

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14 и 43/14), министерот за здравство донесе

УПАТСТВО
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ЦАРСКИ РЕЗ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при царски рез.

Член 2

Начинот на третман при царски рез е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на царски рез, по правило, согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот, може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатство за начинот на вршење на здравствената дејност која се однесува на царскиот рез („Службен весник на Република Македонија“ бр.168/10).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на неговото донесување.

Бр. 07- 10941/1
06 ноември 2014 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ЦАРСКИ РЕЗ

ГРИЖА ЗА ЖЕНИТЕ

Информации

На бремените жени треба да им се понуди поддршка и информации засновани на докази со цел истите да можат да донесат издржани одлуки во врска со самото породување. Разгледувањето на мислењето и ставовите на пациентката треба да биде прифатено како составен дел од процесот на носење одлуки. [Ц]

Бремените жени треба да добијат информации во врска со царскиот рез за време на бременоста, затоа што една од пет жени ќе се породат со царски рез. Треба да добијат податоци за царскиот рез како што се:

- Индикации за царски рез (како претпоставено фетално страдање, ненапредување на раѓањето);
- Од што се состои самата процедура;
- Ризици и предности поврзани со царскиот рез;
- Импликации за идни бремености и породувања после царскиот рез. [ГПП]

Комуникацијата и информациите треба да бидат во форма што е разбирлива за бремената жена, земајќи ги предвид културолошките потреби на малцинствата и жените на кои македонскиот не им е мајчин јазик или не знаат да читаат, заедно со потребите на жените со хендикеп или проблеми со учењето. [ГПП]

Согласност за царски рез

Согласност за царски рез треба да се побара откако на бремената жена ќе и се обезбедат сите потребни информации (засновани на докази) и тоа на начин што нема да биде навредлив за жената во поглед на нејзиното достоинство, приватност, погледи и култура, истовремено земајќи ја предвид и клиничката состојба. [Ц]

Бремената жена има право да одбие царски рез дури и кога е очигледно дека со тоа ќе се подобри нејзиното или здравјето на нејзиното бебе. [Д]

Истовремено треба да се разгледаат предностите на и ризиците од царскиот рез во споредба со вагинално породување, земајќи ја предвид и состојбата на пациентката. [ГПП]

Кога ќе се донесе одлука за царски рез треба да се направи список на сите фактори кои влијаеле на носењето на одлуката и кој од тие фактори имал најголемо влијание. [ГПП]

Класифицирање на ургентноста

Ургентноста на царскиот рез треба да биде документирана со користење на следната стандардизирана шема со цел да им се помогне на здравствените работници во нивната комуникација:

1. итна-непосредна закана по здравјето на мајката или фетусот;
2. загрозување на мајчиното или здравјето на фетусот што не е непосредно животозагрозувачко;
3. нема загрозување на здравјето на мајката и фетусот, но сепак има потреба од брзо породување;
4. планирано породување кое одговара и на жената и на медицинскиот персонал. [Ц]

Планиран царски рез

Планираниот царски рез се однесува на царски рез кој е закажан пред започнување на породувањето поради постоење на специфични клинички индикации. Овој дел се однесува само на одлуките во врска со видот на породувањето. Останатите аспекти на менаџирање на специфични услови или компликации при бременост се надвор од доменот на ова упатство.

Повеќеплодна бременост

Во случај на некомплицирани повеќеплодни бремености каде првиот близнак е во главична презентација, перинаталната смртност и морбидитет се зголемени за вториот близнак. Сепак, ефектот на планираниот царски рез врз подобрувањето на изгледите на вториот близнак се сè уште неутврдени и поради тоа царскиот рез не би требало да се нуди рутински надвор од истражувачкиот контекст. [Ц]

Во повеќеплодна бременост кадешто првиот близнак не е во главична презентација, ефектите од царскиот рез во подобрувањето на исходот на породувањето не се утврдени, но моменталната практика е да се понуди планиран царски рез. [ГПП]

Планиран царски рез кај повеќеплодна бременост не би требало да се спроведува пред 38-та недела затоа што истиот го зголемува ризикот од респираторни проблеми кај новороденчињата. [Б]

Предвремено породување и царски рез

Предвременото породување е поврзано со повисок неонатален морбидитет и смртност. Сепак, ефектите од планираниот царски рез во подобрување на резултатите во вакви случаи се сè уште неутврдени, па поради тоа царскиот рез не би требало рутински да се нуди надвор од истражувачкиот ефект. [Ц]

Мали за гестациската возраст (Small for Gestational Age (SGA)) и царски рез

Ризикот од неонатален морбидитет и морталитет е поголем кај SGA плодови. Сепак, ефектите од планираниот царски рез во подобрување на резултатите во

вакви случаи се сè уште неутврдени, па поради тоа царскиот рез не би требало рутински да се нуди надвор од истражувачкиот контекст. [Ц]

