



Crna Gora
Ministarstvo zdravlja

Nacionalne smjernice dobre kliničke prakse

Klinički vodič

Carski rez

Februar, 2015.

Klinički vodič

Carski rez

Ministarstvo zdravlja Crne Gore

Nacionalne smjernice dobre kliničke prakse

Radna grupa za izradu i ocjenu kliničkih vodiča za carski rez

Predsjednik Radne grupe:

Mr sc. Mira Jovanovski Dašić, generalni direktor Direktorata za bioetiku i međunarodnu saradnju u Ministarstvu zdravlja Crne Gore

Članovi Radne grupe:

Prof. dr Snežana Crnogorac, spec. ginekolog akušer

Dr sc. med. Gordana Vukčević, spec. ginekolog akušer

Mr sc. Sanja Simović, generalni direktor Direktorata za kontrolu i unapređenje kvaliteta u Ministarstvu zdravlja Crne Gore

Dr Milovan Jovanović, spec. ginekolog, Dom zdravlja Podgorica

Prim. dr Zoran Jovančević, spec. anesteziolog, Klinički centar Crne Gore

Mirjana Đuranović, dipl. pravnik, Ministarstvo zdravlja Crne Gore

Naslov originala:

Caesarean section

Issue date: November 2011 last modified: August 2012

NICE clinical guideline 132

guidance.nice.org.uk/cg132

National Institute for Health and Clinical Excellence

MidCity Place

71 High Holborn

London

WC1V 6NA



Ova publikacija je objavljena uz finansijsku podršku kancelarije UNICEF-a u Crnoj Gori. Publikacija ne mora nužno da odražava stavove UNICEF-a.

Izdavač: Ministarstvo zdravlja Crne Gore ©2014

Tehnička priprema i dizajn: Aleksandar Klimović

Štampa: „Štamparija Ostojić“ Podgorica

Tiraž: 35 primjeraka

CIP - Каталогизација у публикацији

Национална библиотека Црне Горе, Цетиње

ISBN 978-9940-632-12-0

COBISS.CG-ID 26181392

Uvodna riječ



U skladu sa Analizom za perinatalnu zaštitu (Ocjena bezbjednosti i kvaliteta bolničke njege majki i novorođenčadi u Crnoj Gori - Plan aktivnosti za unapređenje kvaliteta perinatalne njege), Strategijom za seksualno i reproduktivno zdravlje i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Ministarstvo zdravlja je u saradnji sa UNICEF-om izradilo Vodič za carski rez.

Kliničke smjernice (vodiči dobre prakse) su sistematski razvijeni dokazi koji pomažu ljekarima i pacijentima u donošenju odluka o odgovarajućoj zdravstvenoj zaštiti u specifičnoj kliničkoj situaciji. Njihov cilj je ostvarivanje dobrobiti, kako za korisnike i pružaoce zdravstvene zaštite, tako i za zdravstveni sistem u cjelini.

Radna grupa za izradu kliničkih protokola i smjernica i razvoj sistema osiguranja kvaliteta je odabrala teme i imenovala radne grupe za izradu protokola i smjernica za bolesti i stanja koje su našoj zemlji od najvećeg, ne samo zdravstvenog nego i socijalno-ekonomskog značaja. Osnovni zadatak njihove izrade je predstavljanje najnovijih rezultata naučnih istraživanja u oblasti medicinskih nauka iz podataka dobijenih pretragom literature („*evidence based medicine*” - medicina zasnovana na dokazima), a u kontekstu specifičnosti zdravstvenog sistema Crne Gore, kako bi se obezbijedila njihova implementacija u našem sistemu zdravstvene zaštite.

Razvijanje novih i revidiranje postojećih vodiča predstavljaće kontinuiran proces, kako bi se obuhvatile različite oblasti medicine i zdravstvene zaštite, u skladu sa najnovijim naučnim saznanjima i dokazima.

