

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 породувањето по царски рез

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на породувањето по царски рез.

Член 2

Начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на Породувањето по царски рез 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 по царски рез

ЦЕЛ

Добивање на информација, потврдена со докази, за исходот на вагинално породување по претходен царски рез или елективен повторен царски рез.

ВОВЕД

Постои огромен јавен и професионален интерес за згомениот број породувања завршени оперативно со **Sectio Caesarea**. Зголемениот процент на примарен царски рез води кон зголемен број на случаи со историја за преферирано породување со царски рез. На бремена жена со претходен царски рез може да и се понуди вагинално породување или повторен царски рез. Пропорцијата на жени кои преферираат вагинално породување пред царски рез е во опаѓање.

Нови податоци индицираат дека можеби вагиналното породување не е така безбедно како што се мисли. Овие фактори заедно со судско- медицинските ставови водат кон тврдењето на клиничарите кои одбираат вагинално породување во Англија и Северна Америка. Протоколот претставува најдобар доказ за олеснување на антенаталната контрола и совет кај пациентката со претходен царски рез и информација за водење на породувањето.

Дефинирање на термините користени во овој протокол

1 Планирано ВППЦР

ВППЦР (вагинално породување по царски рез) е соодветно за секоја жена која имала еден претходен царски рез и која преферира вагинално породување пред елективен повторен царски рез.

2 Успешно и неуспешно ВППЦР

Вагинално породување (спонтано или асистирано) кај жена кај која претходел царски рез подразбира **успешно вагинално породување по царски рез**.

Завршување на раѓањето со итен царски рез подразбира **неуспешно индицирано вагинално породување по царски рез**.

3 Ризици за мајка

- **Руптура на утерус** се дефинира како дисрупција на утерината мускулатура како резултат на екстензија заедно со утерината сероза, или дисрупција на утерината мускулатура со екстензија на v. urinaria и ligg.lata.
- **Дехисценција на утерус** се дефинира како руптура на утерина мускулатура со интактна утерина сероза.
- **Други компликации:** хистеректомија, тромбоемболија, крварење, потреба од трансфузија, висцерални повреди (v. urinaria, црева, уретер), ендометрит, смрт на мајка.

- **Имплантациони неправилности на постелката:** placenta praevia, p. accreta, p. increta, p. percreata.

АНТЕНАТАЛНО СОВЕТУВАЊЕ

1 Како жените треба да се советуваат во антенаталниот период?

На жените со историја за претходен царски рез, нормално следена бременост во термин, без контраиндикации за вагинално породување, треба да им биде понудена опцијата за планирано вагинално породување и како алтернатива, елективен повторен царски рез.

Антенаталното советување на жените со претходен царски рез треба да биде документирано со сите забелешки. Потребно е да се состави брошура со информации соодветна за пациентот

Конечната одлука за начинот на завршување на раѓањето треба да биде договорено помеѓу жената и нејзиниот избран акушер пред терминот за породување (идеално со полни 36 гестациски недели).

План за начинот на породување се прави пред закажаниот термин и сето тоа треба да биде документирано.

Жените со оглед на нивните опции за раѓање по еден претходен царски рез треба да бидат информирани дека во целост, шансите за успешно вагинално породување се од 72%-76%.

На сите жени кои имаат искуство со претходен царски рез треба да им бидат посочени ризиците и предностите (матернален - перинатален морбидитет) од планираното вагинално породување како и од повторен царски рез, пред донесување на одлука за начинот на завршување на раѓањето. Клучните прашања кои би требало да се наведат во дискусијата се наведени подолу, под посебни ризици и предности.

За **ризиците и предностите** треба да се дискутира во контекст на индивидуалните околности на жената, вклучувајќи ги и нејзината мотивација за вагинално породување, нејзините ставови кон ризиците на ретки но несакани исходи, нејзините планови за идни бремености, како шанса за успешно вагинално породување (особено доколку имала претходно вагинално породување). Покрај тоа, треба да се има предвид претходниот оперативен и постоперативен исход, да се идентифицираат индикациите, вид на рез, и било какви периоперативни компликации.