Placenta praevia

На жените кај кои плацентата делумно или целосно го прекрива внатрешното цервикално устие (3 или 4 степен на placenta previa) би требало да им се понуди царски рез. [Д]

Предвидување на царски рез кај диспропорција при породување

Пелвиметрија не е корисно за предвидување “на евентуалниот неуспех во прогресот” на породувањето и не би требало да се користи во носењето на одлуката за видот на породувањето. [А]

Големината на стапалото, висината на мајката како и предвидувањата за големината на фетусот (утврдени со ултразвук или клинички испитувања) не може прецизно да ја предвидат карличната диспропорција и не би требало да се користат за предвидување “на евентуалниот неуспех во прогресот” за време на породувањето. [Б]

Пренос на инфекции од мајка на новороденче

Овој дел се однесува на царскиот рез како интервенција за намалување на преносот на инфекции од мајката на новороденче. Постојат и други видови на интервенции кои го намалуваат преносот на овие инфекции на бебето меѓутоа тие се надвор од интересот на овој прирачник.

На ХИВ позитивните жени треба да им се понуди планиран царски рез бидејќи истиот го намалува ризикот од пренос на ХИВ од мајката на бебето. [А]

Преносот на Хепатит Б од мајката на бебето може да се намали доколку бебето прими имуноглобин и соодветни вакцини. На бремените жени со Хепатит Б не би требало да им се нуди планиран царски рез бидејќи има недоволно докази дека истиот во овој случај го намалува ризикот од пренос на Хепатит Б од мајката на бебето. [Б]

На жени заразени со Хепатит Ц не би требало да им се нуди планиран царски рез бидејќи истиот не го намалува ризикот од пренос на вирусот од мајката на бебето. [Ц]

На бремените жени заразени со Хепатит Ц и ХИВ би требало да им се понуди планиран царски рез бидејќи го намалува ризикот од пренос на Хепатит Ц и ХИВ од мајката на бебето. [Ц]

На жени со основен генитален херпес симплекс вирус (ХСВ) инфекција, кај кои инфекцијата се појавила во третиот триместар од бременоста, би требало да им се понуди планиран царски рез бидејќи го намалува ризикот од неонатална ХСВ инфекција. [Ц]

Бремените жени со рекурентна ХСВ инфекција за време на породувањето треба да бидат информирани дека сè уште не се утврдени ефектите од планираниот царски рез во намалувањето на ризикот од неонатална ХСВ инфекција. Поради тоа, царскиот рез не би требало рутински да се нуди надвор од истражувачкиот контекст. [Ц]

Фактори кои влијаат на веројатноста за царски рез за време на интрапарталната грижа

Место на породување

На здравите бремени жени со некомплицирани бременост би требало да им се укаже дека планираното породување во акушерска установа не ги намалува изгледите за царски рез. [А]

Намалување на изгледите за царски рез

Следниве интервенции за време на интрапарталната грижа се покажале како соодветни во намалување на изгледите за царски рез:

Жените треба да бидат известени дека континуирана поддршка за време на породувањето од жени со или без претходно искуство ги намалува изгледите за царски рез. [А]

На жените со некомплицирани бременост над 41-ва г.с. треба да им се понуди индукција на раѓање бидејќи со тоа се намалува ризикот од перинатална смртност и изгледите за царски рез (види упатство за индукција на раѓање). [А]

Партограм со 4-часовно следење на активноста би требало да се користи за да се следи прогресот на породувањето на жената при спонтаното породување кај некомплицираниот единечна бременост што е во редовен термин, бидејќи на тој начин се намалува веројатноста за царски рез. [А]

Надлежен специјалист-гинеколог акушер треба да учествува во носењето на одлуката за царски рез. [Ц]

Електронски фетален мониторинг е поврзан со зголемување на веројатноста за царски рез. Кога се размислува за царски рез поради абнормална работа на срцето на плодот, во случаи на сомневање за фетална ацидоза треба да се понуди испитување на крвта на плодот, доколку е тоа технички можно и доколку нема контраиндикации. [Б]

Жените треба да бидат информирани дека следните постапки не зголемуваат ризик за потреба од царски рез, а може да бидат корисни при вагинално породување:

- движење за време на породувањето;
- позиција различна од лежење на грб за време на втората фаза на породување;
- потопување во вода за време на породувањето;
- епидурална аналгезија за време на породувањето. [А]

Жените треба да бидат информирани дека употребата на изотонични пијалоци за време на породувањето, спречува кетоза без придружно зголемување на стомачниот волумен. [А]

Процедурални аспекти на царскиот рез

Ризикот од респираторен морбидитет е зголемен кај бебињата родени предвремено со царски рез, меѓутоа овој ризик се намалува значително по 39-та гестациска седмица. Поради тоа планираниот царски рез не би требало да се спроведува пред 39-та гестациска седмица. [Б]

