

## ИНТРАПАРТАЛНА ГРИЖА

### ВОВЕД

Ова упатство се однесува на аспектите за грижа на родилката и плодот (новороденото дете) во текот на нормално, некомпликувано породување во услови на нормална, некомопликувана терминска бременост (37-42 гестациски недели (г.н.)).

Под нормално породување се подразбира она, за чиешто завршување не е употребена хируршка интервенција, вагинална акушерска операција, индукција, регионална или општа анестезија (не вклучувајќи ја употребата на епидуралната аналгезија).

Еден од најзначајните моменти, кој се проткајува низ целото упатство е комуникацијата меѓу родилката и здравствените работници во текот на породувањето.

УПАТСТВОТО СЕ ОДНЕСУВА НА СЛЕДНИТЕ АСПЕКТИ:

#### 1 Грижа во текот на породувањето

- Совети за комуникацијата меѓу здравствените работници и бремената жена во текот на породувањето, вклучително и советување и донесување одлуки;
- Ефектот на поддршката во текот на породувањето;
- Идентификација на родилките и новороденчињата (плодовите) кои имаат потреба од дополнителна грижа т.е навремено препознавање на ургентите состојби кои може да се развијат кај мајката и плодот во текот на породувањето;
- Хигиенски мерки за спроведување на вагинално породување.

#### 2 Грижа во текот на прво и второ родилно време

- Дијагноза на започнувањето на родилните болки и поставување на индикација за прием во здравствена установа. Проценка на напредокот на породувањето, вклучувајќи и активно водење на породувањето како и навремено препознавање и менаџирање на застојот во прво родилно време;
- Проценка на феталната состојба, вклучувајќи и правилна употреба на кардио-токографскиот мониторинг;
- Грижа за родилката: опсервација, исхрана, баланс на течности и контрола на секреција на телесните излучувања (микција);
- Совети за практикување на неинвазивни техники за ублажување на дискомфортот од породилните болки во текот на прво родилно време;

- Соодветна употреба и ефекти на фармаколошка и нефармаколошка аналгетска терапија;
- Соодветна употреба и ефекти на регионалната аналгезија и грижа за родилките кај кои истата се применува;
- Соодветна грижа во текот на процесот на раѓање, вклучувајќи го и влијанието на положбата на родилката, и водење на второ родилно време со акцент на техниките за напнување;
- Апликација на техники за намалување на перинеалната траума, вклучувајќи и советување на родилките со перинеална руптура од трет и четврти степен во претходното породување;
- Проценка и менаџмент на застој во второ родилно време и критериуми за завршување на породувањето со примена на вагинална акушерска операција (вакуум или форцепс);
- Дијагноза и водење на породување во услови на меконијална околуплодова вода;
- Дијагноза и водење на породување во услови на предвремена спонтанна руптура на околуплодовите обвивки кај терминска, доносена бременост со посебен осврт кон мониторингот и времетраењето на т.н „внимателно чекање” пред започнување со индукција, како и факторите кои во услови на предвремена руптура на околуплодовите обвивки можат да влијаат врз состојбата на мајката и плодот во текот на породувањето; употребата на антибиотици пред породувањето и критериумите за нивна примена кај здраво новородено дете.

### **3 Грижа во текот на трето родилно време**

- Дефиниции и индикации за менаџмент на трето родилно време;
- Идентификација на родилките со зголемен ризик за постпартална хеморагија (ПШХ) и стратегии за намалување на ризикот;
- Менаџирање на застојот во трето родилно време и идентификација на адхерентна постелка и заостанати делови од постелката.

### **4 Непосредна грижа по породувањето**

- Проценка и згрижување на перинеалната траума (расцепи на перинеумот или епизиотомија);
- Проценка на состојбата на новороденчето, базични техники за ресуспитација непосредно по породувањето и иницирање на контакт мајка-дете;
- Проценка на состојбата на мајката, непосредно по породувањето.

### **5 Генерални забелешки на фармаколошкиот третман**

Советите за примена на фармаколошките препарати се базираат на досега обезбедените докази достапни на изработувачите на ова упатство. Препораките за употреба на истите се однесуваат за нивната употреба во рамките на постоечките индикации. Само во исклучителни ситуации, кога за тоа постојат цврсти докази, упатството ќе препорача употреба на фармаколошки препарати надвор од нивното индикациско подрачје.

## УПАТСТВОТО НЕ СЕ ОДНЕСУВА НА СЛЕДНИТЕ АСПЕКТИ

- Бремени жени (родилки) и нивните плодови (новороденчиња) со сомневање за, или потврдено предвременно породување (пред 37 г.н.); родилки со интраутерина фетална смрт (ИУФС); родилки со коегзистирачки тежок морбидитет како прееклампсија (хипертензија во бременост) или дијабет; родилки со повеќе плодна бременост; родилки со интраутерин застој во феталниот раст и развој (ИУЗР);
- Родилки кои се вклучени т.е кои се опфатени во премисите на другите водичи како на пр: родилки подвргнати на индукција на породувањето, родилки со плод во карлична презентација или родилки со индикација за породување со царски рез;
- Техники за оперативно породување и згрижување на перинеални лацерации од трет и четврти степен, дополнителна грижа за родилки со сомнителен или потврден инфективен коморбидитет, како група Б стрептокок (ГБС, *Streptococcus agalactiae*), ХИВ, Herpes simplex тип 2.

## НЕГА ВО ТЕКОТ НА ПОРОДУВАЊЕТО

- Комуникација помеѓу родилката и здравствениот работник

Сите родилки треба да се третираат со почитување во текот на породувањето и треба да бидат вклучени во донесувањето одлуки за планираните постапки. За да се олесни тоа, здравствениот работник треба да воспостави соодветен однос со родилката, да се запознае со нејзините очекувања и желби врзани за породувањето, внимавајќи при тоа на тонот, однесувањето и начинот на изразување. Сето ова треба да помогне во обезбедувањето на водство и поддршка во текот на породувањето.

