

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, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ЦАРСКИ РЕЗ**

**Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при царски рез.

**Член 2**

Начинот на медицинското згрижување 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 медицинското згрижување при 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 згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3147/1  
09 март 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

\_\_\_\_\_

---

# Царски рез

Објавено: ноември 2011 година, последна модификација: август 2012 година

**NICE клинички упатства 132**  
[guidance.nice.org.uk/cg132](http://guidance.nice.org.uk/cg132)

---

# Содржина

<b>Вовед</b> .....	<b>1</b>
<b>Грижа насочена кон жената</b> .....	<b>2</b>
<b>Клучни приоритети за имплементација</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Упатство</b> .....	<b>5</b>
1.1 Грижа насочена кон жената .....	5
1.2 Планиран ЦР .....	6
1.3 Фактори кои влијаат на веројатноста на ЦР во текот на интрапарталната грижа .....	10
1.4 Процедурални аспекти на ЦР .....	12
1.5 Нега за новороденчето, родено со ЦР .....	17
1.6 Нега за жените по ЦР .....	18
1.7 Заздравување по ЦР .....	19
1.8 Бременост и породување по ЦР .....	21
<b>2. Забелешки за делокругот на овој водич</b> .....	<b>22</b>
<b>3. Имплементација</b> .....	<b>23</b>
<b>4. Препораки за истражувања</b> .....	<b>24</b>
4.1 Интервал од одлука до породување (категорија 1 ургентност) .....	24
4.2 Интервал од одлука до породување (категорија 2 ургентност) .....	25
4.3 Национален аудит/ревизија .....	26
4.4 Барање на мајката за ЦР .....	27
4.5 Ризици и придобивки од ЦР .....	28
<b>5. Други верзии на ова упатство</b> .....	<b>30</b>
5.1 Комплетно упатство .....	30
5.2 NICE патеки .....	30
5.3 Информација за јавноста .....	30
<b>6. Поврзани NICE упатства</b> .....	<b>31</b>
<b>7. Ажурирање на упатството</b> .....	<b>32</b>
<b>Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектен тим</b> .....	<b>33</b>
Група за развој на упатството .....	33
Национален центар за соработка за здравје на жени и деца .....	33
NICE проектен тим .....	33
Додаток Б: Панел за рецензија на упатството .....	34
<b>Додаток Ц: Планиран ЦР, во споредба со планирано вагинално породување</b> .....	<b>35</b>
<b>Промени по публикувањето</b> .....	<b>40</b>
<b>За ова упатство</b> .....	<b>41</b>

## Вовед

Ова упатство е ажурирано и го заменува „Царски рез“ (Национален институт за здравје и клиничка извонредност –National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE клиничко упатство 13). Препораките се означени соодветно на тоа кога се оригинално публикувани (видете детално во „За ова упатство“).

Ова упатство е развиено со цел да помогне во обезбедувањето на конзистентен квалитет на грижа за жените кои:

- Имале ЦР и се повторно бремени.
- Имаат клиничка индикација за ЦР.
- Се размислува за ЦР кога нема друга индикација.

Обезбедува информации, базирани на докази за медицинскиот персонал и за жените за:

- Ризици и придобивки од планиран ЦР во споредба со планирано вагинално породување.
- Специфични индикации за ЦР.
- Ефективни менаџмент стратегии за избегнување на ЦР.
- Анестезиолошки и хируршки аспекти за грижата.
- Интервенции за редукција на морбидитет од ЦР.
- Организациски и фактори од околината кои влијаат на стапките на ЦР.

За ажурирањето, бројни теми беа адресирани онаму каде новите докази се однесуваат на оригиналните препораки. Овие теми се наведени во „За ова упатство“.

Упатството не дефинира прифатливи стапки на ЦР. Целта на ова упатство е да овозможи на здравствените работници да даваат соодветен совет на жените и на нивните семејства, базиран на истражувања. Ова ќе им овозможи на жените да донесуваат исправни одлуки врз база на информираност.

Ова упатство подразбира дека оние кои ординираат лекови ќе го користат збирниот извештај за особините на лекот за донесување одлука која се базира на информираност, индивидуално со пациентот.

## Грижа насочена кон жената

Ова упатство нуди најдобри совети од праксата за грижа за бремени жени кај кои може да има потреба од ЦР.

Третманот и грижата треба да ги земат во предвид потребите и приоритетите на жените. На бремените жени треба да им се понуди информација, базирана на докази и поддршка за да им се овозможи да донесат одлука, базирана на информираност за третманот и за грижата за нив. Ако жените немаат капацитет за донесување одлука, здравствените работници треба да се раководат по 'Department of Health's advice on consent and the code of practice that accompanies the Mental Capacity Act'. Во Велс, здравствените работници треба да следат 'advice on consent from the Welsh Assembly Government'.

Ако жената е помлада од 16 години, здравствените работници треба да се раководат по упатството 'Seeking consent: working with children'.

Добрата комуникација помеѓу здравствените работници и бремените жени е клучна. Треба да е поддржана со писмена информација, базирана на докази, адаптирана на потребите на жената. Третманот и грижата, како и дадените информации, треба да бидат соодветни за културата.

Треба да бидат достапни за жени со дополнителни/посебни потреби, како физички, сензорни или нарушувања во учењето, како и за жени кои не говорат или читаат англиски/македонски.

Ако жената се согласи, семејствата и негувателите (старателите/одговорните лица) може да бидат вклучени во дискусија и донесување одлуки за третманот и за грижата. На семејството и на негувателите (старателите/одговорните лица) исто така треба да им се дадат информации и поддршка која им е потребна.

## Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки беа идентификувани како приоритетни за имплементација.

### Морбидно адхерентна постелка

- Ако ултразвучното колор-доплер иследување сугерира морбидно адхерентна постелка:
  - Разговарајте со жената за усовршената прецизност на магнетна резонанца (MRI) како дополнување на ултразвукот за дијагностицирање на морбидно адхерентна постелка и одредување на степенот на инвазија.
  - Објаснете ѝ што треба да очекува во текот на MRI процедурата.
  - Информирајте ја жената дека актуелното искуство сугерира дека MRI е безбедна, но нема доволно докази за долготрајни ризици/последници за плодот.
  - Понудете MRI, доколку е прифатливо за жената. [ново 2011]

### Трансмисија на ХИВ од мајката на детето

- Не нудете ЦР на база на ХИВ статус, со цел превенција на трансмисија на ХИВ од мајката на плодот кај:
  - Жени на високо активна антиретровирусна терапија (HAART) со вирална активност/титар под 400 копии на мл.
  - Жени на која било антиретровирусна терапија со вирална активност под 50 копии на мл.

Информирајте ја жената дека во овие околности ризикот за трансмисија на ХИВ е еднаков при ЦР и при вагинално породување. [ново 2011]

### ЦР на барање на мајката

- Кога жената бара ЦР поради тоа што чувствува анксиозност за породувањето, понудете упатување кај здравствен работник, компетентен за обезбедување поддршка за перинатално ментално здравје, со цел да ѝ помогне во решавањето на анксиозноста на соодветен начин. [ново 2011]
- За жените кои бараат ЦР, доколку по дискусија и понудена поддршка (вклучително и поддршка за перинатално ментално здравје за жени со анксиозност за породувањето), вагиналното породување сè уште не е прифатлива опција, понудете планиран ЦР. [ново 2011]
- Опстетричарот кој не е волен (не е согласен) да направи ЦР, треба да ја упати жената кај опстетричар кој ќе направи ЦР. [ново 2011]

### Интервал од одлука до породување кај непланиран ЦР

- Користете ги следниве интервали од одлука до породување за мерење на комплетната ефикасност на опстетричката единица:
  - 30 минути за категорија 1 ЦР<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Категорија 1 ЦР е кога постои непосредна опасност за животот на жената или на фетусот, а категорија 2 ЦР е кога постои ризик за мајката или за плодот, но не е непосредна животозагрозувачка.

- Заедно 30 и 75 минути за категорија 2 ЦР.

Користете ги овие само како стандарди за проверка/ревизија (аудит), а не за осуда на изведбата на мултидисциплинарниот тип за секој поединичен ЦР. [ново 2011]

### **Време/тајминг за администрација на антибиотик**

- Понудете им на жените профилактички антибиотик кај ЦР пред инцизија на кожа. Информирајте ги дека тоа го редуцира ризикот за инфекција кај мајката повеќе отколку профилактички антибиотик, даден по инцизија на кожа, како и тоа дека не се регистрирани ефекти врз плодот. [ново 2011]
- Понудете им на жените профилактички антибиотик при ЦР за редукција на ризик од постоперативни инфекции. Изберете антибиотици ефикасни против ендометритис, инфекции на уринарниот тракт и инфекции на рана, кои се јавуваат кај околу 8% од жените кои имале ЦР. [ново 2011]
- Не употребувајте со-амоxiclav кога давате антибиотици пред инцизија на кожа. [ново 2011]

### **Закрепнување по ЦР**

- Додека жените се во болница по ЦР, овозможете им да дискутираат со здравствените работници за причините за царскиот рез и обезбедете им вербални и пишани информации за опциите за породување за следните бремености. Ако жената претпочита, обезбедете ѝ го ова и подоцна. [ново 2011]

### **Бременост и породување по ЦР**

- Информирајте ги жените кои имале и до четири ЦР, дека ризикот од треска, повреди на мочниот меур и хируршки повреди не варира со планиран начин на породување, како и тоа дека ризикот за руптура на утерусот, покрај тоа што е повисок за планирано вагинално породување, е редок. [ново 2011]

## 1. Упатство

Следното упатство се базира на најдобри достапни докази. Комплетното упатство дава детали и докази за користените методи за развој на упатството.

Препораките 1.3.1.1 и 1.3.1.2 се отстранети од ова упатство. Видете во 'Промени по публикувањето' за деталите.