Како што 10% од жените закажани за елективен повторен царски рез се породуваат пред 39-та гестациска недела, добра пракса е да се изготви план пред закажаниот термин.

Индивидуални студии известуваат за 72%-76% успешно вагинално завршени породувања по претходен царски рез.

Голем број на фактори се поврзани со успешно завршено вагинално породување по царски рез. Претходно вагинално породување е единствен најдобар индикатор за успешно вагинално породување по царски рез и е поврзано со 87-90% успешност.

Ризик фактори за неуспешно вагинално породување по царски рез се: индуцирано раѓање без претходно вагинално породување, БМИ над 30, индициран претходен царски рез од дистокија. Кога сите овие фактори се присутни, успешноста на вагиналното породување е сведено на 40%. Постојат бројни други фактори поврзани со намалена успешност за вагинално породување, како на пример: поминат термин над 41-ва гестациска недела, плод со проценета тежина 4000g, породување без епидурална анестезија, претходно предвремено породување со царски рез, дилатација на грло на матка помало од 4cm, помалку од 2 години од претходен царски рез, напредна мајчина возраст, расна припадност, низок раст и машко дете. Каде што е потребно, оваа информација треба да се сподели за време на антенаталното советување, се со цел за подобро информирање и донесување соодветна одлука за начинот на завршување на раѓањето.

Постојат конфликтни докази за тоа дали дилатацијата на грлото на матка при претходен царски рез има влијание на исходот и успехот на подоцнежното вагинално породување.

Жени со претходна историја за класичен царски рез се кандидати за елективен повторен царски рез.

Жени со претходен неklasичен рез на матка, а кои се одлучиле за вагинално породување, би требало да бидат детално информирани во антенаталното советување.

Жени со историја за два претходни некомплицирани транверзални царски реза, како и некомплицирана бременост во термин, без компликации за вагинално породување, а кои се претходно целосно информирани од страна на акушерот, може да се кандидати за вагинално породување.

Има ограничени докази за тоа дали мајките или неонаталниот исход влијае на бројот на претходни царски резови и типот на утерин рез. ВППЦР е контраиндицирано кај жени со:

- претходна руптура на утерус- ризикот од повторна руптура е непознат;
- претходен висок вертикален класичен царски рез (200-900/10.000 ризик за руптура на утерус) каде утерусот е сечен во цела должина на корпусот;
- три или повеќе царски реза (сигурна процена на ризик од руптура на утерус е непозната);

Сепак, се признава дека, во некои екстремни околности како: абортус, интраутерина фетална смрт за некои жени во горенаведените групи, вагиналното породување, иако ризично, може и да не е контраиндицирано. Голем број на други варијанти се поврзани со зголемен ризик за руптура на утерус. Тие ги вклучуваат: жените со претходен

инвертен Т или Ј рез (190/10.000 ризик од руптура) и жени со низок вертикален рез (200/10.000 ризик од руптура).

Постојат недоволни и спротоставени информации за тоа дали ризикот од руптура на утерус е зголемена кај пациентки со претходна миомектомија или комплексна гинеколошка операција.

КОИ СЕ РИЗИЦИТЕ И ПРЕДНОСТИТЕ НА ВППЦР?

Бремените жени кои се определиле за вагинално породување по царски рез неопходно е да бидат претходно информирани дека ВППЦР носи ризик за руптура на матка во просек 22-74/10.000. Речиси не постои ризик од оваа компликација при завршување на раѓањето со елективен царски рез.

Ризикот од руптура на утерус без претходен рез на истиот е исклучително ретка компликација, процентуално 0,5-2. 0/10.000, овој ризик е можеј кај мултипари. Иако ретка, руптурата на утерусот е асоцирана со сигнификантен матернален и перинатален морбидитет како и перинатален морталитет

Има ограничен број на докази (од приказ на случај), за тоа дали жените кои доживеале интра и перипартална треска во нивниот претходен царски рез се со зголемен ризик при следно вагинално завршување на бременоста. Постои конфликт на докази за тоа дали еднослојно во споредба со двослојно затворање на утерус може да го зголеми ризикот од руптура на утерус при следно вагинално завршување на бременоста по царски рез.