За да воспостави задоволителна комуникација со родилката, здравствениот работник треба да внимава на следниве аспекти:

- Да се пречека родилката со насмевка и добредојде, да и се дозволи да се претстави, да се обрне внимание на евентуалната јазична бариера и потребата од преведување, да и се објасни улогата во целокупниот пристап
- Да се одржува смирен и сигурен пристап како и самоуверен став со кој ќе се увери родилката дека сè се одвива во посакуванат насока
- Да се почитува приватноста на родилката, а просторот кој и е доделен да се почитува како нејзин личен простор
- Потребна е комуникација со родилката за справување со нејзините сомнежи и стравови врзани за породувањето
- Доколку родилката доаѓа со план за породување, истиот да се разгледа и да се продискутира со неа
- Проценка на сознанијата на родилката за можностите за намалување на болката во текот на породувањето и заедничко разгледување на прифатливите алтернативи

- Да се побара дозвола од родилката за спроведување на сите планирани чекори со фокус на родилката а не на технологијата и документацијата
- Да и се покаже на родилката и на нејзиниот партнер во породувањето, како да повика помош, и да се осигура истата дека може да побара помош во било кое време и онолку често колку што смета дека тоа е потребно. Здравствениот работник да не ја напушта просторијата во која престојува родилката без да и каже кога ќе се врати
- Доколку родилката се предава во медицински надзор на друг здравствен работник или доколку се повикува дополнителна стручна помош, родилката треба да биде вклучена во процесот на примо-предавањето.

- Позиција и движење на родилката во текот на породувањето

Родилката треба да се охрабри да се движи во текот на породувањето или да заземе позиција во текот на породувањето која за неа е најудобна.

- Поддршка во текот на породувањето

Во текот на породувањето (во текот на родилните контракции) на родилката треба да и се обезбеди поддршка во стилот „еден на еден“.

Родилката со воспоставен утерин активитет не треба да се остава сама на себе освен во куси временски интервали

Родилката треба да се охрабри да избере партнер во породувањето (од личното опкружување)

- Консумирање храна и течности во текот на породувањето

#### *Контрола на гастричната секреција*

Кај родилките со низок ризик не се препорачува рутинска примена ниту на антациди, ниту на антагонисти на H2 рецепторите.

Кај родилките кај кои се употребуваат опиоидни аналгетици и кај родилките кај кои постои или дополнително се развива зголемен ризик од употреба на општа анестезија, треба да се разгледа можноста за употреба за антациди и антагонисти на H2 рецепторите.

#### *Храна и течности во текот на породувањето*

На родилката не треба да и се забрани консумирање на течности во текот на породувањето, со напомена дека изотоничните раствори се по благопријатни од водата.

Родилките кои не примиле опиоидни аналгетици и родилките кај кои нема манифестна потреба од употреба на општа анестезија, може да консумираат лесна храна во текот на активната фаза од породувањето.

- Хигиенски мерки во текот на породувањето

Доколку кај родилката е потребно клистрирање, за истото употребуваат супозитории.

Рутинските мерки кон кои треба да се придржува персоналот вклучен во процесот на породување опфаќаат:

- Стандардна хигиена на рацете
- Употреба на ракавици за еднократна употреба

Овие мерки го намалуваат ризикот од вкрстена контаминација помеѓу родилките, новородените и здравствените работници. Изборот на заштитна опрема, треба да се базира на проценетиот ризик за можна трансмисија на микроорганизми врз родилката, како и од ризикот за контаминација на облеката на здравствениот работник од крвта, телесните течности, секретите и екскретите на родилката.

## **СПРАВУВАЊЕ СО БОЛКАТА ВО ТЕК НА ПОРОДУВАЊЕТО КОЕ НЕ ОПФАЌА ПРИМЕНА НА ЕПИДУРАЛНА АНАЛГЕЗИЈА**

- Ставови и искуства на родилката со болката и нејзиното намалување во текот на породувањето

Здравствениот работник треба да ги разграничи сопствените ставови и убедувања и не треба да дозволи истите да влијаат врз изборот на родилката при разгледување на можностите за справување со болката во текот на породувањето.

- Стратегии за справување со болката

Родилките, чиј избор за справување со болката се техниките на дишење и релаксација треба да се поддржат при нивната примена.

Поддршка треба да се даде и на родилките чиј избор се техниките за масажа кои ги спроведува избраниот партнер за поддршка во породувањето.

Акупунктура и акупресура не треба да бидат во понудата на здравствената установа и здравствениот работник, но истовремено овие техники не треба да им се забрануваат на родилките кои сакаат да ги применуваат.

Пуштањето и слушањето музика по избор на родилката во текот на породувањето треба да се охрабри.

- Нефармаколошка аналгезија

На родилките со воспоставени утерини контракции (родилни контракции) не треба да им се нуди транскутана невро-електростимулација.

- Интравенска (i.v.) и интрамускулна (i.m.) употреба на опиоиди во текот на породувањето

Pethidine, Diamorphine или други опиоиди треба да бидат достапни во породилиштата и специјализираните установи<sup>1</sup>. Родилката треба да биде информирана дека овие препарати нудат ограничено намалување на болните сензации и дека нивната употреба може да биде проследена со нус ефекти како кај мајката (поспаност, гадење, повраќање) така и кај плодот (краткотрајна респираторна депресија и поспаност која може да се одржува и неколку дена).

Пациентката треба да се предупреди дека опиоидните аналгетици можат да го попречат доењето.

ИВ или ИМ употреба на опиоидните аналгетици треба да биде проследена со администрација на антиеметична терапија.

## НАМАЛУВАЊЕ НА БОЛКАТА ВО ТЕКОТ НА ПОРОДУВАЊЕТО: РЕГИОНАЛНА АНАЛГЕЗИЈА

- Регионалната аналгезија наспроти останатите форми на аналгезија во текот на породувањето

Пред да се реши за избор на епидурална аналгезија, родилката треба да биде информирана за ризиците и несаканите ефекти од истата, како и за нејзиниот ефект врз родилните болки и текот на породувањето.

Информациите кои му претходат на изборот на епидуралната аналгезија треба да го содржат следново:

- Достапна е само во специјализираните гинеколошко-акушерски установи и породилишта со анестезиолошка поткрепа
  - Обезбедува поголемо намалување на болката во однос на опиоидните аналгетици
  - Нејзината примена е асоцирана со пролонгирана фаза на експулзија и зголемена примена на вагинални акушерски операции
  - Не е асоцирана со продолжување на дилатационата фаза и зголемен ризик од завршување на породувањето со царски рез
  - Не е поврзана со долготрајни болки во грбот
  - Примената на епидуралната аналгезија носи потреба од поинтензивен мониторинг во текот на породувањето како и од зголемена потреба од поставување на ИВ линија
- Време на администрација на регионалната аналгезија

На родилките кои бараат регионална аналгезија не треба да им се скратува правото на истата дури и во услови на напредното породување т.е кон крајот на прво родилно време.