Породување со итен царски рез поради загрозување на здравјето на мајката или бебето би требало да се спроведе најбрзо што може, истовремено земајќи предвид дека ненадејното породување исто така може да предизвика штета. Временски интервал од максимум 30 минити од момент на донесување одлука до породување, сам по себе не е критичен во однос на влијание на новороденчето но е прифатен како стандард при итни случаи во родилиштата. [Ц]

Предоперативни тестирања

На бремените жени треба да им се понуди испитување на хемоглобинот пред царскиот рез за да се утврди дали се анемични. Иако губење на крв повеќе од 1000ml после царскиот рез е ретка појава (се случува кај 4-8%), истата претставува потенцијално опасна компликација. [Ц]

Бремените жени кај кои се спроведува царски рез поради антепартално крварење, абрупција, руптура на утерусот или плацента превија се изложени на зголемен ризик од губење на повеќе од 1000 ml крв и кај нив царскиот рез би требало да се спроведе со користење на услугите на одделот за трансфузија. [Ц]

На бремените жени кои се здрави и кои имаат некомплицирани бременост не би требало рутински да им се нудат следниве тестирања пред царскиот рез:

- групирање и чување на серум;
- наизменично совпаѓање на крвта; (cross-matching)
- скрининг преглед за згрутчување на крвта; [Ц]

Кај жените кај кои се спроведува царскиот рез со локална анестезија потребно е да се постави уринарен катетар за да се спречи преголемо растегнување на бешиката, бидејќи анестезијата го блокира нормалното работење на мочниот меур. [ГПП]

Анестезија при царски рез

Бремените жени кои се породуваат со царски рез треба да добијат информации за различните типови на аналгезија со цел да ја добијат аналгезијата која најмногу одговара на нивните потреби. [ГПП]

На жените кои се породуваат со царски рез би требало да им се понуди регионална анестезија бидејќи истата е побезбедна и има понизок морбидитет кај мајката и бебето отколку општата анестезија. Овде припаѓаат жените со плацента превија. [А]

На жените кај кои се спроведува царски рез со регионална анестезија би требало да им се понуди интравенозен ефедрин или фенилефрин и претходно зголемување на волуменот со кристалоиди или колоиди за да се намали ризикот од хипотензија за време на царскиот рез. [А]

Секој оддел треба да има обучен кадар и опрема за интервенција во случај на неуспешна интубација за време на акушерската анестезија. [Д]

За да се намали ризикот од аспирациона пневмонија, на жените треба да им се понудат медикаменти (како антагонисти на H₂ рецептори или инхибитори на протонската пумпа) за да се намали гастричниот/желудечниот волумен и ацидитетот пред царскиот рез. [Б]

На жените треба да им се понудат антиеметици (или фармаколошки или акупресура) за да се намали гадењето и повраќањето за време на царскиот рез. А Општа анестезија за итен царски рез би требало да вклучува претходна оксигенација, крикоиден притисок и брза индукција со цел да се редуцира ризикот од аспирација. [ГПП]

Интравенозен ефедрин и фенилефрин треба да се користат во менаџирањето на хипотензијата за време на царскиот рез. [А]

Операционата маса за царски рез треба да биде со странично накосување од 15 степени бидејќи со тоа се намалува мајчината хипотензија. [А]

Хируршки техники за царски рез

Следниве препораки се однесуваат на хируршките техники кои се применуваат кога станува збор за бремености кои се во тремин и кај кои постои понизок утерин сегмент. Овие техники може да претрпат промени во ситуации каде што има повторен царски рез или плацента превија.

Здравствените работници треба да носат два чифта ракавици кога оперираат или асистираат при изведување царски рез кај жени кои се ХИВ позитивни, со цел да се намали ризикот од пренос на инфекција за време на операцијата. [А]

Генералните препораки за заштита при операции треба да се применуваат за време на царскиот рез со цел да се намали ризикот од пренос на ХИВ инфекција на персоналот. [Ц]

Царскиот рез треба да биде изведен со попречна (трансверзална) абдоминална инцизија бидејќи на тој начин се намалува постоперативната болка, а се добиваат и козметички подобри ефекти во споредба со царскиот рез изведен со медијална инцизија. [Б]

Би требало да се практикува трансверзална Џоел Коен (Joel Cohen) инцизија (права инцизија, 3 cm над симфиза; слоевите од тикво се отвораат тапо а доколку е потребно, се шират со ножици, а не со нож), затоа што истиот е поврзан со пократко време на оперирање и ги намалува изгледите за постоперативна фебрилност и морбидитет. [А]

Употребата на посебен хируршки нож за инцизија на кожата и за подлабоки ткива за време на царскиот рез не е пропорачливо бидејќи на тој начин не се намалува инфекцијата на раната. [Б]