### 1.1 Грижа насочена кон жената

#### 1.1.1 Обезбедување на информации

1.1.1.1 На бремените жени треба да им се понуди информација, базирана на докази и поддршка за да им се овозможи да донесуваат одлуки за породувањето кои се базираат на информираност. Решавањето на ставовите и загриженоста на жените треба да се земат како интегрални во процесот на донесувањето одлука. [2004]

1.1.1.2 Дајте им на бремените жени информации, базирани на докази за ЦР во текот на антенаталниот период, бидејќи околу една од четири жени ќе се породи со ЦР. Вклучете информации за ЦР, како:

- Индикации за ЦР (како претпоставен фетален ризик, „изостанок на напредок“ во текот на породувањето, карлична презентација).
- Што вклучува процедурата.
- Асоцирани ризици и придобивки.
- Импликации за следните бремености и породувања по ЦР. [ново 2011]

1.1.1.3 Комуникација и информација треба да се обезбеди во форма која е прифатлива/ достапна за бремените жени, земајќи ја во предвид информацијата и културните потреби/барања на малцинствата и жените, чии прв јазик не е англискиот/македонскиот или кои не можат да читаат, заедно со потребите на жените со нарушувања или тешкотии во учењето. [2004]

#### 1.1.2 Планирање на начинот на породување

1.1.2.1 Дискутирајте за ризиците и за придобивките на ЦР и на вагиналното породување со жените, земајќи ги во предвид нивните околности, загриженост, приоритети и планови за идни бремености (вклучително и ризици од проблеми со постелка кај мултипни ЦР) (види поле А и 1.7.1.8). [ново 2011]

**Поле А. Планиран ЦР, во споредба со планирано вагинално породување кај жени со некомплицирани бременост и без претходен ЦР.**

Планиран ЦР може да го редуцира ризикот кај мајките од:

- Перинеална и абдоминална болка во текот на породувањето и 3 дена постпартално.
- Повреда на вагината.
- Рана постпартална хеморагија.
- Опстетрички шок.

Планиран ЦР може да го зголеми ризикот кај бебињата од:

- Згрижување во единица за неонатална интензивна нега.

Планиран ЦР може да го зголеми ризикот кај жената за:

- Подолг престој во болница/подолга хоспитализација.
- Хистеректомија поради постпартална хеморагија.
- Cardiac arrest.

Погледнете во табелата 1 и 2 и додатокот С за комплетни детали, вклучително и апсолутни и релативни ризици за секој ефект.

- 1.1.2.2 Согласноста за ЦР треба да се побара по давањето на информации на пациентката, базирани на докази, на начин на кој се почитува достоинството на жената, приватноста, погледите и културата, притоа земајќи ја предвид клиничката состојба. [2004]
- 1.1.2.3 Бремената жена има право да го одбие понудениот третман, како ЦР, дури и кога е јасно дека од третманот ќе имаат јасен бенефит и таа и нејзиното бебе. Одбивањето на третман, треба да биде една од опциите на жената. [2004, изменет 2011]
- 1.1.2.4 Кога е донесена одлука за ЦР, треба да се регистрираат сите фактори кои влијаат на донесувањето на одлуката и кој од сите е највлијателен. [2004, изменет 2011]

## **1.2 Планиран ЦР**

### **1.2.1 Карлична презентација**

- 1.2.1.1 На жените со некомплицирани единечна бременост со плод во карлична презентација, во 36-та гестациска недела, треба да им се понуди екстерна цефалична верзија. Исклучок се жените со започнато раѓање, жените со лузна или абнормалности на утерусот, фетално страдање, руптурирани околуплодови обвивки (мембрани), вагинално крвање или медицински состојби. [2004]
- 1.2.1.2 На бремените жени со единечна бременост со плод во карлична презентација во термин, за кои екстерната цефалична верзија е контраиндицирана или била

неуспешна, треба да им се понуди ЦР, бидејќи тоа го редуцира перинаталниот морталитет и неонаталниот морбидитет. [2004]

## 1.2.2 Мултипна/повеќеплодна бременост

1.2.2.1 Кај некомплицирана близначка бременост во термин, каде првиот близнак е во главична презентација, перинаталниот морбидитет и морталитет се зголемени за вториот близнак. Но, ефектот на планиран ЦР за подобрување на исходот за вториот близнак останува несигурен и затоа ЦР не треба да се нуди рутински, надвор од истражувачки контекст. [2004]

1.2.2.2 Кај близначки бремености, каде првиот близнак не е во главична презентација, ефектот на ЦР за подобрување на исходот е несигурен, но актуелната пракса е за понуда на планиран ЦР. [2004]

## 1.2.3 Предвремено породување и ЦР

1.2.3.1 Предвременото породување е асоцирано со повисок неонатален морбидитет и морталитет. Но, ефектот на планиран ЦР во подобрување на овие исходи останува несигурен и затоа ЦР не треба рутински да се нуди надвор од истражувачки контекст. [2004]

## 1.2.4 Мал за гестациската возраст (Small for gestational age-SGA) и ЦР

1.2.4.1 Ризикот од неонатален морбидитет и морталитет е повисок кај бебиња „мали за гестациската возраст“. Но, ефектот на планиран ЦР за подобрување на исходот останува несигурен и затоа ЦР не треба рутински да се нуди надвор од истражувачки контекст. [2004]

## 1.2.5 Плацента превиа

1.2.5.1 На жени со плацента која делумно или комплетно го препокрива внатрешното маткино устие (минорна или мајорна плацента превиа) треба да им се понуди ЦР. [2004, изменет 2011]

## 1.2.6 Морбидно адхерентна постелка

1.2.6.1 Во случај на потврден наод за ниско-всадена постелка во периодот од 32-34-та гестациска недела кај жени со претходен ЦР, понудете колор-доплер ултразвучно иследување како прв дијагностички тест за морбидно адхерентна постелка. [ново 2011]

1.2.6.2 Ако ултразвучното колор-доплер иследување сугерира морбидно адхерентна постелка:

- Разговарајте со жената за усовршената прецизност на магнетната резонанца (MRI) како дополнување на ултразвукот за дијагностицирање на морбидна адхерентна постелка и одредување на степенот на инвазија.
- Објаснете ѝ што треба да очекува во текот на MRI процедурата.

- Информирајте ја жената дека актуелното искуство сугерира дека MRI е безбедна, но нема доволно докази за долгорочни ризици/последивици за плодот.
- Понудете MRI доколку е прифатливо за жената. [ново 2011]

1.2.6.3 Дискутирајте за достапните интервенции за породување со жените кај кои има сомнение за морбидно адхерентна постелка, вклучително и вкрстена-реакција на крв и планиран ЦР, во присуство на консултант опстетричар. [ново 2011]

1.2.6.4 При изведување на ЦР кај пациентка со сомнение за морбидно адхерентна постелка, осигурајте:

- Присуство на консултант опстетричар и консултант анестезиолог.
- Присуство на искусен педијатар.
- Поискусен (сениор) хематолог, достапен за консултација.
- Место на интензивна нега.
- Доволно крв со вкрстена реакција и крвни продукти на располагање. [ново 2011]

1.2.6.5 При изведување на ЦР кај пациентка со сомнение за морбидно адхерентна постелка, консултантот опстетричар треба да одлучи кои други здравствени работници треба да бидат консултирани или присутни. [ново 2011]

1.2.6.6 Сите болници треба да имаат локално прифатен протокол за менаџирање на морбидно адхерентна постелка кој прецизира како овие елементи на грижа треба да се обезбедат. [ново 2011]

## 1.2.7 Предвидување на ЦР за цефалопелвична диспропорција во текот на раѓање

1.2.7.1 Пелвиметрија не е од корист за предвидување на „ненапредување на раѓање“ во текот на раѓање и не треба да се користи за донесување на одлука за начинот на породување. [2004]

1.2.7.2 Големината на стапалото, висината на мајката и проценка на големината на фетусот (ултразвучно или клиничко иследување) не може прецизно да предвидат цефалопелвична диспропорција и не треба да се користат за предвидување на „ненапредување на раѓање“ во текот на раѓање. [2004]

## 1.2.8 Трансмисија/пренос на инфекции од мајката на детето ХИВ

1.2.8.1 Колку е можно порано да се информираат жените за ХИВ во однос на ризиците и на придобивките за нив и за нивното дете, опциите за третман на ХИВ, како и за начинот на породување, како би можеле тие да донесат одлука, базирана на информираност. [ново 2011]

1.2.8.2 Не нудете ЦР врз база на ХИВ статусот за превенција на трансмисија од мајката на детето кај:

- Жени на високо активна антиретровирална терапија (НААРТ) со концентрација на вирални копии под 400 на мл.

- Жени на каква било антиретровирална терапија со концентрација на вирални копии под 50 на мл.

Информирајте ги жените дека при вакви состојби, ризикот за трансмисија на ХИВ е еднаков при ЦР и при вагинално породување. [ново 2011]

1.2.8.3 Размислете за вагинално породување или ЦР кај жени на антиретровирална терапија (АРТ) со концентрација на вирални копии од 50–400 на мл, бидејќи нема докази дека ЦР превенира трансмисија на ХИВ од мајката на детето. [ново 2011]

1.2.8.4 Понудете ЦР на жени со ХИВ кои:

- Не примаат антиретровирална терапија.
- Примаат антиретровирална терапија и имаат концентрација на вирални копии од 400 на мл или повеќе. [ново 2011]

1.2.8.5 Истражувачите и националните тела, одговорни за собирање на податоците од популацијата во Велика Британија, треба да продолжат да собираат податоци за ХИВ дијагнози кај бремените жени, вклучително и третман, начин на породување, како и стапка на трансмисија од мајка на дете. [ново 2011]

### **Хепатитис Б вирус**

1.2.8.6 Трансмисија на вирусот на хепатитис Б од мајка на дете може да се редуцира ако бебето добие имуноглобулин и вакцина. Во овие состојби на бремените жени со хепатитис Б не треба да им се нуди планиран ЦР, затоа што нема доволно докази дека тоа ја редуцира трансмисијата на хепатитис Б вирусот од мајка на дете. [2004]

### **Хепатитис Ц вирус**

1.2.8.7 На жени кои се инфицирани со вирус на хепатитис Ц не треба да им се нуди планиран ЦР, затоа што тоа не ја редуцира трансмисијата на вирусот од мајка на дете. [2004]