- Грижа и мониторинг на родилки со регионална аналгезија

<sup>1</sup> Во Р.Македонија, достапен е препаратот Tramadol (Trodon) a 100 mg

Пред примената на епидуралната аналгезија, задолжително е обезбедување на венска линија.

Кај родилките со регионална аналгезија потребен е дополнителен мониторинг во однос на следниве показатели:

- Во текот на воспоставувањето на аналгезијата т.е после претходен болус, крвниот притисок треба да се мониторира на секои 5 мин во период од 15 мин.
- Доколку не се постигне задоволително намалување на болката во период од 30 мин по администрацијата на локалниот анестетик/опиоид, потребно е да се повика анестезиолог.

Родилките со епидурална аналгезија треба да се охрабрат да се движат и да заземат исправена положба која најмногу им одговара.

По воспоставувањето, регионалната аналгезија треба да се продолжи до завршување на третото родилно време т.е до згрижување на постоечките повреди на меките родилни патишта.

По постигнување на комплетна дилатација на устието на матката, доколку жената не чувствува родилен напон или доколку не е видлив предлежечкиот дел на плодот, напнувањето треба да биде одложено за 1 час, па и повеќе по желба на родилката, по што на родилката и се налага да напнува со секоја контракција.

Кај родилките со перидурална аналгезија, по постигнување на комплетната дилатација на устието на матката, потребно е да се востанови стратегија за завршување на породувањето во наредните 4 часа, независно од паритетот.

Рутинската примена на окситоцин во текот на фазата на експулзија, не се препорачува кај родилките со регионална аналгезија.

Во текот на постигнувањето на регионалната аналгезија и после секоја болус доза од 10 ml или повеќе, потребно е да се обезбеди континуиран СТГ мониторинг на плодот во време траење од најмалку 30 мин.

## **НОРМАЛНО ПОРОДУВАЊЕ: ПРВА ФАЗА (ПРВО, ДИЛАТАЦИОНО РОДИЛНО ВРЕМЕ)**

- Нормално породување

Клиничките интервенции не треба да се применуваат или да и се нудат на родилката во услови на нормално напредување на породувањето, кога обата субјекти, мајката и плодот, се во добра кондиција.

Во сите фази на породувањето, кај родилките кај кои дошло до отстапување од нормалниот тек на породување, нормалното породување може да продолжи со разрешување на новонастанатата ситуација.

- Дефиниција на прво родилно време

За целите на водичот се препорачуваат следниве дефиниции за прво родилно време:

- Латентна фаза на прво родилно време - период, кој не е задолжително континуиран, во чии рамки доаѓа до:
  - Појава на утерини контракции кои родилката ги чувствува
  - Доаѓа до промена во квалитетот на грлото на матката која вклучува скратување и дилатација до 4 cm
- Активна фаза на прво родилно време опфаќа:
  - Регуларен утерин активитет (2-5 контракции во 10 мин. со еднаков интензитет и времетраење)
  - Прогресивна дилатација на грлото на матката над 4 cm
- Времетраење на прво родилно време

Родилката треба да биде информирана дека иако должината на породувањето по воспоставувањето на утерин активитет варира индивидуално, првото родилно време во просек трае 8 часа, ретко до 18 часа, а второто и последователните родилни времиња траат во просек вкупно 5 часа, ретко повеќе од 12 часа.

- Дефиниции за застој во прво родилно време (дилатациона фаза) – Види Упатство за дисфункционално породување
- Надзор на состојбата при сомневање за започнато породување

Иницијалната проценка на родилката од страна на акушерката/акушерот треба да опфати:

- Анамнеза, проценка на емоционалната состојба и психолошките карактеристики и потреби, преглед на достапната медицинска документација
- Физикален преглед: телесна температура, пулс, крвен притисок, анализа на урината
- Време траење, интензитет и фреквенција на утерините контракции
- Палпација: Висина на фундус утери, ситус, презентација, позиција
- Вагинален исцедок: крв, течност, слуз
- Проценка на болката, вклучувајќи и осознавање на желбите на родилката за справување со болката и запознавање со можностите за истото
- Приемен ЦТГ запис.

Дополнување:

- Доколку не се користи интрапартален мониторинг, задолжителна е аускултација на феталната срцева фреквенција во времетраење од 1 минута веднаш по завршување на контракцијата. Пулсот на мајката треба да се палпира со цел да се разграничи мајчината од феталната срцева фреквенција;



- Доколку по иницијалната проценка не се дојде до заклучок дека породувањето е започнато, може да помогне доколку на родилката и се понуди и се изврши вагинален преглед
- Доколку се постави дијагноза за започнато породување вагиналниот преглед задолжително треба да и се понуди на родилката и истиот да се изврши.

Здравствениот работник кој го извршува вагиналниот преглед треба да обрне внимание на следното:

- Да биде сигурен дека вагиналниот преглед е неопходен и дека истиот ќе обезбеди дополнителни информации за донесување на дефинитивен заклучок;
- Да земе предвид дека за поголемиот дел од родилките кај кои породувањето е отпочнато, а се анксиозни и се наоѓаат во непознато опкружување, вагиналниот преглед може да биде особено трауматско искуство;
- Да обезбеди согласност од родилката и да внимава на приватноста, дигнитетот и комфорот на родилката;
- Да и ги објасни на родилката причините и начинот на вагиналниот преглед;
- На родилката да и го објасни наодот и очекуваниот импакт.

Дел од родилките чувствуваат болка и покрај отсуството на промена во состојбата на грлото на матката. И покрај тоа што кај овие родилки, практично породувањето не е започнато, тие според нивното лично убедување сметаат дека имаат родилни болки. Родилките кои доаѓаат во болница и бараат помош заради болни контракции кои всушност не подразбираат почеток на породувањето, треба да се советуваат, да им се понуди, повремено употреба на аналгетици, и да се охрабрат да се вратат и да останат во својот дом до започнување на породувањето.