Кога има добро формиран долен утерин сегмент, треба да се практикува тапо наместо остро растегнување на инцизијата на матката бидејќи на тој начин се намалува губењето на крв, постпарталното крварење и се избегнува потребата од трансфузија после царскиот рез. [А]

Жените кои се породуваат со царски рез треба да бидат информирани дека постои ризик од 2% фетални лацерации. [Ц]

Форцепс при царски рез треба да се користи само доколку постои потешкотија при вадењето на главата на бебето. Ефектот на неонаталниот морбидитетод рутинското користење на форцепс при царски рез сè уште не е утврдена. [Ц]

Треба да се практикува бавна инфузија со 5 И.Е окситоцин со цел подобрување на контрактилноста на матката и да се намалување на губитокот на крв. [Ц]

При царски рез, плацентата треба да се отстрани со континуирана тракција на папочната врвца, а не рачно бидејќи на тој начин се намалува ризикот од ендометритис. [А]

Треба да се практикува интраперитонеалното затворање на матка. Екстериоризација на матката не е препорачлива бидејќи е поврзана со поголема болка и не ги подобрува исходите од операцијата како крварење и инфекции. А

Ефективноста и сигурноста од сутурирање на инцизијата на матката во единечен слојне е утврдено. Освен во истражувачки контекст, инцизијата на матката треба да биде сутурирана во два слоја. [Б]

Ниту висцералниот ниту париеталниот перитонеум не треба да се сутурираат при царски рез, бидејќи на тој начин се намалува времето на оперирање и потребата од постоперативна аналгезија, па воедно се подобрува и задоволството на мајката. [А]

Во ретките случаи кога царскиот рез е изведен со медијална абдоминална инцизија, треба да се направи масивно затворање со бавно разградувачки конци бидејќи на тој начин се намалува ризикот за појава на инцизиона херниа или дехисценција во споредба со сутурирање во слоеви. [Б]

Рутинско затворање на поткожното ткиво не би требало да се користи освен кај повеќе од 2 cm поткожно масно ткиво, бидејќи на тој начин не се намалува можноста од инфекција на раната. [А]

Поткожен дрен за раната не би требало да се користи при царски рез бидејќи не ја намалува можноста од појава на инфекција или хематом на раната. [А]

Акушерите треба да бидат свесни дека ефектите од употребата на различни материјали или методи за затворање на кожата при царски рез не се сигурни. [Ц]

Одредување на рН од умбиликалната артерија треба да се практикува после секој царски рез при секое сомневање за загрозување на новороденчето, за да се овозможи проверка на состојбата и да се планира грижата за новороденчето. [Б]

На жените оперирани со царски рез треба профилактички да им се дадат антибиотици по клемување на папочната врвца, на пример единечна доза од прва генерација на цефалоспорин или ампицилин за да се намали ризикот од постоперативни инфекции (како на пример ендометритис, инфекции на уринарниот тракт и инфекција на раната), кој се јавуваат во околу 8% од случаите на жени породени со царски рез. [А]

На жените оперирани со царски рез треба да им се понуди тромبوпрофилакса бидејќи тие се изложени на зголемен ризик од венски тромбоемболизам. При изборот на методот на профилакса (компресивни чорапи, хидратација, рана мобилизација, нискомолекуларен хепарин) би требало да се земе предвид и ризикот од тромбоемболиска болест и да се следат постоечките упатства. [Д]

Желбите на жената за време на породувањето, како на пример музика во салата, наведнување на екранот за да може да се види раѓањето на новороденчето, или барањето за тишина за да може првиот глас што ќе го чуе новороденчето да биде гласот на мајката, би требало да бидат исполнети доколку за тоа постојат услови. [ГПП]

Грижа за бебето по раѓањето со царски рез

Соодветно квалификувано лице за реанимација на новороденото дете треба да биде присутно за време на царскиот рез кој се изведува под целосна анестезија, или тогаш кога има можност за загрозување на новороденчето. [Ц]

Кај новороденчињата родени со царски рез постои поголема веројатност за пониска телесна температура и термалната нега треба да биде во согласност со соодветната пракса во областа на термална нега на новородени деца. [ГПП]

Треба да се обезбеди ран контакт кожа на кожа помеѓу новороденчето и мајката бидејќи на тој начин се подобрува мајчината перцепција за новороденчето, се подобруваат мајчините вештини, однесувањето на мајката, исходите на доењето и се намалува плачењето на новороденчето. [А]

Жените кои се породиле со царски рез треба да добијат дополнителна поддршка за да им се помогне што побрзо по раѓањето на детето да започнат со доење. Ова е поради фактот што жените породени со царски рез имаат помали изгледи да почнат со доење во првите неколку часа по породувањето, меѓутоа откако ќе започнат со доење тие ќе продолжат исто како и жените кои се породиле вагинално. [А]

Грижа за жените по царски рез

По царскиот рез жените треба да бидат надгледувани директно од страна на соодветно обучен персонал сè додека не си ја повратат силата, кардио-респираторната стабилност и можноста за комуницирање. [Д]