1.2.8.8 На бремените жени кои се коинфицирани со вирус на хепатитис Ц и ХИВ треба да им се понуди планиран ЦР, затоа што тоа ја редуцира трансмисијата на двата вируси од мајка на дете. [2004]

### **Херпес симплекс вирус**

1.2.8.9 На жените со примарен генитален херпес симплекс вирус (ХСВ) инфекција која се појавила во третиот триместар од бременоста треба да им се понуди планиран ЦР, затоа што тоа го намалува ризикот од неонатална ХСВ инфекција. [2004]

1.2.8.10 Бремените жени кај кои има повторна појава на ХСВ при породување, треба да бидат информирани дека постои несигурност/неизвесност во однос на ефектите од планиран ЦР во редукција на ризикот од неонатална ХСВ

инфекција. Затоа, ЦР не треба рутински да се нуди надвор од истражувачки контекст/цел. [2004]

### **1.2.9 ЦР на барање на мајката**

- 1.2.9.1 Кога жената бара ЦР, објаснете, дискутирајте и регистрирајте ги специфичните причини за барањето. [ново 2011]
- 1.2.9.2 Ако жената бара ЦР кога нема други индикации, дискутирајте за вкупните ризици и придобивки од ЦР во споредба со вагинално породување и регистрирајте дека е извршена таква дискусија (видете поле А). Вклучете и дискусија со други членови од опстетричкиот тим (опстетричар/акушер, акушерка, анестетичар) ако е потребно, со цел објаснување на причините за барањето и осигурајте се дека жената е соодветно информирана. [ново 2011]
- 1.2.9.3 Кога жената бара ЦР поради тоа што чувствува анксиозност за породувањето, понудете упатување кај здравствен работник, компетентен за обезбедување поддршка за перинатално ментално здравје, со цел да ѝ помогне во решавањето на анксиозноста на соодветен начин. [ново 2011]
- 1.2.9.4 Осигурајте дека здравствениот работник кој обезбедува поддршка за перинатално ментално здравје има пристап до планираното место за породување во текот на антенаталниот период, со цел обезбедување на грижа/нега. [ново 2011]
- 1.2.9.5 За жените кои бараат ЦР, доколку по дискусија и понудена поддршка (вклучително и поддршка за перинатално ментално здравје за жени со анксиозност за породувањето), вагиналното породување сè уште не е прифатлива опција, понудете планиран ЦР. [ново 2011]
- 1.2.9.6 Опстетричарот кој не е волен (согласен) на направи ЦР, треба да ја упати жената кај опстетричар кој ќе направи ЦР. [ново 2011]

### **1.2.10 Индекс на телесна маса (body mass index-BMI)**

- 1.2.10.1 Не користете вредност на индекс на телесна маса (BMI) над 50, како единствена индикација за планиран ЦР. [ново 2011]

## **1.3 Фактори кои влијаат на веројатноста на ЦР во текот на интрапарталната грижа**

### **1.3.1 Место на раѓање**

- 1.3.1.1 Оваа препорака е избришана. Видете во 'Промени по публикувањето' за деталите.
- 1.3.1.2 Оваа препорака е избришана. Видете во 'Промени по публикувањето' за деталите.

### 1.3.2 Фактори кои ја редуцираат веројатноста за ЦР

- 1.3.2.1 Жените треба да бидат информирани дека континуирана поддршка во текот на породувањето, од жени со или без претходна обука/тренинг, ја редуцира веројатноста за ЦР. [2004]
- 1.3.2.2 На жени со некомплицирани бременост треба да им се понуди индукција на породување над 41-та недела, бидејќи тоа го намалува ризикот од перинатална смртност и веројатноста за ЦР. [2004]
- 1.3.2.3 Партограм со 4-часовна акциона линија треба да се користи за следење на прогресот на раѓањето при спонтано раѓање кај жени со некомплицирани единечна бременост во термин, бидејќи тоа ја намалува веројатноста за ЦР. [2004]
- 1.3.2.4 Консултант опстетричар треба да биде вклучен во донесувањето одлука за ЦР, бидејќи тоа ја намалува веројатноста за ЦР. [2004]
- 1.3.2.5 Електронски фетален мониторинг/следење е асоцирано со зголемена веројатност за ЦР. Кога се размислува за ЦР поради абнормална фетална срцева фреквенција, во случаи на сомнение за фетална ацидоза, треба да се понуди анализа на фетална крв доколку е технички изводливо и ако нема контраиндикации. [2004]

### 1.3.3 Без влијание на веројатност за ЦР

- 1.3.3.1 Жените треба да бидат информирани дека од следните интервенции во текот на интрапарталната грижа не е регистрирано влијание на веројатноста за ЦР и покрај тоа што може да имаат влијание на други исходи кои се надвор од обемот на ова упатство:
- Движење/одење при породувањето.
  - Не-супина позиција во текот на второ родилно време.
  - Потопување во вода во текот на породувањето.
  - Епидурална аналгезија во текот на породувањето.
  - Употреба на листови од малина. [2004]
- 1.3.3.2 Жените треба да бидат информирани дека ефектите на веројатност од ЦР од употреба на комплементарни терапии во текот на породувањето (како акупунктура, ароматерапија, хипноза, хербални продукти, нутрициони суплементи, хомеопатски препарати и препарати од кинеската медицина) не се соодветно евалуирани и потребни се понатамошни истражувања пред препорака за вакви интервенции. [2004]

### 1.3.4 Ненапредување на раѓање / „Отсуство на прогрес“ во текот на раѓање и ЦР

- 1.3.4.1 Следните аспекти на интрапартална грижа не се покажале дека влијаат на веројатноста за ЦР кај ненапредување на раѓање и не треба да се нудат за ваква цел и покрај тоа што може да влијаат на други исходи кои се надвор од обемот на ова упатство:

- Активно водење на раѓање.
- Рана амниотомија. [2004]

### 1.3.5 Јадење во текот на породувањето

- 1.3.5.1 Жените треба да бидат информирани дека јадењето на храна, сиромашна со растителни влакна (low-residue diet), во текот на породувањето (тост, крекери, сирење со ниска масленост) резултира со поголем гастричен волумен, но ефектот на ризик од аспирација, во случај на потреба од анестезија, е несигурен. [2004]
- 1.3.5.2 Жените треба да бидат информирани дека изотонични пијалаци во текот на породувањето превенираат кетоза без последователно зголемување на гастричниот волумен. [2004]

## 1.4 Процедурални аспекти на ЦР

### 1.4.1 Тајминг на планиран ЦР

- 1.4.1.1 Ризикот од респираторен морбидитет е зголемен кај бебиња родени со ЦР при незапочнато раѓање, но ризикот се намалува сигнификантно по 39-та гестациска недела. Затоа, планираниот ЦР не треба да се спроведува рутински пред 39-та гестациска недела. [2004]

### 1.4.2 Класификација на ургентност

- 1.4.2.1 Ургентноста на ЦР треба да се документира, употребувајќи ги следниве стандардизирани шеми, со цел да помогне за јасна комуникација помеѓу здравствените работници во однос на ургентноста на ЦР:
- Непосредна опасност за животот на жената или на фетусот.
  - Ризик за мајката или за плодот, но не непосреден животозагрозувачки.
  - Нема ризик ниту за мајката ниту за фетусот, но потребно е рано породување.
  - Темпирано раѓање, соодветно на барањата на жената или на персоналот. [2004]

### 1.4.3 Интервал од одлука до породување кај непланиран ЦР

- 1.4.3.1 Направете ЦР категорија 1 и 22 колку е можно побргу по донесувањето на одлуката, особено за категорија 1. [ново 2011]
- 1.4.3.2 Направете ЦР категорија 23 кај најголем дел од случаите во рок од 75 минути од донесувањето на одлуката. [ново 2011]

---

<sup>2</sup> Категорија 1 ЦР е кога постои непосредна опасност за животот на жената или на фетусот, а категорија 2 ЦР е кога постои ризик за мајката или за плодот, но не е непосредна животозагрозувачка.

<sup>3</sup> Категорија 1 ЦР е кога постои непосредна опасност за животот на жената или на фетусот, а категорија 2 ЦР е кога постои ризик за мајката или за плодот, но не е непосредна животозагрозувачка.

- 1.4.3.3 Земете ја во предвид состојбата на жената и на нероденото бебе при донесувањето одлука за брзо породување. Запаметете дека брзо породување може да биде опасно во одредени ситуации. [ново 2011]
- 1.4.3.4 Користете ги следниве интервали од одлука до породување за мерење на комплетната ефикасност на опстетричката единица:
- 30 минути за категорија 1 ЦР4.
  - Заедно 30 и 75 минути за категорија 2 ЦР.

Користете ги овие само како стандарди за проверка/ревизија (аудит), а не за осуда на изведбата на мултидисциплинарниот тип за секој поединичен ЦР. [ново 2011]

#### 1.4.4 Предоперативно тестирање/иследување и подготовка за ЦР

- 1.4.4.1 На бремената жена треба да се понуди контрола на нивото на хемоглобин пред ЦР за да се идентификуваат жените кои имаат анемија. Покрај тоа што губитокот на крв над 1000 мл по ЦР е редок (се јавува кај 4-8% од ЦР), тоа е потенцијално сериозна компликација. [2004]
- 1.4.4.2 Бремените жени со ЦР поради антепартална хеморагија, абрупција, утерина руптура и плацента превија се со зголемен ризик за губиток на крв над 1000 мл, а ЦР треба да биде изведен во родилишта кои располагаат со сервис за трансфузија. [2004]
- 1.4.4.3 На бремените жени кои се здрави и кои имаат од друга страна некомплицирани бремености, не треба рутински да им се нудат следниве тестирања пред ЦР:
- Групирање и чување на серум.
  - Вкрстена реакција на крв.
  - Тест за коагулација.
  - Преоперативен ултразвучен преглед за локализација на плацента, затоа што ова не го подобрува морбидитетот од ЦР (како губиток на крв над 1000 мл, повреда на новороденчето и повреда на папочната врвца или другите блиски структури). [2004]
- 1.4.4.4 Кај жените кај кои се изведува ЦР со регионална анестезија треба да се постави уринарен катетер за превенција од прекумерна дистензија на мочниот меур, бидејќи блокот од анестезија интерферира со неговата нормална функција. [2004]

#### 1.4.5 Анестезија за ЦР

- 1.4.5.1 Бремените жени кај кои раѓањето се завршува со ЦР, треба да бидат информирани за различните типови на пост-ЦР аналгезија, така што ќе се

---

<sup>4</sup> Категорија 1 ЦР е кога постои непосредна опасност за животот на жената или на фетусот, а категорија 2 ЦР е кога постои ризик за мајката или за плодот, но не е непосредна животозагрозувачка.