Бремените жени со оглед на опциите за раѓање по претходен царски рез, треба да бидат информирани дека планираните вагинални породувања по царски рез (ВППЦР) во споредба со елективен повторен царски рез,(ЕПЦР) носат околу 1% дополнителен ризик од **трансфузија на крв** или **ендометритис**, како **компликација**.

Родилките подложени на планираните ВППЦР во споредба со ЕРЦР се со поголем ризик за **трансфузија на крв** (170/10.000, наспроти 100/10.000) и **ендометритис** (289/10.000 наспроти 180/1.000). Немаше статистички значајна разлика меѓу планираните ВБАЦ И ЕРЦС групи во однос на **хистеректомијата** како ризик. (23/10.000 наспроти 30/10.000), **тромбоемболиска болест** (4/10.000 наспроти 6/10.000) или **мајчина смрт** (17/1000000 наспроти 44/100.000). На **мајчината смртност** кај жените со претходен царски рез влијание имаат повеќе медицински нарушувања (тромбоемболија, емболија на амнионска течност, преецлампсиа, хируршки компликации).

Бремените жени определени за ВППЦР треба да бидат информирани дека овој тип на породување носи во 2-3/10.000 случаи дополнителен ризик поврзан со **перинатална смрт**, споредено со ЕРЦР.

Родилките со претходен царски рез кои планираат вагинално породување треба да бидат информирани дека овој начин на породување носи ризик во 8/10.000 случаи за развој на **хипоксична исхемична енцефалопатија (ХИЕ)**.

Ефектот од долгорочниот исход на детето по оваа компликација е непознат. Инциденцата на ХИЕ во термин е значително поголема во планираните ВБАЦ во споредба со ЕПЦР (нула стапка). Околу 50% од зголемениот ризик во планираните ВППЦР за хипоксична исхемична енцефалопатија предизвикани се од руптура на утерус (4,6 /10.000).

Бремените жени со оглед на опцијата за породување треба да бидат информирани дека веројатно ВППЦР го намалува ризикот од респираторни инфекции кај нивното бебе за 2-3% и 3-4% кај породувањата завршени со ЕПЦР.

Сепак се смета дека дури и една доза антенатално дадена кортикостероидна терапија може да има долгорочни последици за плодот и затоа е подобро елективниот царски рез да биде одложен до 39-та гестациска недела од бременоста, отколку администрирање на кортикотерапија во 38-та недела од бременоста. Рутинската примена на профилактична кортикотерапија при елективен царски рез не е метод од избор во овој протокол.

Бремените жени со оглед на опцијата за раѓање по претходен царски рез, треба да бидат информирани дека ризикот од анестезиолошки компликации е на екстремно ниско ниво, без оглед на кое раѓање ќе се одлучат - ВППЦР или ЕПЦР.

Компликации поврзани со анестезиолошки постапки се многу ретки кај жените подложени на царски рез (итен или електвен). Пријавен е само еден случај на неуспешна интубација, како причина за мајчина смрт (2,7/100 000).

Бремените жени со оглед на опциите за раѓање, по претходен рез треба да бидат информирани за зголемениот ризик од сериозни компликации при елективен репетитивен царски рез во идните бремености.

Со репетитивен царски рез, значително се зголемени и **ризиците** како placenta accreta, повреда на дебело црево или уретер; илеус, потребата од постоперативна вентилација, отежната реанимација; хистеректомија; трансфузија на повеќе единици крв; повеќе болнички денови. Знаејќи ги сите овие ризици и компликации, жената може правилно да донесе одлука за начинот на завршување на секоја идна бременост по претходен царски рез.