Здравствените работници треба да знаат дека иако е ретко, сепак се случува жените по царскиот рез да имаат потреба од интензивна нега (9 на 1000 случаи). [Б]

По будењето од анестезијата, опсервација на состојбата (респираторните функции, пулсот, крвниот притисок, болката, седацијата, крварење) **треба да се спроведува секои 30 минути во тек на првите два часа**, а потоа на секој час, доколку истите се задоволителни. Доколку проверките не се стабилни, се препорачуваат почести надгледувања и медицински преглед. [ГПП]

Кај жените со општа анестезија (интратекални опоиди) треба да има проверки на минимум еден час и тоа проверки на респираторните функции, седацијата и болката, **и тоа најмалку 12 часа за диаморфин и 24 часа за морфин**. [ГПП]

Кај жените кои имале епидурална анестезија, треба да се спроведуваат рутински проверки на секој час на респираторните функции, седација и болката во тек на целиот третман и најмалку два часа по неговото завршување. [ГПП]

На жените треба да им биде понуден диаморфин (0,3-0,4mg) за интра и постоперативна аналгезија, бидејќи на тој начин се намалува потребата од дополнителна аналгезија по царскиот рез. Епидуралниот диаморфин (2,5-5mg) е соодветна замена. [A]

Под услов да нема контраиндикации, по царскиот рез треба да се понудат нестероидни антиинфламаторни медикаменти бидејќи истите ја намалуваат потребата од опоиди. [A]

Жените кои добро закрепнуваат по царскиот рез и немаат компликации може да јадат и пијат кога ќе почувствуваат глад или жед. [A]

Отстранување на уринарниот катетер треба да биде спроведено откако жената ќе биде подвижна по локалната анестезија, а не порано од 12 часа по последната доза. [D]

Рутинска респираторна физиотерапија не би требало да им се нуди на жените по царскиот рез бидејќи истата не ги намалува респираторните проблеми како кашлање, рамнодушност, температура, болки во градите и аускултаторни промени. [A]

На жените кои се породиле со царски рез треба да им се понуди можноста со здравствените работници да ги продикутираат причините за царскиот рез и последиците од истиот врз новороденчето како и врз следните бремености. [ГПП]

Престојот во болница најверојатно ќе биде подолг по царскиот рез (во просек 3-4 дена) отколку по вагиналното породување (во просек 1-2 дена). [A]

Третман по царскиот рез

Како дополнување на генералната постпородилна нега, на жените породени со царски рез треба да им се обезбеди и:

- специфична нега поврзана со закрепнувањето по царскиот рез;
- нега поврзана со справувањето со останати компликации за време на бременоста или породувањето.

На жените породени со царски рез треба да им се понуди и пропише користење на аналгезија за постоперативна болка и тоа:

- за силна болка, комбинација од кодеин фосфат и парацетамол со дополнителен ибупрофен;
- за умерена болка, комбинација од кодеин фосфат и парацетамол;
- за слаба болка, парацетамол. [Д]

Грижата за раната од царскиот рез треба да се состои од:

- отстранување на преврската 24 часа по царскиот рез;
- следење на телесната температура;
- следење на знаци на инфекција на раната (интензивирање на болката, првенило или исцедок), раздвојување или дехисценција;
- укажување на жената да носи широка и комфорна облека и памучна долна облека;
- секојдневно нежно чистење и сушење на раната;
- доколку е потребно, планирање на вадење на конците. [Д]

Здравствените работници кои се грижат за жените породени со царски рез кај кои има некои симптоми за страдање на уринарен тракт треба да ја земат предвид можноста од следниве дијагнози:

- инфекција на уринарниот тракт;
- стрес инконтиненција (се појавува кај околу 4 % од случаите на царски рез);
- повреди на уринарниот тракт (се случува кај 1 од 1000 случаи на царски рез); [Д]

Здравствените работници кои се грижат за жените по царскиот рез кај кои се јавуваат нерегуларни вагинални крварења треба да имаат предвид дека е поверојатно истото да е предизвикано од ендометритис отколку од ретинирани резидуални маси. [Д]

Кај жените породени со царски рез постои поголем ризик од појава на тромбоемболиска болест (како длабока венска тромбоза, така и пулмонална емболија), па здравствените работници треба да обрнат особено внимание на жените кои имаат одредени симптоми (кашлање или отежнато дишење) или промени на долни екстремитети (болни и отечени зглобови). [Д]

Жените породени со царски рез треба да продолжат со активностите како на пример возење на автомобил, кревање тешки предмети, секојдневно вежбање и сексуални односи откако целосно ќе закрепнат од царскиот рез (вклучувајќи ги сите видови физички ограничувања поради болка). [ГПП]