понуди тип најсоодветен на нивните потреби (видете ги препораките 1.6.3.1). [2004]

- 1.4.5.2 На бремените жени кај кои раѓањето се завршува со ЦР треба да им се понуди регионална анестезија поради тоа што е побезбедна и резултира со понизок матернален и неонатален морбидитет во споредба со општата анестезија. Ова ги вклучува и жените со дијагноза плацента превија. [2004]
- 1.4.5.3 Бремените жени при индукција на регионална анестезија за ЦР треба да бидат внесени во операциона сала, бидејќи тоа не ја зголемува анксиозноста. [2004, изменет 2011]
- 1.4.5.4 Кај жените со ЦР во регионална анестезија треба да се понуди интравенска администрација на ефедрин или на фенилефрин, како и претходно надополнување на волуменот со кристалоиди или колоиди за редукција на ризикот од хипотензија во текот на ЦР. [2004]
- 1.4.5.5 Секое родилиште треба да има тренинг за неуспешна интубација при опстетричка анестезија. [2004]
- 1.4.5.6 За намалување на ризикот од аспирационен пневмонитис, на жените треба да им се понудат антациди и лекови (како блокатори на H<sub>2</sub> рецептори или инхибитори на протонска пумпа) за да се редуцира желудечниот волумен и ацидитет пред ЦР. [2004]
- 1.4.5.7 На жените кои се планираат за ЦР треба да им се понудат антиеметици (фармаколошки или акупресурни) за да се редуцира гадење и повраќање во текот на ЦР. [2004]
- 1.4.5.8 Општата анестезија за непланиран ЦР треба да вклучува преоксигенација, крикоиден притисок (Селиков маневар) и „rapid sequence induction“ за намалување на ризикот од аспирација. [2004, изменет 2011]
- 1.4.5.9 Интравенска администрација на ефедрин или на фенилефрин треба да се користи во менаџмент на хипотензија во текот на ЦР. [2004]
- 1.4.5.10 Операциониот стол за ЦР треба да има латерално навалување од 15°, бидејќи тоа ја намалува мајчината хипотензија. [2004]

#### **1.4.6 Оперативни техники за ЦР**

##### **Методи за превенција на трансмисија на ХИВ во операциона сала**

- 1.4.6.1 Здравствените работници треба да носат два пара ракавици кога оперираат или асистираат на ЦР кај ХИВ позитивна жена, со цел намалување на ризикот од ХИВ инфекција на здравствените работници во текот на операцијата. [2004]
- 1.4.6.2 Општите препораки за сигурна хируршка пракса треба да се следат во текот на ЦР за намалување на ризикот од ХИВ инфекција на персоналот. [2004]

### **Инцизија на абдоминалниот сид**

- 1.4.6.3 При ЦР треба да се практикува трансверзална абдоминална инцизија, затоа што е асоцирана со послаба постоперативна болка и подобар козметски ефект, во споредба со медијалната инцизија. [2004]
- 1.4.6.4 Трансверзална инцизија од избор треба да биде Joel Cohen инцизијата (права инцизија на кожата, 3 cm над симфиза; супсеквентните слоеви на ткиво се отвораат тапо и, доколку е неопходно, се прошируваат со ножици, а не со нож), затоа што е асоциран со пократко времетраење на операцијата и редуција на постоперативен фебрилен морбидитет. [2004]

### **Инструменти за инцизија на кожа**

- 1.4.6.5 Употребата на посебни хируршки ножеви за инцизија на кожа и длабокото ткиво во текот на ЦР не се препорачува, затоа што тоа не ја намалува можноста за инфекција на раната. [2004]

### **Екстензија на утерината инцизија**

- 1.4.6.6 Кога има добро диференциран/оформен долен утерин сегмент, подобра е тапа од остра екстензија на утерината инцизија, затоа што тоа го редуцира губитокот на крв, инциденцата на постпартална хеморагија и потребата од трансфузија при ЦР. [2004]

### **Фетални лацрации**

- 1.4.6.7 Жените кај кои се изведува ЦР, треба да бидат информирани дека ризикот од фетални лацрации е околу 2%. [2004]

### **Употреба на форцепс**

- 1.4.6.8 Форцепс во текот на ЦР треба да се употреби само ако има тешкотии при раѓање на главата на плодот. Ефектот на рутинска употреба на форцепс при ЦР неонаталниот морбидитет останува несигурен. [2004]

### **Употреба на утеротоници**

- 1.4.6.9 Спора интравенска администрација на окситоцин 5 IU може да се практикува во текот на ЦР, со цел подобрување на контрактилноста на утерусот и намалување на губитокот на крв. [2004]

### **Метод на отстранување на плацентата**

- 1.4.6.10 Во текот на ЦР, плацентата треба да се отстранува со контролирана тракција на папочната врвца, а не со мануелно отстранување, затоа што така се намалува ризикот од ендометритис. [2004]

### **Екстериоризација на утерусот**

1.4.6.11 Треба да се практикува интраперитонеално сутирање/манипулирање со утерусот во текот на ЦР. Екстериоризација на утерусот не се препорачува, затоа што е асоцирана со појака болка и не го подобрува оперативниот исход како хеморагија и инфекции. [2004]

### **Сутурирање/затворање на утерус**

1.4.6.12 Ефикасноста и сигурноста на сутурирање во еден слој на утерината инцизија остануваат несигурни. Освен во истражувачки концепт, утерината инцизија треба да се сутурира во два слоја. [2004]

### **Затворање/сутурирање на перитонеум**

1.4.6.13 Ниту висцералниот, ниту париеталниот перитонеум треба да се сутурираат во текот на ЦР, бидејќи тоа го намалува времетраењето на операцијата и потребата за постоперативна аналгезија и го подобрува задоволството кај мајката. [2004]

### **Затворање/сутурирање на абдоминалниот *sud***

1.4.6.14 Во поретки случаи кога се употребува медијална абдоминална инцизија во текот на ЦР, треба да се практикува mass-сутурирање со продолжен, споро ресорптивен сутурен материјал, бидејќи ова резултира со поретка појава на инцизионни хернии, како и дехисценции на сутурите, во споредба со сутурирање по слоеви. [2004]

### **Затворање/сутурирање на супкутано (поткожно) ткиво**

1.4.6.15 Рутинско сутурирање на поткожно ткиво не треба да се практикува, освен кај жени со дебелина на масното поткожно ткиво над 2 cm, бидејќи тоа не ја намалува инциденцата на инфекции на рана. [2004]

### **Употреба на суперфицијални дренажи на рана**

1.4.6.16 Суперфицијалните дренажи на рана не треба да се употребуваат кај ЦР, бидејќи не ја намалуваат инциденцата на инфекција или хематом на рана. [2004]

### **Затворање/сутурирање на кожа**

1.4.6.17 Опстетричарите треба да бидат свесни дека ефектите на различните сутурни материјали или методи на затворање/сутурирање на кожата при ЦР не се одредени. [2004]

## Мерење на рН вредноста од умбиликална артерија

1.4.6.18 Одредување на рН вредноста од умбиликална артерија треба да се направи по секој ЦР за суспектно фетално страдање, за да се овозможи преглед на состојбата на фетусот и план за негата на бебето. [2004]

## Тајминг на администрација на антибиотици

1.4.6.19 Понудете ѝ на жената профилатичка администрација на антибиотици во текот на ЦР пред почетокот на инцизија на кожа. Информирајте ги дека тоа го редуира ризикот од матернална инфекција, во споредба антибиотик, даден по направена инцизија на кожа, како и дека ефекти на бебето не се демонстрирани. [ново 2011]

1.4.6.20 Понудете им на жените профилатички антибиотици при ЦР за редукција на ризикот од постоперативни инфекции. Изберете антибиотици кои се ефикасни против ендометритис, инфекции на уринарниот тракт и инфекции на рана, кои се јавуваат кај околу 8% од жените кои имале ЦР. [ново 2011]

1.4.6.21 Не употребувајте со-амоксиклав кога давате антибиотици пред инцизија на кожа. [ново 2011]

## Тромбопрофилакса за ЦР

1.4.6.22 На жените при ЦР треба да им се понуди тромбопрофилакса, бидејќи се со зголемен ризик за венска тромбемболија. Изборот на метод за профилакса (на пр., градуирани чорапи, хидрирање, рана мобилизација, нискомолекуларен хепарин) треба да биде врз основа на ризикот од тромбемболични болести со следење на постоечките упатства. [2004, изменето 2011]

## Желби на жените во текот на ЦР

1.4.6.23 Желбите на жените за породувањето, како музика во операционата сала, спуштање на преградата за да се види раѓањето на бебето или тишина, со цел мајчиниот глас да биде прво што ќе го слушне новороденчето, треба да бидат исполнети онаму каде тоа е изводливо. [2004]

## 1.5 Нега за новороденчето, родено со ЦР

### 1.5.1 Присуство на педијатар на ЦР

1.5.1.1 Соодветно обучен/трениран работник за ресусцитација на новороденче треба да биде присутен на ЦР кој се работи во општа анестезија или доколку има евиденција за фетално страдање. [2004]

### 1.5.2 Грижа за температурата кај новороденчиња, родени со ЦР

1.5.2.1 Новороденчиња, родени со ЦР почесто имаат пониска температура, затоа грижата за темепературата треба да биде во согласност со добрата пракса за новороденчиња. [2004]

