

## ИНДУКЦИЈА НА ПОРОДУВАЊЕ

Упатството се однесува за индукција на породувањето во следниве случаи:

- пролонгирана бременост
- предвремено прскање на плодовите обвивки
- прскање на плодовите обвивки во услови на незрел цервикс (пред активна фаза на раѓање)
- заостанување во феталниот раст
- претходен царски рез
- историја на преципитирано породување
- желба на мајката
- карлична презентација
- интраутерина фетална смрт
- суспектна макросомија

Онаму каде постои релевантна евиденција, упатството се однесува на присуство на пожелен и непожелен наод на цервикс одвоено.

Упатството не се однесува на индукција на породувањето во следниве групи:

- пациентки со дијабетес
- пациентки со мултипна бременост
- пациентки на кои им е потребна аугментација на болките, а не индукција

Ова упатство дава насоки за индукција на породување, во болнички услови и содржи информации за:

- клинички индикации за индукција на породувањето
- тајминг за индукција на породувањето
- негувателка во тек на процесот на индукција треба да биде понудена вклучувајќи мониторинг, аналгезија, емоционална поддршка и информации за пациентката и нејзиниот партнер/фамилија
- методи на индукција на породувањето
- менаџмент ако цервиксот е неподготвен
- менаџмент на компликациите во тек на индукцијата, како неуспешна индукција.

## ВОВЕД

Пациентките треба да бидат информирани дека најголем број на жени ќе започнат со породување спонтано до 41,0 гестациски седмици (гс). На антенаталната контрола во 38-та гс, на сите пациентки треба да им се понуди информација околу ризикот поврзан со бременостите кои траат повеќе од 42 гс и опциите за нивно завршување. (ннд-3)

Треба да се содржани информации за:

1. **Одлепување на околуплодовите обвивки од околина на внатрешно маткино устие**
  - се зголемува можноста раѓањето да се одвива спонтано, ја намалува потребата од формална индукција на породување за да превенира пролонгирана бременост
  - што значи одлепување на мембраните
  - може да се постигне дискомфорт и вагинално крварење по процедурата
2. **Индукција на породување помеѓу 41-ва и 42-ра гс (ннд=1+)**
3. **Експектативно водење**

На пациентките на кои им е понудена индукција на породувањето, гинекологите-акушери треба да им ги објаснат следните работи:

- причините за индукцијата
- кога, каде и како индукцијата може да биде изведена
- подготовките за поддршка и намалување на болката
- алтернативните решенија доколку пациентките не изберат индуцирано раѓање
- ризиците и добрите страни на индуцираното породување во специфични околности и предложени методи на индукција
- дека индукцијата може да не биде успешна и кои се натамошните опции на пациентката

#### **ГИНЕКОЛОГОТ-АКУШЕР КОЈ НУДИ ИНДУКЦИЈА НА ПОРОДУВАЊЕТО ТРЕБА:**

- да и дозволи на пациентката да разговара за информациите со партнерот пред да донесе одлука
- да ја охрабри пациентката да ги разгледа различните извори на информации
- да ја покани пациентката да поставува прашања и да ја охрабри да размислува за нејзините опции
- да ја поддржи пациентката во секоја одлука што ќе ја донесе

### **Индукција на породувањето во специфични околности**

#### **ПРЕВЕНЦИЈА НА ПРОЛОНГИРАНА БРЕМЕНОСТ**

Пациентките со некомплицирани бремености треба да добијат можност да се породат спонтано - треба да им биде понудена индукција на породување помеѓу 41-ва и 42-ра гс за да се намалат ризиците од пролонгирана бременост. Точниот временски интервал треба да се изračуна во однос на преферирањето на пациентките и локалните можности (ннд=1++)

Ако пациентката одбере индукција, нејзиното решение треба да се респектира. Гинекологот-акушер треба да разговара со неа за нејзината натамошна здравствена заштита