- Мониторинг во текот на започната прва фаза на породувањето

Вербална проценка, со употреба на нумеричка скала за болка, не се препорачува во рутинската пракса.

Графички приказ на напредокот на породувањето (партограм) треба да се користи во услови на започнато породување (активна фаза).

Доколку партограмот вклучува линија на активна фаза на породувањето, се препорачува употреба на 4-часовна линија на активна фаза вклучена во партограмот предвиден од СЗО.

Мониторингот од страна на акушерката во текот на прво родилно време опфаќа:

- Телесна температура и крвен притисок на интервали од 4 часа
- Пулс на едночасовни интервали
- Евидентирање на фреквенцијата на контракциите на секои 60 минути

- Вагинален преглед на секои 2 часа во договор со родилката т.е доколку постои сомневање за несоодветна прогресија на вагиналниот наод или кон желбите на родилката (по претходна палпација на абдоменот и проверка на вагиналниот исцедок).

Дополнување:

- Интермитентна аускултација на феталното срце по претходна контракција во времетраење од најмалку 1 мин, на секои 15 мин. Доколку се детектира абнормалност на феталната срцева фреквенција, потребно е да се палпира пулсот на мајката за дистинкција на двете различни срцеви фреквенции
  - Потребно е тековно разгледување на емоционалните потреби и психолошката состојба на родилката како и на нејзината желба за намалување на болката
  - Родилката треба да се охрабри да побара аналгезија во било која фаза од породувањето.
- Проценка на феталната срцева фреквенција и индикации за премин кон континуиран фетален мониторинг

Интермитентна аускултација на феталната срцева акција се препорачува кај сите ниско ризични родилки во услови на започнато породување.

Првата аускултација на феталното срце треба да се направи при првиот контакт, во рана фаза на породувањето, а понатаму секој пат кога се прави проценка дали породувањето е влезено во активна фаза.

По воспоставување на активната фаза на породувањето аускултацијата на феталното срце треба да се спроведува по принципот наведен во претходната точка

За интермитентна аускултација може да се користи Пинардов стетоскоп или Допплер пелота од кардиотокограф.

Премин од интермитентен кон континуиран фетален мониторинг во ниско ризичните случаи се препорачува во следниве ситуации:

- Меконијална околуплодова вода (густ мекониум, но и во случаи на околуплодова вода контаминирана со партикли на мекониум)
- Абнормална фетална срцева акција детектирана со интермитентна аускултација (< 110 бпм, > 160 бпм, децелерации по контракција)
- Покачена телесна температура кај мајката (38, 0° С еднаш или 37, 5° С во два наврати во интервал од 2 часа)
- Појава на свежо крварење во текот на родилните контракции
- Употреба на Окситоцин за аугментација на трудовите
- На барање на родилката

## НОРМАЛНО ПОРОДУВАЊЕ: ВТОРА ФАЗА (ФАЗА НА ЕКСПУЛЗИЈА)

За потребите на ова упатство, препорачани се следниве дефиниции за второ родилно време:

- Пасивна фаза на второ родилно време
  - Го опфаќа периодот од комплетна дилатација на макиното устие до појава на волни нагони за експулзија
- Почеток на активната фаза на второ родилно време
  - Видлив предлежечки дел на плодот (глава)
  - Експулзивни контракции при наод на комплетно дилатирано маткино устие
  - Активен напор на мајката кој се надоврзува на комплетната дилатација на маткиното устие во услови на отсуство на експулзивни контракции
- Време траење на второ родилно време и дефиниција за застој во фазата на експулзија

Првворотка:

- Се очекува породувањето да настапи во период од 2 часа по започнување на активната фаза на второто родилно време, кај поголемиот дел од родилките
- Дијагноза на пролонгирана активна фаза на второ родилно време - *Види Упатство за дисфункционално породување*

Второротка и повеќеротка:

- Се очекува породувањето да настапи во период од 2 часа по започнување на активната фаза на второто родилно време, кај поголемиот дел од родилките
- Дијагноза на пролонгирана активна фаза на второ родилно време – *Види Упатство за дисфункционално породување*

Доколку кај родилката со епидурална анестезија настапила комплетна дилатација на маткиното устие, но родилката сè уште не чувствува потреба да напне, дополнителна проценка на состојбата треба да се направи по 1 час.

- Надзор на родилката и плодот во текот на второто родилно време

Сите забелешки треба да бидат евидентирани на партограмот. Надзорот на родилката од акушерка во текот на второ родилно време опфаќа:

- Мерење на пулсот и крвниот притисок на интервали од 1 час
- Мерење на температурата на секои 4 часа
- Вагинален преглед на секој час во текот на активната фаза од второ родилно време или во корелација со желбата на родилката (по претходна палпација на абдоменот и контрола на вагиналниот дешарж)
- Документирање на фреквенцијата на контракциите на секои 30 минути

- Мониторирање на фреквенцијата на **спонтано** празнење на мочниот меур
- Тековна грижа за емоционалната и психолошката состојба на родилката

Дополнување:

- Проценката на напредокот треба да се осврне и на однесувањето на мајката, ефектот на напнувањето и состојбата на плодот, земајќи ја предвид и положбата и поставеноста на плодот во почетокот на активната фаза на второто родилно време. Ови фактори ќе помогнат во проценката на времето на следниот вагинален преглед и потребата за ревизија на состојбата од страна на гинеколог-акушер
- Интермитентна аускултација на феталната срцева фреквенција по контракција, во времетраење од 1 мин. на најмалку 5 мин. При сомневање за фетална брадикардија или друго нарушување на феталната срцева фреквенција, задолжително да се провери и пулсот на мајката заради диференцијација на двете различни срцеви фреквенции
- Тековно следење на состојбата на родилката: положба, хидратација, стратегија за справување со болката во текот на второ родилно време

- Положба на родилката и напнување во рамките на фазата на експулзија

Родилката треба да се советува да не зазема лежечка или полулежечка положба во текот на второ родилно време т.е. да се охрабри да заземе било каква друга положба која ја смета за погодна.

Родилката треба да биде информирана дека во текот на активната фаза од второ родилно време треба да се води од сопствената потреба за напнување.