### 1.5.3 Мајчин контакт (кожа на кожа)

1.5.3.1 Раниот кожа на кожа контакт помеѓу жената и нејзиното бебе треба да се поттикнува и олеснува, бидејќи тоа ја подобрува мајчината перцепција за новороденчето, мајчинските вештини, мајчиното однесување, исходите во однос на доење и го намалува плачењето на новороденчето. [2004]

### 1.5.4 Доење

1.5.4.1 На жените по ЦР треба да им се понуди дополнителна поддршка за помош при започнувањето со доење колку е можно порано, по раѓањето на нивното бебе. Ова е затоа што жените по ЦР поретко почнуваат со доење во текот на првите неколку часа по породувањето, но кога доењето е воспоставено, тие продолжуваат исто како жените, породени по вагинален пат. [2004]

## 1.6 Нега за жените по ЦР

### 1.6.1 Прием во единица за интензивна нега и терапија

1.6.1.1 Здравствените работници кои се грижат за жените по ЦР треба да бидат свесни, дека покрај тоа што е ретко жени по породување да имаат потреба од интензивна нега, тоа сепак се јавува почесто по ЦР (околу 9 на 1000). [2004]

### 1.6.2 Рутински мониторинг по ЦР

1.6.2.1 По ЦР, жените треба да се опсервираат на база еден на еден од страна на соодветно обучен/трениран член на персоналот до враќањето на контролата на дишење и на кардиореспираторна стабилност, како и способноста за комуникација. [2004]

1.6.2.2 По обновувањето од анестезија, опсервацијата/следењето (фреквенција на дишење, срцева фреквенција, крвен притисок, болка и седација) треба да се продолжи на секој половина час во текот на следните 2 часа, а потоа на еден час, со осигурување дека параметрите се стабилни или задоволителни. Ако овие параметри не се стабилни, се препорачуваат почести анализи и медицински преглед. [2004]

1.6.2.3 За жените кои примиле интратекални опиоиди, треба да има најмалку на еден час опсервација на фреквенција на респирации, седација и проценки на болка најмалку во текот на 12 часа за диаморфин и 24 часа за морфин. [2004]

1.6.2.4 За жените кои примале епидурално опиоиди или т.н. „patient-controlled“ аналгезија со опиоиди, треба на секој час да има рутински мониторинг на фреквенција на респирации, седација и проценка на болка во текот на третманот и најмалку уште два часа по прекилот на третманот. [2004]

### 1.6.3 Менаџмент на болка по ЦР

1.6.3.1 На жените треба да им се понуди диаморфин (0.3–0.4 mg интратекално) за интра- и постоперативна аналгезија, бидејќи ја редуцира потребата за

суплементарна аналгезија по ЦР. Епидурална администрација на диаморфин (2.5–5 mg) е соодветна алтернатива. [2004]

1.6.3.2 Patient-controlled аналгезија со употреба на опиоидни аналгетици треба да се понуди по ЦР, бидејќи го подобрува смирувањето на болката. [2004]

1.6.3.3 Бидејќи нема податоци за контраиндикации, нестероидните антиинфламаторни лекови треба да се понудат по ЦР како додаток на други аналгетици, бидејќи ја редуцираат потребата од опиоиди. [2004]

#### **1.6.4 Рано јадење и пиење по ЦР**

1.6.4.1 Жените кои добро закрепнуваат по ЦР и кои немаат компликации можат да јадат и да пијат кога се чувствуваат жедни и гладни. [2004]

#### **1.6.5 Отстранување на уринарниот катетер по ЦР**

1.6.5.1 Уринарниот катетер треба да се отстрани веднаш по мобилизирање на жената по регионална анестезија, но не подоцна од 12 часа по последната епидурална „top up“ доза. [2004]

#### **1.6.6 Респираторна физиотерапија по ЦР**

1.6.6.1 Рутинска респираторна физиотерапија не треба да се нуди на жените по ЦР со општа анестезија, бидејќи не го подобрува респираторниот исход како кашлање, слуз, телесна температура, палпаторниот и аускултаторниот наод. [2004]

#### **1.6.7 Должината на хоспитализација и повторна хоспитализација**

1.6.7.1 Должината на хоспитализација, вообичаено, е подолга по ЦР (средна вредност од околу 3–4 дена), во споредба со породување по вагинален пат (средна вредност од 1–2 дена). Сепак, на жените кои добро закрепнуваат, кои се афебрилни и немаат компликации по ЦР, треба да им се понуди рано испуштање од болница (по 24 часа) и следење во домашни услови, бидејќи ова не е асоцирано со почести повторни хоспитализации на мајката или на новороденчето. [2004]

### **1.7 Заздравување по ЦР**

1.7.1.1 Како додаток на општата постнатална грижа, на жените по ЦР треба да им биде обезбедена:

- Специфична грижа во однос на заздравувањето по ЦР.
- Грижа во однос на менаџмент на други компликации во текот на бременоста или на породувањето. [2004]

1.7.1.2 На жените со ЦР треба да им се препише и да се охрабрат за редовна употреба на аналгетици за постоперативна болка, вклучително:

- За јака болка, со-codamol со ибупрофен.

- За умерена болка, со-codamol.
- За слаба болка, парацетамол. [2004]

1.7.1.3 Негата за раната кај ЦР треба да вклучува:

- Отворање на раната 24 часа по ЦР.
- Специфично мониторирање за грозница.
- Контрола на раната за знаци за инфекција (засилување на болката, црвенило или исцедок), сепарација или дехисценција.
- Советување на жената да носи лесна, удобна облека и памучна долна облека.
- Секојдневно нежно чистење и сушење на раната.
- Доколку е потребно, планирање за отстранување на сутурите и на клипсите.<sup>5</sup> [2004]

1.7.1.4 Здравствените работници кои се грижат за жените со ЦР и кои имаат уринарни симптоми, треба да размислат за можна дијагноза за:

- Инфекција на уринарниот тракт.
- Стрес инконтиненција (се јавува кај околу 4% од жените по ЦР).
- Повреда на уринарниот тракт (се јавува кај околу 1 на 1000 ЦР). [2004]

1.7.1.5 Здравствените работници кои се грижат за пациентките со ЦР и кои имаат обилни и/или нерегуларни вагинални крвавења, треба да размислат дека тоа е поверојатно резултат на ендометритис отколку задржани продукти од концепција. [2004, изменет 2011]

1.7.1.6 Жените по ЦР се со зголемен ризик за тромбемболија (длабока венска тромбоза и пулмонална емболија), затоа здравствените работници треба да посветат особено внимание на жените кои имаат градни симптоми (како кашлица или глад за воздух) или симптоми на нозете (како болна отечена потколеница). [2004]

1.7.1.7 Жените кои имале ЦР треба да продолжат со активности, како возење автомобил, носење тешки работи, формално вежбање и сексуални односи кога комплетно ќе закрепнат од ЦР (вклучително и секакви физички рестрикции или активности кои се избегнуваат поради болка). [2004]

1.7.1.8 Здравствените работници кои се грижат за жените по ЦР треба да ги информираат жените дека по ЦР нема зголемен ризик од тешкотии со доење, депресија, симптоми на посттравматски стрес, диспареунија и фекална инконтиненција. [2004]

1.7.1.9 Во текот на хоспитализацијата по ЦР, дадете им можност за дискусија со здравствен работник за причините за ЦР и обезбедете вербални и печатени инфомрации за опциите за раѓање за следните бремености. Ако жената преферира, обезбедете го тоа и подоцна. [ново 2011]

<sup>5</sup> За понови препораки за нега на рана видете '[Surgical site infection](#)' (NICE clinical guideline 74).

## 1.8 *Бременост и породување по ЦР*

- 1.8.1 Кога советувате за начинот на породување по претходен ЦР, размислете за:
- Мајчините преференци и приоритети.
  - Ризиците и придобивките од повторен ЦР.
  - Ризиците и придобивките од планирано вагинално породување по ЦР, вклучувајќи го ризикот од непланиран ЦР. [ново 2011]
- 1.8.2 Информирајте ги жените кои имале четири или повеќе ЦР дека ризикот од треска, повреди на мочен меур и хируршките повреди не варира со планираниот начин на породување и дека ризикот од утерина руптура, покрај тоа што е повисок за планирано вагинално породување, е редок. [ново 2011]
- 1.8.3 На жените со планирано вагинално породување по претходен ЦР, понудете им електронски фетален мониторинг во текот на породувањето, грижа во текот на породувањето во единица каде има брз пристап до ЦР и сервис/услуги за трансфузија. [2011]
- 1.8.4 Во текот на индукција на породување, жените со претходен ЦР треба да бидат тесно мониторирани, со пристап до електронски фетален мониторинг и со брз пристап за ЦР, бидејќи се со зголемен ризик за утерина руптура. [2004, изменет 2011]
- 1.8.5 Бремени жени со претходен ЦР и претходно вагинално породување треба да бидат информирани дека имаат зголемена веројатност за завршување на раѓањето по вагинален пат, во споредба со жените со претходен ЦР, но без претходни вагинални породувања. [2004]

## 2. Забелешки за делокругот на овој водич

NICE упатствата се развиени во согласност со целта која дефинира што треба, а што не треба да опфати упатството. Доменот (опсегот) на упатството е достапен.

Темите на кои се однесува ова упатство се наведени во воведот. Ова упатство не опфаќа:

Бремени жени или бебиња со ретки состојби или со комплексни или невообичаени коморбидитети, како конгенитално срцево заболување.

Жени со клинички состојби кои се јавуваат во текот на бременоста, како прееклампсија или гестациски дијабетес, кои бараат специјалистичка грижа.

### Како беше развиено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за соработка за здравје на жени и деца (National Collaborating Center for Women's and Children's Health) да го развие ова упатство. Центарот формираше Група за развој на упатството (види додаток А), која ги разгледа доказите и ги разви препораките. Независен Guideline Review Panel го надгледуваше развивањето на ова упатство (види додаток Б).

Повеќе информации за тоа како NICE клиничките упатства се развиени се достапни на веб страницата на NICE ([www.nice.org.uk/HowWeWork](http://www.nice.org.uk/HowWeWork)). Информации за тоа како NICE клиничките упатства се развиени се достапни од веб страницата на NICE.