Izrada nacionalnih vodiča u Crnoj Gori predstavlja pionirski posao, obavljen uz entuzijazam i posvećenost svih učesnika. Izražavam nadu da će smjernice svoj puni i pravi doprinos ostvariti onda kad zažive u svakodnevnoj praksi, čime će unaprijediti kvalitet zdravstvene zaštite i stvoriti uslove da njeni ishodi budu korisni i isplativi. Na taj način približićemo se jednom od bazičnih ciljeva reforme sektora zdravstva da u fokusu uvijek bude pacijent i njegove potrebe.

RUKOVODILAC MINISTARSTVA ZDRAVLJA
Dr Suad Numanović
Ministar za ljudska i manjinska prava

Sadržaj

Uvodna riječ.....	3
Uvod	7
Trudnica u centru zdravstvene zaštite	8
Ključni prioriteti za implementaciju.....	9
1. Vodič.....	11
1.1 Trudnice u centru zdravstvene zaštite.....	11
1.2 Planirani SC.....	13
1.3 Faktori koji utiču na mogućnost SC za vrijeme porođaja.....	18
1.4 Proceduralni aspekti SC	19
1.5 Njega beba rođenih SC	26
1.6 Njega žene nakon SC.....	26
1.7 Oporavak nakon SC	28
1.8 Trudnoća i porođaj nakon SC.....	30
2. Napomene o cilju Vodiča	31
3. Implementacija	32
4. Preporuke za istraživanje	32
4.1 Interval od odluke do pružanja usluge (kategorija 1 hitnosti)	32
4.2 Interval od odluke do pružanja usluge (kategorija 2 hitnost)	33
4.3 Državne supervizije	35
4.4 Zahtjev majke za SC	36
4.5 Rizici i koristi od SC.....	37
5. Druge verzije ovih vodiča.....	39
5.1 Cjelokupni vodič	39
5.2 NICE mreža	39
5.3 Informacija za javnost.....	39
6. Povezani NICE vodiči	40
7. Ažuriranje vodiča	41
Prilog A: Grupa koja je pripremila Vodič, Nacionalni Centar za saradnju i NICE projekt tim.....	42
Grupa koja je pripremila Vodič	42
Nacionalni Centar za saradnju za zdravlje žena i djece.....	42

NICE projektni tim.....	43
Prilog B: Panel pregleda Vodiča.....	44
Prilog C: Poređenje SC sa planiranim vaginalnim porođajem.....	45
Izmjene nakon publikacije	52
O vodiču	53

Skraćenice

SC (*Sectio caesarea*) carski rez

MR Magnetna rezonanca

HSV Herpes simplex virus

CTG (*Cardiotocography*) elektronski fetalni monitoring - kardiokografija

NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*) neonatalna jedinica intenzivnog liječenja

Metodologija razvoja vodiča / usvajanje / adaptacija je sprovedena u skladu sa principima medicine zasnovane na dokazima.

Ministarstvo zdravlja Crne Gore je osnovalo Nacionalnu stručnu komisiju koja je, u skladu sa ovim principima, izabrala najpogodnije vodiče, koji su eksplicitno predstavili svoju metodologiju razvoja vodiča, nivo dokaza i preporuke.

Vodič za Carski rez koji je objavio NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) izabran je među svim raspoloživim o istoj temi, kao najprikladniji za temu Carskog reza.

Radna grupa za adaptaciju vodiča

Uvod

Ovaj vodič je napisan kako bi obezbijedio univerzalnu zdravstvenu zaštitu žene koja:

- je imala prethodno SC i sada je ponovo trudna
- ima kliničke indikacije za SC ili
- se planira za SC iako nema drugih indikacija.

Vodič pruža na dokazima zasnovane informacije zdravstvenim radnicima i trudnicama o:

- rizicima i koristima planiranog SC u poređenju sa planiranim vaginalnim porođajem
- specifičnim indikacijama za SC
- efikasnom praćenju kako bi se izbjegao SC
- anesteziološkom i hirurškom aspektu zaštite
- intervencijama koje smanjuju morbiditet od SC
- organizacionim i faktorima uticaja sredine koji utiču na stopu SC

Radi ažuriranja, vodič obrađuje brojne teme gdje postoje novi podaci koji imaju uticaja na originalne preporuke. Ove teme su nabrojane u „O vodiču“.