ПЛАНИРАНО ВПЩР ВО ПОСЕБНИ ОКОЛНОСТИ

Како бремените жени треба да се советуваат во контекст на акушерските компликации

Предвремено породување

Родилките со ризик за предвремено породување по претходен царски рез, треба да бидат информирани дека вагиналното породување е со иста стапка на успех како и кај терминско вагинално породување по царски рез, воедно со понизок ризик од руптура на матка

Тромбоемболија, коагулопатија и трансфузија се почести ризици при предвремени вагинални породувања во споредба со терминските, иако вкупната комбинација од апсолутен ризик е за 3% помала кај предтерминските вагинални породувања по царски рез. **Перинаталниот исход** е сличен и затоа по соодветно советување, кај внимателно одбрана популација, вагиналното породување може да се земе како опција од избор кај пациентки со предтерминско породување и по претходен царски рез.

Кај близначна бременост, macrosomia и краток интервал по претходно породување, постои неизвесност во безбедноста и ефикасноста за вагинално породување.

Краткиот интервал меѓу две породувања (под 12-24 месеци) го зголемува ризикот од руптура на утерус. Иако ова информација е корисна **антенатално, треба да се советува и постнатално, планираната наредна бременост да е најмалку по 2 години, во случај на оперативно завршување на раѓањето.**

ИНТЕРВЕНЦИИ (ИНТРАПАРТУМ) ВО ТЕК НА ВАГИНАЛНО ПОРОДУВАЊЕ ПО ПРЕТХОДЕН ЦАРСКИ РЕЗ

Каде и како треба да бидат спроведувани

Вагиналното породување по царски рез треба да биде спроведувано во добро екипирани и опремени центри, со континуиран интрапартум мониторинг, со сите достапни ресурси за итно оперативно породување и соодветна неонатална реанимација.

Акушер, акушерка, анестезија, оперативен блок и хематолошка поддршка, треба да бидат постојано на располагање при планирано ВБАЦ или ЕРЦС.

Ризикот од руптура на матка е двојно зголемен при водење на породување по царски рез во помали родилишта со помалку од 500 породувања годишно. Ризикот од руптура на утерус во центри со < 3000 породувања годишно не е зголемен, но зголемена е перинаталната смртност, како компликација од руптура на утерус. Оттука, произлегува

дека достапноста на сите ресурси за итно оперативно породување и неонатална ресусцитација го намалуваат перинаталниот морбидитет и морталитет

Епидурална анестезија не е контраиндицирана при вагинално породување по царски рез

Стапката на успех е поголема при ВППЦР со епидурална аналгезија, наспроти оние кои не примаат епидурална аналгезија (73% наспроти 50,4%).

Неопходен е континуиран фетален електронски мониторинг по почеток на утерините контракции, во тек на ВППЦР

Абнормален кардиотокографски запис е најдоследен доказ за руптура на утерус и е присутен во 55%-87% од овие породувања.

Континуиран кардиотокографски запис генерално се користи кај планираните ВППЦР, така проценката за ризик од летална и нелетална перинатална асфиксија е навремена. Релативниот и апсолутен ризик од сериозни негативни исходи во отсуство на континуиран електронски фетален мониторинг е непознат.

Континуирана интрапартум нега е неопходна за да овозможи навремено препознавање и третман на компликациите, односно руптурата на утерус.

По рана дијагностика на руптура следи експедитивна лапаротомија и ресусцитација, што е од суштинско значење за намалување на перинаталниот морбидитет и морталитет, како на мајката така и на плодот.

Не постои единствена патогномонска клиничка карактеристика што е индикативна за руптура на утерус, но присуството на било кој од следните *перипартални клинички знаци*, ја зголемува веројатноста од овој ризик:

- патолошки ЦТГ запис;
- силни болки во абдомен, особено ако перзистираат без контракции;
- болка во гради или рамо, отсуство на здив;
- акутна болка во предел на оперативен рез;
- вагинално крварење, или хематурија;
- престанок на претходно воспоставен утерин активитет;
- тахикардија кај мајка, хипотензија или шок;
- загуба на предлежечки дел.

Дијагнозата е конечно потврдена на итен царски рез или постпартум лапаротомија.