### 3. Имплементација

NICE има развиено алатки за помош на организациите во имплементација на овие упатства.

## 4. Препораки за истражувања

Групата за развој на упатството ги направи следниве препораки за истражување, базирани на прегледот на доказите, за да се подобри NICE прирачникот/упатството и грижата за пациентите во иднина. Комплетниот сет на препораки за/од истражувањето се во детали во комплетното упатство (видете дел 5).

### 4.1 Интервал од одлука до породување (категорија 1 ургентност)

Кои фактори влијаат на интервалот од одлука до породување кога постои категорија 1 ургентност за ЦР?

Факторите кои треба да бидат испитани може да вклучат:

- Ниво/степен на искуство на персоналот.
- Микс на вештини во мултидисциплинарниот тим.
- Распределба на задачите.
- Методи на комуникација.
- Време во денот.
- Достапност на актуелна обука за персоналот за итни процедури и нивото на посетеност.

Истражувањето може да се спроведе со употреба на симулациски методи и видео опсервација за детерминирање кои фактори влијаат на интервалот од одлука до породување за категорија 1 ЦР. Овие видеа, исто така, можат да се употребуваат и за обука/тренинг на персоналот.

#### Зошто е ова важно?

ИТЕН ЦР е физиолошки трауматска случка за жените и за нивните партнери и е исто така стресно за клиничкиот персонал. Персоналот и средствата/изворите може да биде потребно да се обезбедуваат од други области за клиничка грижа. Ова треба да се спроведе колку што е можно поефикасно и поефективно, со минимизирање на анксиозноста и осигурување безбедност за мајката и за нејзиното бебе.

За категорија 1 ЦР е утврдена ургентност за породување, колку што е возможно побрзо. Најголемиот дел од истражувањата во оваа област се квантитативни и го анализираат главно/повеќе влијанието на интервалот од одлука до породување на различните аспекти на феталниот и мајчиниот исход, отколку интеракцијата на факторите кои можат да делуваат во овој период. Повеќето од овие докази се ретроспективни. Покрај тоа, некои анализи во Велика Британија беа направени за иследување на тоа каде лежи систематското одложување и како тоа да се избегне (Tuffnell et al. 2001), но потребно е повеќе работа за да се утврди како да се оптимизира интервалот од одлука до породување. Овие работи треба да вклучат квалитативни и квантитативни истражувачки методи за контрола на тоа кои фактори влијаат на интервалот од одлука до породување за категорија 1 ЦР. Евалуација на овие фактори би можела да се употребува за информирање во следните NICE упатства, како на пр., специфични упатства за менаџмент на категорија 1 ЦР. Вакви информации, исто така, можат да се употребат во болниците за планирање на услугите во родилиштата, а на ниво на

тимови би помогнало со аудит и постојана евалуација и тренинг на мултидисциплинарен тим.

Голем број на национални здравствени услуги (National Health Services-NHS) и други државни извори се користат за да обезбедат континуирана грижа за новороденчињата кои се со нарушувања како резултат на родилна асфиксија и во обезбедување на доживотна поддршка за детето и за неговото семејство. Како дополнување на тоа, огромни суми од буџетот се трошат за судски постапки и компензација кај некои од овие случаи преку Clinical Negligence Scheme for Trusts (CNST). Ако истражувањето помага за минимизирање на влијанието на родилна асфиксија, ова би ги редуцирало трошоците на државата за продолжување на грижата за децата, нивните семејства и за пошироката заедница.

Пореални и порелевантни очекувања за интервалот од одлука до породување, базирани на докази, би биле од корист и како информација за дебатирањето во правниот систем што би помогнало во редуција на трошоците на државата за судски постапки.

## **4.2 Интервал од одлука до породување (категорија 2 ургентност)**

Проспективна студија за детерминирање дали интервалот од одлука до породување има влијание на матерналниот и на неонаталниот исход кога постои категорија 2 ниво на ургентност/итност за ЦР.

Важни примарни исходи би биле:

- Добра состојба на фетусот (како гасови од папочна врвца, апгар скор во 5-та минута, хипоксична енцефалопатија, неонатални респираторни проблеми, неочекуван прием во единицата за неонатална интензивна нега (Neonatal Intensive Care Unit-NICU), времетраење на престојот во NICU).
- Добра состојба на мајката, како нивото на хемоглобин во вториот ден, потреба од трансфузија на крв, времетраење на хоспитализацијата, контролирана за пролонгиран престој на новороденчето и добра општа здравствена состојба).

Вулнерабилни секундарни исходи би можеле да вклучат:

- Траума на фетусот при породувањето.
- Јатрогена повреда на цревата или на мочниот меур на мајката.
- Матернален морбидитет во смисла на постоперативни инфекции.
- Воспоставување на доење.
- Психолошки исходи кај жената, како развој на постнатална депресија / посттравматско стрес нарушување.

### **Зошто е ова важно?**

Ова истражување е важно како информација за актуелната дебата за менаџмент на категорија 2 ЦР. Таканаречениот „континуум за ризик“ во ова е препознаен. Но најголемиот дел од работите во оваа област, анализирајќи ги матерналните и феталните исходи, генерално го сметаат непланираниот ЦР како една група, при што не се прават разлики помеѓу степените на ургентност/итност. Исто така, многу од овие студии се ретроспективни. Најголемиот дел од жените, кај кои се прави ЦР

интрапартум, влегуваат во категорија 2 ниво на ургентност/итност (Thomas et al. 2001) и затоа специфични информации за оваа група може да влијаат и од нив да имаат бенефит многу жени и да има улога за породувањето во еднаквоста на грижата.

Одложување на породувањето со компромитиран фетус може да резултира со мајорни и долготрајни оштетувања, вклучително и церебрална парализа и други мајорни долготрајни попречувања. Итниот и долготраен ефект на фамилијата од раѓањето на бебето кој бара доживотна специјализирана грижа и поддршка е огромен. Ако такво оштетување може да се избегне со соодветна брзина, ова би било важно подобрување на исходот. Но, ако таквото брзање нема бенефит, тогаш сите поврзани ризици за лош матернален исход треба да бидат минимизирани.

Голема сума на финансиски средства од NHS и од други државни извори се употребуваат за обезбедување на континуирана грижа за новороденчињата кои се со попреченост како резултат на одложено раѓање и за обезбедување доживотна поддршка за детето и за неговата фамилија. Дополнително на тоа, голема сума на јавните пари се трошат за судски постапки и компензација на некои од овие случаи преку Clinical Negligence Scheme for Trusts (CNST). Ако ова истражување помогнало за минимизирање на импактот на одложување на раѓањето, ова би ги редуцирало државните трошоци за континуираната грижа, како и оптоварувањето на детето, фамилијата и на пошироката заедница.

Пореални и порелевантни очекувања за интервалот од одлука до породување, базирани на докази, би биле од корист и како информација за дебатирањето во правниот систем што би помогнало во редукција на трошоците на државата за судски постапки.

### **4.3 Национален аудит/ревизија**

Повторување на „ National Caesarean Section Sentinel Audit “.

Оригинаалното ЦР упатство вклучуваше сет на „стандарди подложни на ревизија“. Би било лесна задача да се направи ажуриран сет на стандарди, подложни на ревизија базирано на важни теми кои се опфатени во ажурираното упатство. Ова може да вклучи:

- Согласност.
- Индикации (вклучително и барање на мајката).
- Процедурални аспекти.
- Мајчини и фетални исходи.

Многу од исходите, документирани во новата ЦР ревизија/аудит, треба да се однесуваат директно на препораките во ова ажурирано упатство за ЦР. Истражувачите може да сакаат и да размислат за категоризирање на различни причини за основата на барањето на мајката за ЦР, како лошо искуство од претходно породување, долготраен страв од породување, верување дека ЦР е побезбеден за бебето итн.

Дополнителна корисна опција за ревизијата/аудитот би била да се евидентираат клучните податоци кои се во врска со тоа, како пропорција на ЦР за карлична презентација кои имале обид за екстерна цефалична верзија.

### **Зошто е ова важно?**

Во текот на 10 години откако е преземен National Caesarean Section Sentinel Audit (2000–2001), многу од сознанијата може да се промениле сигнификантно. Ревизијата испитуваше кај кого е направен ЦР и зошто, како и ставовите на жените кои имаат бебиња и акушерите кои се грижат за нив. Ревизијата утврди дека стапка на ЦР од 20% се смета за многу висока од страна на 51% од акушерите. Стапката на ЦР во Велика Британија е во просек околу 25%.

Повторување на ЦР Sentinel Audit би открило каква било промена во индикациите и во ставовите на жените и опстетричарите. Актуелната литература не го адресира адекватно прашањето за ЦР на барање на мајка и ова е еден аспект на кој треба да се адресира ревизијата. ЦР на барање на мајка кога нема опстетрички индикации се особено релевантни. Бројот на таквите барања може да биде во пораст, а причините не се секогаш јасно искажани и документирани.

Методологијата на аудитот/ревизијата е така основана, за повторувањето да биде изводливо. На ова треба да се даде висок приоритет, бидејќи бенефитот за NHS би бил сигнификантен.

#### **4.4 Барање на мајката за ЦР**

Каква поддршка или психолошки интервенции би биле соодветни за жени кои имаат страв од вагинално породување и бараат ЦР?

Интервенциите за евалуација може да вклучат:

- Поддршка од одреден член на тимот во родилиштето.
- Континуитет од негувател.
- Формално советување.
- Когнитивна и бихејвиорална терапија.

Исходите може да вклучат:

- Начин на планирано породување во термин.
- Психолошки исходи (постнатална депресија, посттрауматски стрес нарушувања, самодоверба, поврзување мајка-новороденче).
- Доење.

### **Зошто е ова важно?**

Стравот од вагинално породување може да потекнува од:

- Страв од нарушување на карличното дно на мајката.
- Повреда на бебето во текот на раѓањето.
- Самосомневање во способноста физички да се изврши вагинално породување.
- Искуство од претходно породување.
- Нерешени прашања кои се однесуваат на гениталната регија.