Од 42-ра гс, пациентките кои одбиваат индукција на породувањето треба да бидат понудени со интензивен антенатален мониторинг кој се состои од најмалку два пати неделно кардиотокографија, и ултразвучна контрола на максималниот џеб на плодовата вода (ннд=3)

#### **ПРЕДВРЕМЕНО ПРСКАЊЕ НА ОКОЛУПЛОДОВИ ОБВИВКИ**

Индукцијата на породувањето не треба да биде изведена пред 34-та гс, освен ако има додатни акушерски индикации (инфекција, компромитирање на фетусот) (ннд=3)

По 34-та гс, перинатолошкиот тим треба да ги продискутира следниве фактори пред да се донесе решение за тоа дали да се индуцира породувањето со вагинална употреба на PGE<sub>2</sub>

- Ризиците за пациентката (сепса, можна потреба за царски рез)
- Ризиците за бебето (сепса, проблеми поврзани со предвременно породување)
- Достапност за неонатална интензивна нега

## **ПРСКАЊЕ НА ОКОЛУПЛОДОВИ ОБВИВКИ ВО ТЕРМИН, ВО УСЛОВИ НА НЕЗАПОЧНАТО РАЃАЊЕ**

Понуда за избор за индукција на породувањето со вагинална употреба на PGE<sub>2</sub> или експектативно водење.

Индукцијата на породувањето е соодветна приближно 24 часа по прскањето на обвивките во термин. (нема цврсти докази)

## **ПРЕТХОДЕН ЦАРСКИ РЕЗ**

Може да се понуди индукција со вагинална апликација на PGE<sub>2</sub>, царски рез или експектативен менаџмент., земајќи ја во предвид состојбата и желбата на мајката. Жената треба да биде информирана за зголемениот ризик за:

- Потреба од итен царски рез во тек на индукцијата
- Руптура на утерус

## **БАРАЊА НА МАЈКАТА**

Индукција на породување не би требало рутински да се понуди само поради барање на мајката. Сепак, под исклучителни околности (на пр., ако партнерот на пациентката треба наскоро да патува во странство поради обврска), може да се размисли за индукција на или по 40-та гестациска недела (ннд=1+)<sup>1</sup>.

## **КАРЛИЧНА ПРЕЗЕНТАЦИЈА**

Индукција на породувањето генерално не се препорачува ако плодот е во карлична презентација. (ннд=1+)

## **ЗАБАВЕН ФЕТАЛЕН РАСТ**

Ако има тежок забавен фетален раст со потврдено фетално страдање, индукција на породување не е препорачлива. (ннд=1+)

## **ИСТОРИЈА НА ПРЕЦИПИТИРАНО ПОРОДУВАЊЕ**

Индукција на породување за да се избегне раѓање без присуство на гинеколог-акушер, рутински не треба да се понуди кај пациентки со историја за преципитирано породување (нема цврсти докази).

## **ИНТРАУТЕРИНА ФЕТАЛНА СМРТ**

Гинекологот-акушер треба да и понуди поддршка на пациентката и нејзиниот партнер/фамилија да се справат со емоционалните и физичките последици од смртта. Ова треба да вклучи и давање на информација за специјалистичка помош.

Ако пациентката е физички добра, околуплодовите обвивки се интактни и нема знаци на инфекција или крварење, треба да и биде понуден избор за индукција на породувањето или експектативно водење.

Кај пренати околуплодови обвивки, инфекција или крварење, инто индуцирање на породувањето е преферирана опција за водење.

Ако пациентката која имала интраутерине фетална смрт, избере да продолжи со индукција на породување, орален Mifepriston, и продолжување со вагинален PGE<sub>2</sub> или вагинален misoprostol <sup>2</sup>, треба да бидат понудени. Изборот и дозата на вагиналните простагландини треба да се израчунаат во однос на клиничките околности, достапноста на препарати и локалниот протокол.