Доколку напнувањето е неефективно или на родилката и се наложува да напнува може да се применат стратегии за асистенција при породувањето (поддршка, промена на положбата, празнење на мочниот меур, охрабрување).

- Интрапартални интервенции за намалување на перинеалната траума

Масажата на перинеумот од страна на здравствениот работник, во текот на второ родилно време не се препорачува.

За поддршка на спонтаното породување може да се примени или техника “рака на” (заштита на перинеумот и флексија на главата на плодот) или техника “спремни раце” (рацете не го допираат перинеумот и главата на детето, но стојат спремни непосредно пред нив).

Лидокаински спреј **не треба да се користи** за да се намали болката во текот на второто родилно време.

Во текот на спонтано породување не се препорачува рутинска примена на епизиотомија.

Онаму каде што е индицирана примена на епизиотомија, препорачана техника е десна медио-латерална епизиотомија која почнува од задната комисура на големите усни на срамницата, насочена под агол од 45-60°.

Епизиотомијата треба да се направи доколку постои потреба од изведување на вагинална акушерска операција или доколку постои загрозеност на плодот.

Претходно потврдена техника на локална анестезија треба да се примени пред изведувањето на епизиотомијата, освен во ситуации во кои истата треба итно да се направи заради акутно загрозување на феталното здравје.

Родилките со сериозна траума на перинеумот во текот на претходното породување треба да бидат информирани дека ризикот од повторна траума во предстојното породување не е поголем од постоечкиот ризик кај прворотките.

Епизиотомијата не треба да се прави рутински кај родилки со руптура на перинеумот од III или IV степен во претходното породување.

Со цел, родилката кој во претходното породување имала руптура на перинеумот од III или IV степен, да биде адекватно информирана за модалитетот на претстоечкото породување, во разговорот треба да се опфати:

- Постоечка инконтиненција или ургентност во задршката на екскретите
- Степенот на претходната траума
- Ризикот од повторно настанување
- Успехот на техниката за репарација
- Психолошкиот ефект од претходната траума
- Водењето на породувањето.

## **НОРМАЛНО ПОРОДУВАЊЕ: ТРЕТО, ПЛАЦЕНТАРНО РОДИЛНО ВРЕМЕ**

- Дефиниција и времетраење на третото родилно време

За целите на ова упатство се препорачуваат следниве дефиниции:

- Третото родилно време го опфаќа периодот од породувањето на новороденото до експулзијата на постелката и околуплодовите обвивки
- Активното водење на третото родилно време опфаќа пакет мерки кој ги опфаќа сите три долунаведени компоненти:
  - Рутинска администрација на утеротонични агенси
  - Рано клемување и пресекување на папочната врвца
  - Контролирана тракција за папочната врвца.
- Физиолошкиот пристап во водењето на третото родилно време вклучува пакет мерки во кој се вклучени сите долунаведени компоненти:
  - Без рутинска употреба на утеротонични агенси
  - Клемување на папочната врвца по престанок на пулсациите
  - Породување на постелката со активно учество на родилката.

Третото родилно време се смета за пролонгирано доколку истото не заврши за 30 мин. од раѓањето на плодот, во услови на активно водење т.е. 60 минути од породувањето во услови на т.н физиолошки пристап.

- Надзор во трето родилно време

Акушерскиот надзор на породената жена во текот на третото родилно време опфаќа:

- Мониторинг на општата состојба на родилката преку следење на бојата на кожата и видливите лигавици, респирациите и изразот на субјективното чувство содржан во изјавите на родилката за нејзината состојба
- Мониторинг на крвозагубата.

Како дополнување, во услови на крварење, сомневање за задржани делови од постелката или кардио-циркулаторен колапс на родилката, потребен е почест мониторинг со цел навремено преземање на мерки за ресуститација.

- Физиолошки пристап и активно водење на трето родилно време

Се препорачува активно водење на третото родилно време, што опфаќа ИВ апликација на 2 И.Е окситоцин, проследено со клемување и пресекување на папочната врвка и контролирана тракција преку истата.

Родилката треба да биде известена дека активното водење на третото родилно време го скратува неговото времетраење и го намалува ризикот од постпартална хеморагија.

Родилките со низок ризик за постпартална хеморагија кои бараат физиолошки пристап во менаџирањето на третото родилно време, треба да бидат поддржани во нивното барање.

Промена на пристапот од физиолошко кон активно водење на третото родилно време е потребен во случаи на:

- Крварење
- Немојност за породување на постелката и после 1 час
- Желба на родилката за скратување на третото родилно време

Тракцијата на папочната врвка и притисокот врз матката треба да се применуваат само по администрација на утеротоник, во рамките на активното водење на третото родилно време.

Рутинска апликација на Окситоцин интраумбиликално и рутинска примена на простагландини во третото родилно време не се препорачува.

## **НОРМАЛНО ПОРОДУВАЊЕ: ГРИЖА ЗА МАЈКАТА НЕПОСРЕДНО ПО ПОРОДУВАЊЕТО**

- Иницијална проценка на мајката по породувањето

Надзорот на родилката по раѓањето на детето треба да опфати:

- Мониторинг на мајката: температура, пулс, крвен притисок, контрактилност на матката, лохии
  - Преглед на постелката и околуплодовите обвивки: проценка на нивната состојба и структура; преглед на крвните садови на папочната врвка и проценка на целокупноста
  - Рана проценка на емоционално/психолошкиот одговор на мајката на породувањето и раѓањето
  - Мониторинг на спонтаното празнење на мочниот меур
- Грижа за перинеумот

Перинеалната и/или гениталната траума предизвикани било од раскин на перинеумот или направенат епизиотомија треба да се класифицираат по следниве критериуми:

- Прв степен - повреда само на кожата.
- Втор степен - повреда на мускулатурата на перинеумо, без зафаќање на аналниот сфинктер.
- Трет степен - повреда на перинеумот со зафаќање на аналниот сфинктерен комплекс, и тоа:
  - III a - раскин на помалку од 50% од дебелината на надворешниот анален сфинктер
  - III b - раскин на повеќе од 50% од дебелината на надворешниот анален сфинктер
  - III c - раскин на внатрешниот анален сфинктер
- Четврти степен - повреда на перинеумот која го зафаќа аналниот сфинктерен комплекс (надворешен и внатрешен сфинктер на анусот) и се шири на лигавицата на анусот и ректумот.