Моментално има широки варијации во пракса и ограничените извори водат до лимитирана достапност на ефективни интервенции. Интервенции кои можат да бидат соодветни вклучуваат:

- Антенатални клиници, посветени на обезбедување грижа за жени без опстетрички индикации кои бараат ЦР.
- Упатување кај психолог или кај специјалист од областа на менталното здравје.
- Упатување кај опстетрички анестезиолог.
- Интензивна поддршка од акушерки.

Континуитет на поддршка од здравствен работник од антенатален во интрапартален период и „еден на еден“ поддршка од акушерка во текот на породувањето исто така недостасуваат и може да направат разлики кај жени кои се анксиозни или исплашени. Сите овие интервенции имаат различни ресурсни импликации и нема јасни докази кои сугерираат дека некои имаат бенефит. Предложеното истражување би требало да компарира, во рандомизирана контролирана студија, две или повеќе од овие интервенции кај жените кои бараат ЦР. Во отсуство на докази, постои случај за компарација на овие интервенции со рутинска антенатална грижа (што и не е посебна интервенција).

Ова истражување е релевантно, бидејќи тоа би помогнало за водење на оптимална употреба на овие лимитирани извори, како и за препораки за упатството во иднина.

#### **4.5 Ризици и придобивки од ЦР**

Кои се средни до долгорочни ризици и придобивки за жените и за нивните бебиња од планиран ЦР, во споредба со планирано вагинално породување?

Главниот фокус би бил исходот кај жените, кој може да се мери на 1 година (среднорочно) и 5-10 години (долгорочно). Овие исходи може да вклучат:

- Уринарна дисфункција.
- Гастроинтестинална дисфункција.
- Диспареунија.
- Доење.
- Психолошко здравје.

Исходите кај новороденчињата може да вклучат медицински проблеми, особено актуелни респираторни и невролошки проблеми.

#### **Зошто е ова важно?**

Морбидитетите кои растат интраоперативно или во деновите по ЦР се релативно добро објаснети во литературата. Многу помалку е познато за долгорочното мерење на физичкиот и на емотивниот исход.

Confidential Enquiries into Maternal Deaths во Велика Британија, публикувано како 'Saving mothers' lives 2006–2008' (Cantwell R et al. 2011), посветува сигнификантна пропорција од нивната работа на испитување на „доцните“ причини за мајчина смрт. Тие вклучуваат работи кои се појавуваат среднорочно, главно до 1 година по породувањето, од кои многу потекнуваат од претходната бременост. Инфекции, психијатриски и други состојби кои се јавуваат во текот или се поврзани со бременоста, не предизвикуваат секогаш смртен исход, но се причина за веројатно потешок средно и долгорочен морбидитет, долго по завршувањето на бременоста.

За да се обезбедат позначајни информации за жените кога тие го избираат начинот на породување, постои неопходна потреба за документирање на средно- и долгорочните исходи кај жените и нивните бебиња по планиран ЦР или планирано вагинално породување. Првин би било можно да се соберат податоци, употребувајќи стандардизирани прашања (традиционални писмени прашалници и лице в лице интервју) за мајчините септични морбидитети и емоционално добра состојба до 1 година по планиран ЦР кај популација на жени кои се согласиле за следење. Интернет-базирани прашалници може, исто така, да се осмислат за да се постигне висок одзив кој е неопходен за комплетна интерпретација на податоците. Слично, би било важно да се собираат високо квалитетни податоци за новороденечкиот морбидитет по планиран ЦР, во споредба со планирано вагинално породување. Евалуацијата на долгорочниот морбидитет (помеѓу 5 и 10 години по ЦР) треба да користи слична методологија, но и следење на симптоми, асоцирани со уринарна и гастроинтестинална функција.

## **5. Други верзии на ова упатство**

### ***5.1 Комплетно упатство***

Комплетното упатство, 'Caesarean section' содржи детали за методите и за доказите кои се употребувани за развој на упатството. Публикувано е од Националниот центар за соработка за здравје на жени и деца.

### ***5.2 NICE патеки***

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во NICE патека.

### ***5.3 Информација за јавноста***

Достапно е резиме за пациенти и за работници.

Ги поттикнуваме NHS и организациите од волонтерскиот сектор да го употребуваат текстот од ова резиме како информација за царски рез.

## 6. Поврзани NICE упатства

- Multiple pregnancy. NICE clinical guideline 129 (2011).
- Hypertension in pregnancy. NICE clinical guideline 107 (2010).
- Venous thromboembolism – reducing the risk. NICE clinical guideline 92 (2010).
- Surgical site infection. NICE clinical guideline 74 (2008).
- Induction of labour. NICE clinical guideline 70 (2008).
- Diabetes in pregnancy. NICE clinical guideline 63 (2008).
- Antenatal care. NICE clinical guideline 62 (2008).
- Intrapartum care. NICE clinical guideline 55 (2007).
- Antenatal and postnatal mental health. NICE clinical guideline 45 (2007).
- Postnatal care. NICE clinical guideline 37 (2006).

## 7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурираат на начин кој ќе овозможи новите препораки да бидат засновани на нови докази. Новите докази се бараат 3 години по објавувањето, а од здравствените работници и од пациентите се бара нивно согледување; овие информации се користат во донесувањето на одлуката за тоа дали треба да се ажурира целото упатство или дел од упатството. Доколку нови квалитетни докази бидат објавени во скоро време, може да се донесе и одлука за забрзано ажурирање на дел од препораките. Ве молиме, обратете се на нашата веб страница за информација околу ажурирањето на упатството.

## **Додаток А: Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектен тим**

### ***Група за развој на упатството***

(8 члена, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg132](https://guidance.nice.org.uk/cg132)).

### ***Национален центар за соработка за здравје на жени и деца***

(7 члена, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg132](https://guidance.nice.org.uk/cg132)).

### ***NICE проектен тим***

(6 члена, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg132](https://guidance.nice.org.uk/cg132)).

### ***Додаток Б: Панел за рецензија на упатството***

Панелот за рецензија на упатството е независно тело кое го надгледува развојот на упатството и презема одговорност во мониторингот на придржувањето кон развојниот процес на NICE упатствата. Групата особено води сметка за адекватно разгледување и осврнување на коментарите од заинтересираните страни. Панелот вклучува членови на следниве проминенции: примарна грижа, секундарна грижа, не медицински лица, јавно здравство и индустрија (5 члена, податоци за членовите може да се најдат на [guidance.nice.org.uk/cg132](https://guidance.nice.org.uk/cg132)).

## Додаток Ц: Планиран ЦР, во споредба со планирано вагинално породување

Следниве табели ги има и во комплетното упатство; видете стр. 29–34 во pdf верзијата.

**Табела 1.** Збирен ефект врз здравјето на жената од планиран ЦР, во споредба со планирано вагинално породување за жени со некомплицирани бременост и без претходен ЦР

Ефекти околу времето на породување	Наоди за планиран ЦР	Наоди за планирано вагинално породување (вклучително % непланиран ЦР во групата со планирано вагинално породување)	Апсолутен ефект	Релативен ефект (95% confidence interval)	Квалитет на докази и референци
<b>Студиите сугерираат дека може да се редуцира по планиран ЦР</b>					
Перинеална и абдоминална болка во текот на породувањето <sup>6</sup>	Среден скор 1.0	Среден скор 7.3 (10.3%)	6.3 понизок	NC	Многу низок
Перинеална и абдоминална болка 3 дена постпартум <sup>7</sup>	Среден скор 4.5	Среден скор 5.2 (10.3%)	0.7 понизок	NC	Многу низок
Повреда на вагина	0.0%	0.56% (14.7%)	6 помалку на 1000 (од 6 помалку до 2 помалку)	NC	Многу низок
Рана постпартална хеморагија	1.1%	6.0% (35%)	49 на 1000 од 4 помалку до 56 помалку)	OR 0.23 (0.06 до 0.94)	низок
	3.9%	6.2% (8.3%)	23 помалку на 1000 (од 35 помалку до 6 помалку)	RR 0.06 (0.4 до 0.9)	Многу низок
Опстетрички шок	0.006%	0.018% (8.2%)	12 помалку на 100,000 (од 17 помалку до 0.1 помалку)	RR 0.33 (0.11 до 0.99)	Многу низок
<b>Студиите сугерираат дека може да се редуцирани при планирано вагинално породување</b>					
Должина на хоспитализација	3.2 дена	2.6 дена (35%)	0.6 денови подолго	Средна разлика 1.58 (1.27 до 2.17)	Низок
	3.96 дена	2.56 дена (8.2%)	1.4 дена подолго	Прилагодена средна разлика 1.47 (1.46 до 1.49)	Многу низок

<sup>6</sup> Скор/10, повисок скор значи поголемо ниво на болка.

