониторинг треба да биде понуден на жена со плод во карлична презентација. [C]

Земање примероци крв од бутините на плодот за време на породувањето не е препорачливо. [C]

Царски рез треба да се разгледа во случај на одложено спуштање на плодот во карлична презентација во било која фаза од второ родилно време. [C]

Неуспех да настани спуштање на предлежечкиот дел може да биде резултат на релативна фето-пелвична диспропорција. Треба да се размислува за царски рез.

Најдобро е пациентките да бидат поставени во дорзална или литотомна позиција имено со овие позиции гинеколозите имаат најмногу искуство [C]

Епизиотомијта е потребана само кога ќе се процени дека би се забрзало раѓањето. [C]

Кај плодови во главична презентација има јасен доказ дека селективна епизиотомија е префериран во однос на рутинска епизиотомија. Нема доказ дали за карлично породувања би требало да биде поинаку.

Супрапубичен притисок треба да аплицира асистентот, за да асистира во флексија на главата. [C]

Mauriceau-Smellie-Veit маневар треба да се размислува, поместувајќи ја главата напред и во некои од обликувните дијаметри со цел да се забрза ангажманот. [C]

Нема доказ кој метод е најдобар во асистирање на ангажман на главата во карлицата.

Ако сите конзервативни методи се неуспешни тогаш треба да следи симфизиотомија или царски рез. [C]

Успешни сифизиотомии и царски резови се направени во случај кога не може да се породи главата.

Менаџирање на прематурни плодови во карлична презентација и карличен близнак
Рутински царски рез за породување на предтермински плод во карлична презентација не би требало да се советува. [C]

Начинот на породување на предтермински близнак треба да се разгледува индивидуално и во договор со жената и нејзиниот партнер.

Во случај на спазам на грлото на матката пред породување на главата може да се направи латерална инцизија на цервиксот.

Иако најголем дел од акушерите во случај на предвремено породување на плод во карлична презентација користат царски рез, само мал дел од нив мислат дека има доволно докази тоа да се спроведува. Се смета дека бројните студии кои му даваат предност на царскиот рез се пристрасни. Истото е потврдено во неколку извештаи. Лошиот исход на плодовите со многу мала телесна тежина се должи пред се на компликации од прематуритетот, а не од начинот на кои породувањето е направено. Ниво на доказ III

Специфичен проблем кој се јавува при предтерминските карлични породувања се породувањето на трупот преку некомплетно дилатиран цервикс. Во вакви случаи латерална инцизија на цервикс се прави за да се ослободи главата која следи по трупот. Процентот на потреба од ослободување на главата е сличен кај вагинални и абдоминални породувања.

Како треба да биде породен првиот близнак во карлична презентација кој е термински?

Жената треба да биде информирана за бенефитот, вклучувајќи го и намалениот перинатален морталитет како и ризиците како за сегашната така и за идни бремености во случај на планиран царски рез. [C]

Жената треба да се советува дека планираниот царски рез носи многу мало зголемување на сериозни моментални компликации во споредба со планирано вагинално породување. [C]

Во отсуство на податоци околу начинот на кој треба да се породи жената односно од релативните ризици при планиран царски рез или планирано вагинално породување, разумно би било да се оди по препораките како да се работи само за еден плод во карлична презентација. Ниво на доказ III

Многу клиничари се решаваат за царски рез кога првиот близнак е во карлична презентација за да не настане вклетување на главите сепак оваа компликација е екстремно ретка Лекарот секогаш треба да помисли на оваа компликација во колку не настапува спуштање на телото на близнакот. Во овој случај потребно е да се помести главата на вториот близнак или да се оди на итен царски рез. Ниво на доказ III

Како треба да се породи втор близнак доколку е во карлична презентација?

Рутински царски рез не треба да се прави доколку вториот близнак е во карлична презентација. [C]

Презентацијата на вториот близнак при породување не е секогаш предвидлива. Шансата за породување во главична презентација може да биде подобрена при рутинско водење на главата на вториот близнак кон карлицата за време и веднаш по породување на првиот близнак, но некои акушери преферираат рутинска експедитивна внатрешна верзија на близнакот или породување во карлична позиција со екстракција. Ниво на доказ IV

ТРЕНИНГ: СПОСОБНОСТ, ИСКУСТВО И РАСУДУВАЊЕ НА ПРИСУТНИОТ ЛЕКАР ЗА ВРЕМЕ НА ПОРОДУВАЊЕ

При сите вагинални породувања на плод во карлична презентација треба да биде присутен искусен гинеколог-акушер.

Ако во установата нема способен кадар за вагинално карлично породување, пациентката треба да се препрати во друга установа каде тоа се работи.

Лекарите кои го надгледуваат породувањето во карлична презентација треба да имаат соодветен тренинг (може и симулации на вакви породувања).

Искуството, способностите и расудувањето на присутниот лекар се важни, а посебно треба да се мониторира состојбата на плодот.

Клучно за добар исход е оптимална грижа за пациентките за време на породувањето со посебен осврт кон опсервација на плодот.

Клиничкото неискуство го зголемува ризикот на веќе присутната фетална хипоксија во некои случаи. Добра комуникација помеѓу лекарите е важна.

Алтернативни методи на тренинг треба да бидат спроведени (видео, модели и разгледување на различни ситуации, симулации на породување) за подобрување на менаџирањето на вагиналните породувања.

ДОКУМЕНТАЦИЈА

Сите детали за грижата на пациентката и плод треба јасно да се документирани, вклучувајќи и детали од консултации и идентитетот на сите инволвирани во процедурите.

Кои стандарди може да се користат да се евалуира грижата кај жената со плод во карлична презентација за време на породување?

1. Документирана дискусија со жената околу начинот на породување.
2. Разгледување на документираното раѓање со мајката.
3. Пропорција на планирани вагинални породувања кои се извршени вагинално.
4. Пропорција на планирани царски резови завршени со царски рез.
5. Процент на искусни акушери присутни за време на вагинално карлично породување.
6. Процент на родилна траума за време на карлично породување.
7. Процент на перинатална смртност во однос со карлични породувања.
8. Процент на перинатална смртност или на сериозен морбидитет во однос на карлични породувања.
9. Процент на неонатална енцефалопатија поврзана со карлични породувања.
10. Тренинг програма со цел подобрување на способностите при вагинални карлични породувања. Ниво на доказ IV