Пред да направи проценка на екстензитетот на гениталната траума, здравствениот работник треба:

- Да и објасни на родилката што планира да направи и зошто;
- Да обезбеди задоволително осветлување;
- Да ја постави родилката во положба која е комотна за неа, а исторемено обезбедува соодветна експозиција на гениталната регија.

Иницијалниот преглед треба да се изведува нежно и со внимание, по можност во периодот непосредно по породувањето.

Доколку со иницијалниот преглед се дијагностицира присуство на генитална траума, потребна е понатамошна систематска евалуација која ќе вклучи и преглед на ректумот (ректално туше).

Систематската проценка на гениталната траума треба да опфати:

- Понатамошно објаснување за планираната постапка;

- Потврда од родилката дека применетата локална или регионална анестезија задоволува;
- Визуелна проценка на екстензитетот на перинеалната траума со цел да се процени кој стуктури се зафатени, да се детерминира положбата на врвот на повредаат и да се процени степенот на крварењето;
- Ректален преглед за проценка на зафаќањето на надворешниот и/или внатрешниот сфинктер на анусот.

Времето во кое се врши проценка на перинеалната траума не треба да интерферира со времето за воспоставување на контактот мајка - дете, освен во ситуациите во кој екстензитетот на крварењето бара итно згрижување на повредата.

Родилката треба да биде поставена во литотомна положба со што ќе се создадат услови за задоволителна визуелна проценка на степенот на траумата, а ќе се обезбеди и соодветен пристап кон повредата.

Родилката треба да се задржи во оваа положба само онолку долго колку што е потребно за да се направи проценка и згрижување на повредата.

Доколку се појави несигурност за типот и екстензитетот на повредата, здравствениот работник е должен да побара помош од поiskusен нареден колега.

Резултатите од систематската проценка треба да бидат уредно документирани.

На жената треба да и се советува дека и во случај на раскин на перинеумот од I степен, раната треба соодветно да се згрижи и сошије, со што ќе се овозможи побрзо заздравување, освен во случаите кога рабовите на повредената кожа меѓусебно добро се допираат.

На жената треба да и се предочи дека во случај на повреда на перинеумот од II степен, повредата треба соодветно да се згрижи за да се олесни нејзиното заздравување.

Згрижувањето на повредата треба да се направи колку што е можно побрзо за да се минимизира ризикот од накалемување на инфекција и за да се намали крвозагубата.

Згрижувањето на повредите на перинеумот треба да се прави само по претходно аплицирана инфилтративна анестезија со максимум 20 ml 1% Lidocaine, или по претходно потенцирање на претходно аплицираната регионална аналгезија.

Доколку во било кој момент родилката се пожали на несоодветна супресија на болката, треба да се преземат мерки за корекција.

Доколку во текот на згигувањето на мускулната траума кај перинеалните руптури од II степен се постигне задоволителна адаптација на кожата и приближување на рабовите, сутура на кожата не е потребна.

При згрижувањето на повредите треба да се применува техника на континуиран шев без префрлување, кога се во прашање сидот на вагината и перинеалната мускулатура.

За згрижување на повредите на перинеумот, треба да се користи синтетски ресорптивен сутурен материјал.



При згрижување на перинеалните повреди, потребно е лекарот да се придржува кон следниве базични принципи:

- Перинеалната повреда треба да се згрижи со примена на асептична техника
- Потребно е да се направи проверка на опремата, а иглите и тупферите (газите) да се пребројат пред и по завршувањето на интервенцијата
- Неопходно е добро осветлување на оперативното поле за успешно распознавање на анатомските елементи
- Поекстензивните повреди треба да се згрижуваат во операциона сала со примена на регионална или општа анестезија, во присуство или со помош на поiskusен колега. Во таква ситуација треба да се аплицира и уринарен катетер за да се превенира појавата на ретенција на урината во следните 24 часа
- Треба да се внимава на постигнување на задоволителна анатомска реституција со акцент и на козметскиот момент
- По завршувањето на интервенцијата, треба да се направи ректален преглед за да се исклучи акцидентално понижување на ректалната мукоза со пласираните шавови.
- По завршувањето на процедурата треба да се подготви оперативен протокол во кој ќе се наведе екстензитетот на повредата, методата за нејзино згрижување и употребениот сутурен материјал
- На родилката треба да и се дадат информации за опсежноста на повредата, употребата на аналгетска терапија, совети за препорачаниот хигиено-диететски режим и важноста на вежбите за јакнење на карличното дно.

По згрижување на перинеални повреди од I и II степен, треба да се препорача рутинска ректална апликација на нестероидни антиинфламаторни антиреуматици, кај родилките кај кои овие лекови не се контраиндицирани.

## **РУПТУРА НА ОКОЛУПЛОДОВИТЕ ОБВИВКИ КАЈ НЕЗАПОЧНАТО ПОРОДУВАЊЕ**

- Руптура на околуплодовите обвивки кај терминска бременост во услови на незапочнато породување

Доколку родилката не е сигурна во своето тврдење за руптура на околуплодовите обвивки, треба да и се понуди преглед под спекулум за диференцијација на состојбата. Дигитален вагинален преглед, при отсуство на утерини контакти треба да се избегнува.

На родилката со руптура на околуплодовите обвивки кај терминска бременост во услови на незапочнато породување треба да и се предочи дека:

- Ризикот од сериозна неонатална инфекција изнесува 1%, наспроти 0,5% кај родилките со интактни мембрани;
- Кај 60% од овие родилки, породувањето ќе започне во следните 24 часа;

- За индукција на породувањето може да се размислува по истекот на 24 часа од руптура на околуплодовите обвивки.

Феталните движења и феталната срцева акција треба да бидат регистрирани и проценети при првиот контакт по настанатата спонтана руптура на околуплодовите обвивки, а потоа на секои 24 часа до започнување на породувањето. На родилката треба да и се укаже на потребата од мониторинг на феталните движења. Секое намалување во подвижноста на плодот треба веднаш да се пријави.