Здравствените работници кои се грижат за жените кои се породени со царски рез треба да ги информираат жените дека по царскиот рез тие не се изложени на зголемен ризик од потешкотии со доењето, депресија, посттрауматски стрес синдром, диспареунија и фекална инконтиненција. [Д]

Табела 1: Ефекти врз здравјето на жената од царски рез во однос вагинално породување

	Апсолутен ризик		Релативен ризик (95% CI)	Ниво на докази
	Царски рез	Вагинално породување	ЦР спореден со вагинално породување	
Ефекти околу времето на породување				
Намалени после царскиот рез				
Перинеална болка	2%	5%	0.3 (0.2, 0.6)	1b
Зголемени по царскиот рез				
Абдоминална болка	9%	5%	1.9 (1.3, 2.8)	1b
Повреда на бешиката (A)	0.1%	0.003%	36.6 (10.4, 128.4)	3
Повреда на уретер (A)	0.03%	0.001%	25.2 (2.6, 243.5)	3
Потреба за понатамошна операција како лапаротомија или дилатација и киретажа	0.5%	0.03%	17.5 (9.4, 32.1)	2b
Хистеректомија (A) (D)	0.8% 0.7%	0.01% 0.02%	95.5 (67.6, 136, 9) 44.0 (22.5, 85, 8)	2b
Прием во оддел за интензивна нега (A)	0.9%	0.1%	9.0 (7.2, 11, 2)	3
Тромбоемболична болест	Севкупен ризик 0.04-0.16%		3.8 (2.0, 4.9)	2b
Должина на престојот (B)	3-4 дена	1-2 дена		1b
Повторно примање во болница (A)	5.3%	2.2%	2.5 (1.1, 5.4)	2b
Смрт на мајката (A)	82.3 во милион	16.9 во милион	4.9 (3.0, 8.0)	3
Нема разлика				
Крварење (губење на крв повеќе од 1000ml) (C)	0.5%	0.7%	0.8 (0.4, 4.4)	1a
Инфекција(инфекција на раната или ендометриоза) (C)	6.4%	4.9%	1.3 (1.0, 1.7)	1a
Повреда на гениталниот тракт (екстензија на на инцизијата на матката, лацерација на цервиксот)	0.6%	0.8%	1.2 (0.4, 3.4)	1a
Долготрајни ефекти				
Намалени по царскиот рез				
Уринарна инконтиненција (3 месеци по породувањето)	4.5%	7.3%	0.6 (0.4, 0.9)	1b
Утеро-вагинални пролапси (A)	Општа распространетост 5%		0.6 (0.5, 0.9)	3
Нема разлика (3 месеци по породувањето)				
Фекална инконтиненција	0.8%	1.5%	0.5 (0.2, 1.6)	1b

	Апсолутен ризик		Релативен ризик (95% CI)	Ниво на докази
	Царски рез	Вагинално породување	ЦР спореден со вагинално породување	
Болки во грбот	11.3%	12.2%	0.9 (0.7, 1.2)	1б
Постнатална депресија	10.1%	10.8%	0.9 (0.7, 1.2)	1б
Диспареунија	17.0%	18.7%	0.9 (0.7, 1, 1)	1б
Импликации за идни бремености				
Зголемени по царски рез				
Немање повторно деца(А)	42%	29%	1.5 (1.1, 2.0)	2б
Плацента превија кај идни бремености(Д)	0.7%	0.5%	1.4 (1.1, 1.6)	2б
	0.8%	0.5%	1.6 (1.3, 2.0)	2б
	0.4%	0.2%	1.3 (1.0, 1.7)	2б
Руптура на матката кај идни бремености(А)	0.4%	0.01%	42.2 (31.1, 57.2)	2б
Смрт при раѓање кај идни бремености(А)	0.4%	0.2%	1.6 (1.2, 2.3)	2бб
<p>А) Изворот за овие податоци е добиен од опсервациони студии и од апсолутните и релативните ризици кај жени кои навистина имале или царски рез или вагинално породување. При интерпретацијата на овие податоци треба да се внимава бидејќи секогаш постои повеќе од едно образложение за дадените информации и е невозможно да се разграничат ефектите од царскиот рез од причините за царски рез.</p> <p>Б) Дадените информации за престојот во болница се просечни вредности.</p> <p>В) Во овие случајни проби антибиотиците и окситоцините се користени како профилакса против инфекции и крварење по царски рез.</p> <p>Г) Бројките во овие податоци се добиени од повеќе од една опсервационска студија</p>				

Табела 2: Ефекти врз здравјето на новороденчето од царски рез во споредба со вагинално породување