## **СУСПЕКТНА ФЕТАЛНА МАКРОСОМИЈА**

Во отсуство на други индикации, индукција на породување не треба да се изведе само поради тоа што гинекологот-акушер се сомнева дека плодот е поголем за гестациската седмица (макросомичен).

## ПРЕПОРАЧАНИ МЕТОДИ ЗА ИНДУКЦИЈА НА ПОРОДУВАЊЕТО

Одлепувањето на околуплодовите обвивки подразбира поминување со прстот низ цервиксот, со негово ротирање помеѓу цервиксот и обвивките наспроти ѕидот на утерусот со цел одвојување на хорионската мембрана од децидуата. Во колку прстот не може да помине низ цервиксот, тогаш сличен ефект може да даде масажа околу цервиксот во вагиналните форникси. Одлепување на околуплодовите обвивки е само додаток, а не актуелен начин на индукција на породување.

**Bishop скор  $\geq 8$  генерално индицира висока шанса за спонтано породување или одговор на интервенцијата која ќе се направи за индукција на породувањето.**

### - ОДЛЕПУВАЊЕ НА ОКОЛУПЛОДОВИ ОБВИВКИ

- Треба да се понуди пред формална индукција на породување
- Треба да се понуди на нулипарии помеѓу 40 и 41гс
- Треба да се понуди кај мултипарии во 41 гс
- Може да се понуди при вагинален преглед за проценка на вагиналниот наод
- Дополнително може да се понуди ако не е спонтано започнато раѓање.

### - FOLEY-ЕВ КАТЕТЕР

### - ФАРМАКОЛОШКИ МЕТОДИ

Апликација на вагинален PGE2 е метод што се преферира за индукција на породувањето, освен ако има специфични клинички причини да не се употребува (особено ризик за утерина хиперстимулација). Треба да се дава како гел, таблети или песар со контролирано ослободување. Цената може да варира од типот и производителот и тоа треба да се земе во предвид при препишувањето. Препорачани режими се:

- Еден циклус на вагинални PGE2 таблети или гел една доза, следена со втора доза по 6 часа ако не настапи породување (до максимум две дози)
- Еден циклус на вагинален PGE2 песар со контролирано ослободување: една доза во тек на 24 часа. (ннд=1++)
- Пациентките треба да се информираат за ризикот од хиперстимулација
- Mifepristone и Misoprostol треба да се нуди само како метод на индукција кај пациентки со мртов фетус.

## МЕТОДИ КОИ НЕ СЕ ПРЕПОРАЧУВААТ ЗА ИНДУКЦИЈА НА ПОРОДУВАЊЕТО

### - ФАРМАКОЛОШКИ МЕТОДИ

Следното не треба да се користи за индукција на породувањето:

- Орални PGE2 (ннд=1++)
- Интравенски PGE2 (ннд=1++)
- Екстра-амнионски PGE2 (ннд=1++)
- Интравенозен окситоцин сам (ннд=1++)
- Хијалуронидаза (ннд=1++)
- Кортикостероиди (ннд=1++)
- Естроген (ннд=1++)
- Вагинални донори на азот оксид (ннд=1++)

### - НЕФАРМАКОЛОШКИ МЕТОДИ

Гинекологите-акушери треба да ги информираат пациентките дека достапните докази

не ги поддржуваат следниве методи за индукција на породувањето: (ннд=1++)

- растителни додатоци
- акупунктура
- хомеопатија
- топли купки
- сексуални односи

#### **- ХИРУРШКИ МЕТОДИ**

Амниотомија, со или без окситоцин, не треба да се користи рутински како примарна метода за индукција, освен за случаи каде има контраиндикација за вагинална апликација на простагландин, особено утерина хиперстимулација.

### **ЛОКАЛИЗАЦИЈА И ВРЕМЕ НА ИЗВЕДУВАЊЕ <sup>3</sup>**

#### **Мониторирање и намалување на болката МОНИТОРИНГ**

Треба да има обезбедено континуиран електронски мониторинг на феталната срцева работа и утерини контракции. (нема директни докази)

Пред индукцијата, треба да се одреди и документира Бишоп скорот и да се потврди добра состојба на фетусот со кардио-токографски запис.