Доколку породувањето не започне во првите 24 часа, на родилката и се препорачува породувањето да се одвива во установа со неонатолошка служба, и престој во институцијата најмалку 24 часа по породувањето.

При руптура на околуплодовите обвивки подолго од 6 часа, се применува рутинска администрација на антибиотици, **освен ако постои податок за негативни микробиолошки брисеви.**

Доколку постојат јасни знаци на инфекција, се препорачува i.v. апликација на антибиотици со широк спектар на делување.

Родилките со предвремена руптура на околуплодовите обвивки се советуваат да го известат одговорниот здравствен работник за секоја сомнителна промена во состојбата на новороденото во првите 5 дена по породувањето, особено во првите 12 часа, кога ризикот од инфекција е најголем.

## **МЕКОНИЈАЛНА ОКОЛУПЛОДОВА ВОДА**

- Мониторинг и третман на родилки со меконијална околуплодова вода (ОПВ)

Континуиран СТГ мониторинг се препорачува кај родилките со изразена меконијална контаминација на околуплодовата вода (густа меконијална ОПВ), што е дефинирана како темно зелена или црна, густа или вискозна ОПВ или ОПВ со бројни партикли на мекониум.

Континуиран СТГ мониторинг се препорачува и кај родилки со свежа меконијална контаминација на ОПВ зависно од показателите за проценка на ризикот кои вклучуваат: паритет, количество на ОПВ, фаза на породувањето, карактеристики на СТГ-от запис. По потреба, да се планира и трансфер во здравствена установа од повисоко ниво.

Не се препорачува изведување на амнионинфузија во случај на меконијална ОПВ.

## КОМПЛИКУВАНО ПОРОДУВАЊЕ: МОНИТОРИНГ НА ПЛОДОТ ВО ТЕКОТ НА ПОРОДУВАЊЕТО

- Пациент, мобилност и фетален кардиотокографски мониторинг

Родилката треба да биде информирана дека континуираниот фетален мониторинг го намалува морбидитетот, но ја ограничува нејзината подвижност.

- Фетална кардиотокографија и зачувување на податоците

Со цел да се обезбеди прецизност во регистрирањето и зачувувањето на податоците од феталниот мониторинг, потребно е придржување кон следниве упатства:

- Датумот и часот на кардиотокографот треба да бидат соодветно сетирани.
  - На кардиотокограмот треба читко да се испише името на родилката, датумот и името на институцијата.
  - Сите случувања во текот на породувањето кои може да имаат влијание врз карактеристиките на кардиотокограмот, треба да бидат уредно нотирани на печатениот запис, со забележување на датумот и времето (на пр.: вагинален преглед, земање примерок од феталната крв, администрација на епидурална аналгезија).
  - Секој член на медицинскиот тим од кого ќе биде побарано да направи проценка на кардиотокографскиот запис, своето мислење, покрај во медицинската историја на родилката (на декурсна листа) треба да го нотира и на печатениот запис со потенцирање на времето и датумот, и истото да го завери со своерачен потпис.
  - По породувањето, одговорното медицинско лице, на печатениот запис треба да ги нотира следниве податоци: датум, час и начин на завршување на породувањето.
  - Кардиотокограмот (печатениот запис) треба уредно да биде сочуван во медицинската историја на родилката на крајот на мониторингот.
- Интерпретација на кардиотокографскиот запис (на резултатот од електронскиот фетален мониторинг)

Во подолу дадените табели (7 и 8) се наведени дефинициите и критериумите за проценка на кардиотокографскиот запис.

**Табела 7.** Дефиниција на нормален, сомнителен и патолошки кардиотокограм

Категорија	Дефиниција
Нормален	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Кардиотокографски запис во кој сите мониторираните параметри се движат во рамките на референтните вредности</li></ul>
Сомнителен	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Кардиотокографски запис во кој еден од мониторираните параметри излегува од рамките на референтните граници и се означува како сомнителен, додека останатите параметри се отценети за нормални</li></ul>
Патолошки	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Кардиотокографски запис во кој два или повеќе параметри се означуваат како сомнителни или еден или повеќе параметри се означуваат како абнормални т.е патолошки</li></ul>

**Табела 8.** Класификација на параметрите на кардиотокографскиот запис

Параметар	Базална Фреквенција	Варијабилност (осцилаторна амплитуда)	Осцилаторна фреквенција (нулти пролази)	Децелерации	Акцелерации
Нормален	110 - 160 у/мин	$\geq 5$ (10 - 30) <sup>2</sup>	> 6	Нема	Спорадични (повеќе од 2)
Сомнителен	100 - 109 у/мин 161-180 у/мин	> 5 во период од 40 - 90 мин. (5 - 10 или > 30)	2- 6	Единечна пролонгирана децелерација во времетраење до 3 мин  Периодични децелерации со повеќе од 50% од контракциите во времетраење над 90 мин.	Периодични
Абнормален (патолошки)	< 100 у/мин >180 у/мин синусоиден запис $\geq 10$ мин.	< 5 во период од 90 мин.	< 2	Периодични варијабилни децелерации со лоши прогностички критериуми со повеќе од 50% од контракциите во период подолг од 30 мин.  Единечна пролонгирана децелерација во времетраење над 3 мин.  Доцни децелерации со три последователни контракции <sup>3</sup>	Отсутни <sup>4</sup>

<sup>2</sup> Во заградите се дадени вредностите за поединечните параметри прифатени во Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство – Скопје

<sup>3</sup> Критериум прифатен на Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство – Скопје

<sup>4</sup> Според критериумите на NICE, отсуството на децелерации во услови на нормални останати параметри на кардиотокограмот е од необјаснето значење

Дополнителни информации за класификација на резултатите од кардиотокографскиот мониторинг:

- Присутвото на спорадични акцелерации во услови на намалена варијабилност го категоризира записот како нормален
- Појавата на вистински униформни рани децелерации е ретка и бенигна, па според тоа без посебно значење
- Најголемиот дел од децелерациите во текот на породувањето се од типот варијабилни децелерации
- Во случај на брадикардија подолга од 3 минути, потребно е да се преземат подготвителни чекори за евентуално итно завршување на породувањето, категоризирано како породување од прва категорија. Доколку настапи стабилизација и нормализација на феталната срцева фреквенција (ФСФ) во период од 9 минути одлуката за породување треба да се одложи во соработка со родилката. Доколку во период од 9 минути не настапи нормализација на ФСФ треба да се пристапи кон итно завршување на породувањето.
- Фетална тахикардија од 160 - 180 у/мин, при присутни акцелерации и отсуство на други неповолни дијагностички критериуми, не го категоризира записот како сомнителен. Од друга страна, порастот на базалната фреквенција во услови на присуство на дополнителни неповолни дијагностички (сомнителни или патолошки) критериуми, треба да го подигне нивото на готовност.