Хистеректомија како резултат на постпартална хеморагија	0.03%	0.01% (8.2%)	14 повеќе на 100,000 (од 3 повеќе до 33 повеќе)	RR 2.31 (1.30 до 4.09)	Многу низок
Cardiac arrest	0.19%	0.03% (8.2%)	15 повеќе на 10,000 (од 11.5 до 19.5 повеќе)	RR 4.91 (3.95 до 6.11)	Многу низок
<b>Нема разлика во студиите</b>					
Перинеална и абдоминална болка 4 месеци постпартум <sup>7</sup>	Среден скор 0.0	Среден скор 0.17 (10.3%)	0.17 понизок	NC	Многу низок
Повреда на мочен меур/уретер	0.0%	0.14% (14.7%)	1 помалку на 1000 (од 2 помалку до 2 повеќе)	NC	Многу низок
Повреда на цервикс	0.0%	0.28% (14.7%)	3 помалку на 1000 (од 3 помалку до 1 повеќе)	NC	Многу низок
Јатрогена хируршка повреда	0.00%	0.07% (14.7%)	7 помалку на 10,000 (од 10 помалку до 30 повеќе)	NC	Многу низок
Пулмонална емболија	0.00%	0.003% (14.7%)	2 помалку на 10,000 (од 2 помалку до 40 повеќе)	NC	Многу низок
Инфекција на рана	0.01%	0.00% (35%)	1 повеќе на 10,000	p = 1.0	низок
	1.5%	0.9% (8.3%)	6 повеќе на 1000 (од 1 помалку до 19 повеќе)	RR 1.7 (0.9 до 3.2)	Многу низок
Интраоперативна траума	0.1%	0.3% (8.3%)	1 помалку на 1000 (од 3 помалку до 7 повеќе)	RR 0.5 (0.1 до 3.5)	Многу низок
Утерина руптура	0.02%	0.03% (8.2%)	13 помалку на 100,000 (од 22 помалку до 2.2 повеќе)	RR 0.51 (0.25 до 1.07)	Многу низок
Асистирана вентилација или интубација	0.01%	0.005% (8.2%)	7 повеќе на 100,000 (од 0 помалку до 22 повеќе)	RR 2.21 (0.99 до 4.90)	Многу низок
Акутна бубрежна инсуфициенција	0.004%	0.001% (8.2%)	2 повеќе на 100,000 (од 9 помалку до 13 повеќе)	RR 2.17 (0.58 до 8.14)	Многу низок

<b>Конфликтни наоди од студиите</b>					
Матернална смртност	9/737 (случаи/контроли)	49/9133 (случаи/контроли) (од случаите на матернална смртност во групата со планирано вагинално породување 13/49 (26.5%) беа жени породени со непланиран ЦР)	NC	OR 2.28 (1.11 до 4.65)	Многу низок
	0.00%	0.00% (14.7)	Нема разлика (нема случаи)	NC	Многу низок
	0.00%	0.002% (8.2%)	1.8 помалку на 10,000 (од 2 помалку до 6 повеќе)	NC	Многу низок
Длабока венска тромбоза	0.00%	0.03% (14.7%)	0.7 помалку на 1000 (од 0.2 помалку до 4 повеќе)	NC	Многу низок
	0.06%	0.03% (8.2%)	32 повеќе на 100,000 (од 14 повеќе до 59 повеќе)	RR 2.20 (1.51 до 3.20)	Многу низок
Трансфузија на крв	1.7%	1.9% (35%)	2 помалку на 1000 (од 14 помалку до 34 повеќе)	OR 0.87 (0.27 до 2.78)	низок
	0.3%	0.3% (14.7%)	0 помалку на 1000 (од 2 помалку до 5 повеќе)	RR 0.89 (0.20 до 3.99)	Многу низок
	0.3%	0.4% (8.3%)	1 помалку на 1000 (од 2 помалку до 5 повеќе)	RR 0.7 (0.2 до 2.7)	Многу низок
	0.02%	0.07% (8.2%)	41 помалку на 100,000 (од 53 помалку до 23 помалку)	RR 0.20 (0.20 до 0.64)	Многу низок
Инфекции-рана и постпартум	1.1%	0.8% (14.7%)	3 повеќе на 1000 (од 2 помалку до 11 повеќе)	RR 1.36 (0.75 до 2.4)	Многу низок низок
	0.6%	0.21% (8.2%)	390 повеќе на 100,000 (од 323 повеќе до 464 повеќе)	RR 2.85 (2.52 до 3.21)	Многу низок

Хистеректомија	0.6%	0.1% (35%)	5 повеќе на 1000	p = 0.13	Многу низок
	0.1%	0.01% (14.7%)	1 повеќе на 1000 (од 0 повеќе до 5 повеќе)	RR 9.09 (1.36 до 60.33)	Многу низок
	0.06%	0.02% (8.2%)	41 повеќе на 100,000 (од 23.6 повеќе до 68 повеќе)	RR 3.60 (2.44 до 5.31)	Многу низок
Анестезиолошки компликации	0.4%	0.3% (14.7%)	1 повеќе на 1000 (од 2 помалку до 11 повеќе)	RR 1.24 (0.34 до 4.59)	Многу низок
	0.53%	0.21% (8.2%)	319 повеќе на 100,000 (од 257 повеќе до 389 повеќе)	RR 2.5 (2.22 до 2.86)	Многу низок
ЦС, Царски рез; OR, odds ratio; RR, релативен ризик; NC, not calculable.					

**Табела 2.** Збирни ефекти врз здравјето на бебињата на планираниот ЦР, во споредба со планирано вагинално породување кај жени со некомплицирани бременост и без претходен ЦР

Ефекти околу времето на раѓање	Наоди за планиран ЦР	Наоди за планирано вагинално породување (вклучително % на непланиран ЦР во групата со планирано вагинално породување)	Апсолутен ефект	Релативен ефект (95% confidence interval)	Квалитет на докази и референци
<b>Студиите сугерираат дека може да се редуцираат по планирано вагинално породување.</b>					
Згрижување во NICU	13.9%	6.3% (35%)	76 повеќе на 1000 (од 31 повеќе до 134 повеќе)	RR 2.20 (1.4 до 3.18)	Многу низок
<b>Студиите не покажале разлики.</b>					
Хипоксично-исхемична енцефалопатија (депресија на ЦНС, грчеви (конвулзии), рН < 7)	0.2%	0.2% (14.7%)	0 помалку на 1000 (од 2 помалку до 5 повеќе)	RR 0.81 (0.22 до 3.00)	Многу низок

Интракранијална хеморагија	0.00%	0.01% (14.7%)	0.2 помалку на 1000 (од 0.4 помалку до 3 повеќе)	NC	Многу низок
Неонатален респираторен морбидитет	12.0%	11.5% (14.7%)	5 повеќе на 1000 (од 14 помалку до 27 повеќе)	RR 1.04 (0.88 до 1.23)	Многу низок
<b>Конфликтни наоди од студии</b>					
Неонатален морталитет	0.0%	0.1% (14.7%)	1 помалку на 1000 живородени (од 1 помалку до 2 повеќе)	NC	Многу низок
	0.17%	0.07% (7.9%)	1 повеќе на 1000 живородени (од 1 повеќе до 2 повеќе)	RR 2.4 (2.20 до 2.65)	Многу низок
Аpgar score во 5та минута < 7	0.0%	0.5% (14.7%)	5 помалку на 1000 (од 5 помалку до 1 помалку)	NC	Многу низок
	0.6%	1.2% (35%)	6 помалку на 1000 (од 9 помалку до 157 повеќе)	RR 0.44 (0.07 до 2.51)	Многу низок
ЦР, Царски рез; NICU, neonatal intensive care unit (Единица за неонатална интензивна нега); ЦНС, Централен нервен систем; RR, relative risk; NC, not calculable					

## Промени по публикувањето

**Февруари 2013:** Минорно одржување.

**Август 2012:** Препораките 1.3.1.1 и 1.3.1.2 се отстранети од ова упатство. Темата „место на породување“ ќе биде опфатена во ажурираното упатство за „Интрапартална грижа“ кое е во изработка. Во меѓувреме, видете го актуелното упатство за интрапартална грижа за актуелните упатства за место на породување.

## За ова упатство

Ова упатство е ажурирана верзија и замена за NICE клиничкото упатство 13 (публикувано во април 2004 год.). Нови и ажурирани препораки се вклучени за:

- Ризици и придобивки од планиран царски рез (ЦР), во споредба со планирано вагинално породување.
- Грижа за жените со ризик од морбидно адхерентна постелка.
- Соодветна грижа и избори за жените кои се ХИВ позитивни.
- Грижа за жените кои бараат ЦР без клиничка индикација.
- Интервалот од одлука до породување да се користи како стандард за ревизија/аудит.
- Време на администрација на антибиотик при ЦР.
- Соодветна грижа и избори за жени кои претходно имале ЦР.

Препораките се означени на следниов начин: [2004], [2011], или [ново 2011]:

- [2004] значи дека доказот не е ажуриран и ревидиран од 2004 година.
- [2004, изменет 2011] значи дека доказот не е ажуриран и ревидиран од 2004, но се направени мали измени во препораките.
- [2011] значи дека доказот е ревидиран, но нема промени во препораките.
- [ново 2011] значи дека доказот е ревидиран и препораките се ажурирани или додадени.

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и за грижата на луѓе со специфични болести и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Упатството е развиено од Национален центар за соработка за здравје на жени и деца, со седиште во Кралскиот колеџ на опстетричари и гинеколози (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists). Центарот за соработка работеше со група на здравствени работници (вклучително и консултанти, општи лекари и медицински сестри, пациенти и негуватели (старатели/одговорни лица) и технички персонал, кои ги разгледаа доказите и ги подготвија препораките. Препораките беа финализирани по јавна консултација.

Методите и процесот за развој на NICE клиничките упатства се објаснети во 'Прирачник за упатствата'.

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во NICE Патека. Направивме и резиме за пациентите и за негувателите (старателите/одговорните лица). Алатките за помош за имплементирање на упатството во пракса, како и информации за доказите на кои се базира се исто така достапни.

### Ваша одговорност

Ова упатство претставува гледиште на NICE кое пристигна по внимателно разгледување на достапните докази. Од здравствените професионалци се очекува да се придржуваат кон него при носењето на клиничките одлуки. Сепак, упатството не ја надвладува индивидуалната одговорност на здравствениот работник во донесувањето

на одлуките во зависност од околностите кај секој пациент поединечно, во консултација со пациентот, старателот или негувателот, информиран според упатството за карактеристиките на секој лек кој се разгледува како можно средство.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалниот комесар и\или давател на услуги. Комесарот и давателот на услуги се одговорни за спроведување на упатството во локални рамки, во рамките на своите должности треба да оневозможат незаконска дискриминација и да го почитуваат промовирањето на еднаквоста на приликите. Ниеден дел од ова упатство не треба да се токлува на начин кој ќе го направи текстот неконзистентен во спроведувањето на овие начела.

### **Авторски права**

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2011. Сите права задржани. Авторските права на NICE за материјалот може да се преземат за приватно истражување и студирање и може да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

### **Контакт NICE**

National Institute for Health and Clinical Excellence  
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza  
Manchester M1 4BT

[www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)  
[nice@nice.org.uk](mailto:nice@nice.org.uk)  
0845 033 7780