По администрација на вагинален PGE<sub>2</sub> кога ќе започнат контракциите, треба да се следи состојбата на плодот со континуиран електронски фетален мониторинг. Откако ќе се потврди дека кардиотокограмот е нормален, може да се користи интермитентна аускултација, освен во случаи кога постои јасна индикација за континуиран електронски фетален мониторинг (да се следат препораките од упатството за Интрапартална грижа).

Ако феталната срцева работа е абнормална по администрација на вагинален PGE<sub>2</sub>, треба да се следат препораките за менаџмент на фетални нарушувања

Бишоп скорот треба да се контролира на секои 6 часа по вагинална апликација нагел или таблета PGE<sub>2</sub>, или 24 часа по инсерција на вагинален PGE<sub>2</sub> песар со контрола на ослободување, за да се мониторира прогресија на наодот.

Откога ќе се постигне активно породување, мониторирањето на плодот и мајката треба да се изведе според препораки и упатства за Интрапартален мониторинг (Упатство за интрапартална грижа).

#### **НАМАЛУВАЊЕ НА БОЛКАТА (ННД=1+ ДО 2+)**

Пациентките треба да бидат информирани дека индукцијата на породување може е да биде поболна од спонтаното породување.

Пациентките треба да бидат информирани за можните опции за намалување на болката во различни услови.

Во тек на индукција на породувањето, гинекологот-акушер треба да и овозможи на пациентката соодветни средства против болка. (Упатство за интрапартална грижа). Ова може да варира од едноставни аналгетици до епидурална аналгезија.

Здравствените работници треба да и понудат на пациентката поддршка и аналгезија како што е неопходно, и треба да ги охрабрат пациентките да користат сопствени методи за намалување на болката.

## **ПРЕВЕНЦИЈА И МЕНАЏМЕНТ НА КОМПЛИКАЦИИТЕ**

### **УТЕРИНА ХИПЕРСТИМУЛАЦИЈА**

Ако се појави утерина хиперстимулација за време на индукцијата на породувањето, треба да се размисли за токолиза (ннд=3)

### **НЕУСПЕШНА ИНДУКЦИЈА**

Неуспешната индукција се дефинира како незапочнување на породувањето по еден циклус на третман

Ако индукцијата е неуспешна, гинекологот акушер треба да разговара со пациентката и да и пружи поддршка. Треба да се направи повторно иследување на состојбата на пациентката, фетусот и генерално за бременоста.

Ако индукцијата е неуспешна, одлуките за натамошниот менаџмент треба да се направат во однос на желбите на пациентката земајќи ги во предвид и клиничките околности.

Опциите за натамошен менаџмент вклучуваат:

- Натамошен обид да се индуцира породување (тајмингот треба да зависи од клиничката состојба и желбите на пациентката).
- Царски рез - се следат препораките од упатството за царски рез.

### **ПРОЛАПС НА ПАПОЧНА ВРВЦА**

За да се намали можноста од пролапс на папочната врвца, која може да настане при амниотомија, треба да се превземат следните мерки:

- Пред индукцијата, треба да се постигне ангажирање на предлежечкиот дел.
- Гинекологот-акушер или акушерката треба да направат добра проценка и палпација при првичниот вагинален преглед.
- Амниотомија треба да се одбегнува ако предлежечкиот дел е високо поставен.
- Гинекологот-акушер треба секогаш да провери каде е поставена постелката, односно дека нема знаци за ниско всадена постелка пред да започне со индукција на породување или амниотомија.

### **РУПТУРА НА УТЕРУС**

Ако постои сомневање за руптура на утерус во тек на индукцијата на породувањето, раѓањето треба да се заврши со итен царски рез.