Кај родилките на континуиран кардиотокографски мониторинг, потребно е бележење (документирање) на резултатот од проценката на кардиотокографскиот запис, базирано на погоре дадените дефиниции и критериуми, на секои 60 минути.

При настап на епизода на патолошки промени на кардиотокограмот, доколку родилката е во лежечка положба на грб, се советува латерализација во лева бочна положба.

Пролонгираната кислородна поддршка на маска кај мајката, може да биде штетна за плодот и треба да се избегнува. Сè уште нема податоци од бенефитот на краткотрајната кислородна поддршка кај мајката во услови на суспектна фетална загрозеност.

При појава на абнормален (патолошки) СТГ запис во услови на манифестна утерина хиперконтрактилност (хиперптонус, полисистолија, хипресистолија) која не е условена од употреба на утеротонична терапија (Окситоцин), се советува примена на акутна токолиза. Препорачана терапија е субкутана (SC) администрација на 0,25 µg Fenoterol (Partussisen).

Во случај на сомнителна или акутна компромитираност на фетална состојба, породувањето треба да се заврши во временски период соодветен за состојбата на плодот.

Континуиран кардиотокографски мониторинг во услови на окситоцинска стимулација:

- Доколку СТГ записот е нормален, окситоцината стимулација може да се продолжи до постигнување на задоволителен утерин активитет од 4-5 контракции во 10 мин. Доколку фреквенцијата на контракциите е поголема од 5 / 10 мин, дозата на окситоцинонот треба да се намали.
  - Доколку СТГ записот се категоризира како сомнителен, потреба е консултација со гинеколог-акушер, а дозата на окситоцинонот треба да се зголемува до постигнување на задоволителен утерин активитет од 4-5 контракции / 10 минути.
  - Доколку СТГ записот се категоризира ако патолошки, потребно е да се прекине понатамошната окситоцинска стимулација сè додека, по претходна проценка на состојбата на плодот од гинеколог - акушер, не биде повторно назначена.
- Прилог кон континуиранот кардиотокографски мониторинг со испитување на примерок од феталната крв (фетална рН-метрија)

Дигиталната стимулација преку феталниот скалп во текот на вагиналниот преглед треба да се смета за прилог кон континуиранот кардиотокографски мониторинг.

Доколку постои сомневање за интраутерина фетална смрт и покрај присуството на очевиден запис на кардиотокограмот, вијабилноста на плодот треба да се потврди со примена на real-time ултразвук.

Доколку не постои очигледен доказ за акутна фетална загрозеност, во услови на патолошки СТГ запис, се препорачува земање на примерок од фетална крв за фетална рН-метрија.

Доколку се размислува за инструментално завршување на породувањето заради патолошки СТГ запис, во случаите на очекувана фетална ацидоза, а не постојат технички пречки или други контраиндикации, се препорачува земање на примерок од фетална крв за фетална рН-метрија.

Во случај на евидентна акутна фетална загрозеност (фетална брадикардија) не се препорачува земање примерок од феталната крв, туку се наложува преземање на итни мерки за завршување на породувањето.

При земање примерок од феталната крв, родилката треба да биде поставена во лева бочна положба.

**Табела 9.** Класификација на резултатите од феталната рН-метрија<sup>5</sup>

рН	Интерпретација на резултатот
≥ 7, 25	Нормален
7, 21 - 7, 24	Граничен
≤ 7, 20	Абнормален (ацидоза)

<sup>5</sup> Резултатите треба да се резгледуваат во корелација со претходните резултати од феталната рН метрија, напредокот на породувањето и клиничката состојба на родилката и плодот

Во случај на абнормален резултат, неопходна е консултација со гинеколог акушер.

Доколку резултатот е нормален ( $pH \geq 7, 25$ ), но кардиотокографскиот запис и понатаму е патолошки, повторно земање на фетална крв се препорачува пред истекот на 1 час, или порано доколку се појават дополнителни абнормалности во кардиотокографскиот запис.

Во случај на граничен резултат ( $pH = 7, 21-7, 24$ ), но кардиотокографскиот запис и понатаму е патолошки, повторно земање на фетална крв се препорачува пред истекот на 30 минути, или порано доколку се појават дополнителни абнормалности во кардиотокографскиот запис.

Времето потребно за изведување на интервенцијата треба да се земе предвид секогаш кога се планира нејзино повторно изведување.

Доколку кардиотокографскиот запис остане непроментет, а pH вредностите на феталната крв се стабилни при повтореното земање на примерок од феталната крв, третото земање на примерок може да се одложи доколку не се манифестира понатамошно влошување на записот.

Во случаите во кои се смета дека е неопходно земање на трет примерок, потребна е претходна консултација со гинеколог - акушер.

Контраиндикациите за изведување на интервенцијата (земање на крв за фетална pH метрија) опфаќаат:

- Инфекција (ХИВ, вирусен хепатит, ХСВ) кај мајката
  - Вродени коагулопатии кај плодот (хемофилија)
  - Прематуритет (гестациска старост под 34 г.н.)
- Препораки за менаџмент во ризични ситуации при употреба на континуиран кардиотокографски мониторинг

Клиничкиот лекар треба да го земе предвид времето потребно за завршување на породувањето со примена на вагинална акушерска операција или царски рез, при донесувањето на одлуките кои се базираат на кардиотокографскиот запис, а се однесуваат на состојбата на плодот во текот на породувањето.

Не се препорачува рутинско земање на фетална крв од папочната врвка доколку не постои сомневање за нарушување на хомеостазата на новороденото во текот на раѓањето или непосредно по раѓањето.

Доколку постои потреба за земање крв од папочната врвка потребно е да се обезбеди двојно клемување на истата. Истото треба да биде достапно во сите услови во кои се планира породувањето.