	Апсолутен ризик		Релативен ризик (95% веројатност)	Ниво на докази
	Царски рез	Вагинално породување	ЦР спореден со вагинално породување	
Поголема веројатност по царски рез				
Респираторен морбидитет (А)	3.5%	0.5%	6.8 (5.2, 8.9)	3
Нема разлика				
Неонатална смртност(со исклучок на карлично породување) (А)	0.1%	0.1%	1.1 (0.1, 8.4)	2б
Интракранијално крварење (А)	0.04% 0.008%	0.03% 0.01%	1.4 (0.8, 2.6) 0.6 (0.1, 2.5)	2б
Повреди на брахијалниот плексус (А)	Севкупен ризик 0.05%		0.5 (0.1, 1.9)	3
Церебрална парализа (А)	Севкупен ризик 0.02%			3
<p>А) Изворот за овие податоци е добиен од опсервациони студии и од апсолутните и релативните ризици кај жени кои навистина имале или царски рез или вагинално породување. При интерпретацијата на овие податоци треба да се внимава бидејќи секогаш постои повеќе од едно образложение за дадените информации и не е возможно да се разграничат ефектите од царскиот рез од причините за царски рез</p> <p>Б) Двете информации за внатрешно крварење се базирани на податоци од 2 различни опсервациони студии</p>				

АЛГОРИТМИ

ЦАРСКИ РЕЗ

Планиран царски рез се нуди на жени со:

- Повеќеплодна бременост каде првиот близнак е во карлична презентација
- ХИВ вирус;
- ХИВ и Хепатит Ц;
- Генитален херпес симплекс во третиот триместар;
- II и III степен плацента превија.

Да не се нуди рутински планиран царски рез на жени со:

- Повеќеплодна бременост (први близнак во главична презентација);
- Предвременно породување;
- СГА
- Хепатит Б вирус;
- Хепатит Ц вирус;
- Повторен генитален херпес симплекс.

Царски рез по барање на мајката

- Само по себе барањето не е индикација за царски рез;
- Потребно е да се проучат и разгледаат специфичните причини;
- Да се разгледаат придобивките и ризиците од царскиот рез;
- Докторот може да одбие барање за царски рез меѓутоа е должен да ја препрати жената на второ мислење.

Преглед на ефектите од царскиот рез во споредба со вагиналното породување за жените и нивните новороденчиња

<p>Зголемени ризик (или почеста појава) кај царски рез</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Абдоменална болка ● Повреда на мочен меур ● Повреда на уретер ● Потреба од понатамошни операции ● Хистероктомија ● Интензивна нега/Прием во оддел за интензивна нега ● Тромбоемболиска болест ● Должина на престојот во болница ● Повторен прием во болница ● Смрт на мајката ● Антепартална смрт кај следните бремености ● Плацента превија ● Руптура на матката ● Неможност за повторна бременост ● Неонатален респираторен морбидитет 	<p>Нема разлика по царскиот рез</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Крварење ● Инфекција ● Повреда на гениталниот тракт ● Фекална инконтиненција ● Болки во грбот ● Диспареунија ● Постпородилна депресија ● Неонатален морталитет ● Интракранијално крварење ● Повреди на брахијалниот плексус ● Церебрална парализа 	<p>Намалена (или поретка) појава по царски рез</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Перинеална болка ● Уринарна инконтиненција ● Пропале на матката
<p>Оваа табела ги покажува насоките на ефектите од царскиот рез меѓутоа не и големината на истите. Ризиците не се однесуваат на сите жени во сите случаи.</p>		

НОСЕЊЕ ОДЛУКА ЗА ЦАРСКИ РЕЗ

- Комуникацијата и податоците треба да бидат обезбедени во форма која што е достапна;
- Согласноста за царски рез треба да се бара откако ќе се обезбедат потребните податоци засновани на информации;
- Жената може да го одбие царскиот рез, дури и кога е јасно дека истиот може само да придонесе за нејзиното и здравјето на нејзиното новороденче.

Планиран царски рез: Царскиот рез треба да се изведе по 39-та гестациска седмица за да се избегне респираторната морбидност.

Иген царски рез: Во случај на претпоставено или потврдено акутно загрозување на новороденчето, породувањето треба да се изврши што е можно побрзо. Прифатлив стандард е во рок од максимум 30 минути.

Документирање на ургентноста за царски рез

- 1) Итна-непосредна закана врз животот на мајката или фетусот;
- 2) Загрозување на здравјето на мајката или фетусот но не се непосредно животно загрозувачки;
- 3) Без загрозување по животот на мајката или новороденчето но сепак има потреба од брзо породување;
- 4) Породување планирано да им одговара на жената или медицинскиот персонал.