Рутинската употреба на катетри за мерење на инатраутериниот притисок во рана детекција на руптура на утерус не се препорачуваат.

Интраутерините катетри не секогаш можат да бидат сигурни во способноста за навремена детекција на руптура на утерус. Некои клиничари ги преферираат во случај на обезитни пациентки, за да се ограничи ризикот од утерина хиперстимулација.

ИНДУКЦИЈА И СТИМУЛАЦИЈА НА РАЃАЊЕ

Како пациентката по претходен царски рез треба да се советува во врска со начинот на индукција и стимулација на раѓањето?

Жените мора да бидат претходно информирани за зголемениот ризик, два до три пати, од руптура на утерус и околу 1,5 пати зголемен ризик за повторен царски рез при индукција на породувањето по претходен царски рез во споредба со спонтано породување.

Жените мора да бидат претходно информирани за зголемениот ризик од руптура на утерус при индукција со простогландини.

Еден клинички акушер е должен сериски, хронолошки да го следи цервикалниот прогрес, кај напредувачко и ненапредувачко породување, за да може правилно да оцени дали да се продолжи со вагинално породувањето по царски рез.

Одлуката да се индуцира или не, со кој метод, одлуката за стимулација со окситоцин, во кој временски интервал би се ординирал, хронологијата на цервиковагинална екзаминација како дел од протоколот за водење на раѓањето, неопходно е претходно да биде одобрен со согласност од пациентката.

Две студии ги анализираат несаканите исходи при **простагландинска и не-простагландинска (интрацервикален Foley катетер) индукција на раѓањето.** НИЦХД- објавува несигнификантно повисок ризик од руптура на утерус при простагландинска споредено со не-простагландинска индукција (140/10.000 наспроти 89/10.000; $P=0,22$) Во друга студија простагландинската споредено со не-простагландинската индукција е асоцирана со статистички сигнификантно повисок ризик од руптура на утерус (87/10.000 наспроти 29/10.000) и повисок ризик од перинатална смртност од утерина руптура (11,2/10.000 наспроти 4,5/10.000).

Перинаталната смртност при индукција со простагландини кај утерус без лузни е 6/10.000.

Земајќи ги предвид овие ризици, во отсуство на спротивни докази, се препорачува ограничување во дозата на простагландини при индукција на пациентки со претходен царски рез. Од таа причина, се намалува вообичаената доза користена за индукција. Одлуката за начинот на индукција (со или без простагландини) треба да биде донесена претходно во консултација со пациентката.

Нема директен доказ, кој метод на индукција е поприфатлив кај пациентки со претходен царски рез, меѓутоа се дава предност на индукција со Фолиев катетер.

Ризикот од руптура на утерус наметнува конзервативен третман при индукција, со намалени дози. Незадоволителна прогресија на цервикалниот наод повеќе од 2 часа, е

оправдана индикација за **dystocia**, или оперативно завршување на раѓањето, а воедно и превенција од настанување на руптура на утерус.

Дополнителни ризици од индукција при вагинално породување по претходен царски рез:

- индукцијата, иако не е контраиндикација, треба претходно да биде прифатена од пациентката при советувањето за начинот на завршување на раѓањето;
- при индукција со Инф. Syntocinon, потребна е внимателна титрација со максимум 3 до 4 контракции во десет минути;
- внимателно следење на цервикалната прогресија од еден акушер;

При консултација на пациентките за идните бремености треба да им се предочи фактот дека ризикот е дополнителен при индукција на породување по претходен царски рез

СТАНДАРДИ

Стандардите би требало да вклучуваат:

Континуиран електронски фетал мониторинг во тек на ВПШЦР

Стандардна документација би требало да вклучува:

- документирано наведени ризици и предности од **ВПШЦР и ЕПЦР**;
- документација од **претходна консултација** за вклучување во постапката;
- **согласност** за индукција од страна на пациентката;
- **план** за тек на индукцијата или породувањето (интервал меѓу вагинални прегледи, очекувана цервикална прогресија и критериуми за прекин на индукција и оперативно завршување на раѓањето.