ПРОЦЕДУРАЛНИ АСПЕКТИ НА ЦАРСКИОТ РЕЗ

Предоперативно испитување		Анестезиолошки аспекти	
<ul style="list-style-type: none"> • Поверка на хемоглобинот; • Да се пропишат антибиотици (една доза на прва генерација на цефалоспорин или ампицилин); • Подготовка за ризици од тромбоемболиска болест (компресивни чорапи, хидратација, рана мобилизација или ниско молекуларен хепарин); • Да се постави уринарен катетер. 	<p>Кај здрави жени со некоплицирана бременост не треба да се нуди:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Групирање и чување на серум; • Cross-matching • Иследување на фактори на хемостаза; 	<ul style="list-style-type: none"> • Да се разгледаат можностите за пост оперативна аналгезија; • Да се понудат антациди и блокатори на H₂ рецептори; • Да се понудат антиеметици; • Да се понуди локална анестезија; • Да се намали ризикот од хипотензија користејќи: <ul style="list-style-type: none"> - интравенозен ефедрин или фенилефринска инфузија. 	<p>- зголемување на волуменот користејќи кристалоиди или колоиди - странично навалување од 15 степени;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Општа анестезија за итен царски рез треба да вклучува претходна оксигенизација и брза индукција за да се намали ризикот од аспирација <p>Одделите за гинекологија треба да имаат соодветно обучен кадар и опрема случај на неуспешна интубација</p>

Хируршки техники		
<p>Препораки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Да се носат дупли ракавици при царски рез кај жени кои се ХИВ позитивни; • Да се користи ниска трансверзална абдоминална инцизија (Joel Cohen инцизија); • Да се користи тапо проширување на инцизијата на матката; • Да се дава окситоцин (5 И.Е.) преку бавна интравенска инфузија; • Да се користи контролирана тракција за вадење на плацентата 	<ul style="list-style-type: none"> • Да се затвори инцизијата на матката во два слоја; • Да се одреди рН од умбиликална артерија доколку се прави царски рез заради загрозување на фетусот; • Да се земат предвид желбите на жената при породување (музика во салата за операции); • Да се овозможи ран кожа на кожа контакт помеѓу мајката и новороденчето 	<p>Да не се</p> <ul style="list-style-type: none"> • затвори подкожното масно ткиво (освен кога е потенко од 2cm); • пласираат поткожни дренажи на раната; • користат посебни хируршки ножеви за кожа и подлабоки ткива; • користи рутински форцепс за да се екстракција на главата на бебновороденчето • сутурира висцералниот ниту париеалниот перитонеум; • Вади рачно плацентата <p>Ефектите од користењето различни материјали и методи на шиене не се познати</p>
<p>Здравствен работник обучен за оживување на новородено бебе треба да биде присутен при царски рез со општа анестезија или кога има претпоставка за загрозување на бебето.</p>		

Постоперативно надгледување	
<ul style="list-style-type: none"> • Постоперативна интензивна нега (recovery area) – надгледување еден-на-еден, сè додека жената не ја поврати силата, кардио-респираторната стабилност и можноста за комуникација; • Получасовни надгледувања (дишење, пулс, крвен притисок, болка, седација и крварење) во првите 2 часа, а потоа на секој час доколку состојбата на жената е стабилна 	<ul style="list-style-type: none"> • За целосна анестезија - едночасовни надгледувања на дишењето, седацијата и болката и тоа 12 часа за диаморфин и 24 часа за морфин; • За епидурална анестезија - едночасовни надгледувања за време на царскиот рез, плус 2 часа по завршувањето
Грижа за жената и новороденчето по царскиот рез	
<ul style="list-style-type: none"> • Да се обезбеди дополнителна помош со цел жената да почне со доење што е можно побрзо; • Да се понуди диаморфин(0.3-0.4 mg) или епидурален диаморфин (2.5-5 mg) за да се намали потребата од дополнителна аналгезија; • Да се понудат нестероидни антиинфламаторни медикаменти за да се намали потребата од дополнителна аналгезија; • Жените кои се чувствуваат добро и немаат компликации може да јадат и пијат кога ќе почувствуваат глад или жед. 	<ul style="list-style-type: none"> • По локалната анестезија да се извади уринарниот катетер кога жената ќе биде подвижна (по 12 часа); • Да се извади преврската од раната; да се чува раната чиста и сува; • Да се разгледаат причините и импликациите од царскиот рез пред пациентката да се испише.
Закрепнување по царскиот рез	
<ul style="list-style-type: none"> • Да се понуди постнатална грижа, посебна грижа по царски рез и решавање на компликациите при бременост; • Да се пропише регуларна аналгезија; • Да се следи здравувањето на раната; • Да се информира жената дека може да продолжи со секојдневните активности (како на пример вежбање, возење) кога во тоа нема да ја спречува болката. 	<p>Да се земат предвид компликации по царскиот рез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ендометритис во случај на обилно вагинално крварење; • Тромбоемболизам во случај на кашлање или отечени зглобови; • Инфекции на уринарниот тракт кога има симптоми од страна на уринарен тракт; • Повреда на уринарниот тракт (фистула) доколку протекува урина.
<p>Овој алгоритам, доколку е потребно, може да се користи како дел од комплетното упатство</p>	

Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.

Предвидено е следно ажурирање до ноември 2016 година.