Ovaj vodič ne definiše prihvatljivost stope SC, već ima za svrhu da omogući zdravstvenim radnicima odgovarajuće istraživačke podatke kako bi savjetovali trudnice i njihove porodice. To omogućava trudnicama da budu dobro informisane i da donesu odgovarajuću odluku.

Vodič pretpostavlja da će oni koji prepisuju lijekove koristiti uputstvo proizvoda i njegove karakteristike kako bi pružili informacije kod donošenja odluke za pojedine pacijentkinje.

Trudnica u centru zdravstvene zaštite

Vodič nudi najbolje praktične savjete o zdravstvenoj zaštiti trudnica koje zahtijevaju SC.

Liječenje i zdravstvena zaštita trebaju da uzmu u obzir potrebe i izbor trudnice. Trudnici treba ponuditi informacije zasnovane na dokazima i podršku što će joj omogućiti donošenje odluke o njoj zdravstvenoj zaštiti i liječenju. Ako trudnica nema sposobnosti za donošenje odluke, zdravstveni radnici treba da se pridržavaju važećih propisa o saglasnosti za odluku za pristanak ili odbijanje liječenja.¹

Ako je trudnica mlađa od 16 godina, zdravstveni radnici trebaju da se pridržavaju "Traženju saglasnosti: rad sa djecom".²

Dobra komunikacija između zdravstvenih radnika i trudnice je od ključnog značaja. Treba da bude bazirana na pisanim i na informacijama zasnovanim na dokazima koji su po mjeri trudnice. Liječenje i zdravstvena zaštita, kao i informacije date trudnici, trebaju da budu u skladu sa kulturološkim stavovima. Takođe treba da budu dostupne trudnicama sa posebnim potrebama kao što su fizičke, emocionalne ili sa smetnjama u učenju, kao i trudnicama koje ne govore ili čitaju jezik koji se govori u Crnoj Gori.

Ako se trudnica slaže, porodice i zdravstveni radnici imaju mogućnost da budu uključeni u razgovore i odluke o liječenju i zdravstvenoj zaštiti.

Porodica i zdravstveni radnici trebaju takođe da pruže trudnici informacije i potrebnu podršku.

¹ U originalnoj verziji vodiča, odnosi se na savjet i saglasnost Skupštine Velsa

² U Crnoj Gori saglasnost daju roditelji ili staratelji

Ključni prioriteti za implementaciju

Sledeće preporuke su određene kao prioritetne za implementaciju.

Značajno adherentna posteljica

- Ako kolor Dopler ultrazvuk uputi na značajno adhetrentnu posteljicu potrebno je:
 - Razgovarati sa trudnicom o dodatnom nalazu magnetne rezonance koji će uz ultrazvuk pomoći da se dijagnostikuje značajno adhetrentna posteljica i pojasni stepen invazije.
 - Objasniti trudnici šta da očekuje tokom procedure magnetne rezonance
 - Objasniti trudnici da sadašnja iskustva pokazuju da je magnetna rezonanca bezbjedna, ali da postoji nedostatak dokaza o dugoročnim rizicima po bebu
 - Ponuditi magnetnu rezonancu trudnici ako joj je prihvatljiva **[novo 2011]**

Prenošenje HIV-a sa majke na dijete

- Ne nuditi SC na osnovu HIV statusa kao prevenciju prenošenja HIV-a sa majke na dijete:
 - Trudnici koja je na aktivnoj anti-retroviralnoj terapiji (HAART) sa manjom količinom virusa od 400 kopija po mililitru **ili**
 - Trudnici na bilo kojoj anti-retroviralnoj terapiji sa manjom količinom virusa od 50 kopija po mililitru.

Informisati trudnicu da u ovim okolnostima rizik od HIV prenosa je isti za SC i vaginalni porođaj. **[novo 2011]**

Zahtjev trudnice za SC

- Kada trudnica zahtijeva SC zbog straha od porođaja, preporučiti da se uputi medicinskom stručnjaku za mentalno zdravlje sa iskustvom u perinatologiji.
- Ako trudnica zahtijeva SC i nakon razgovora i ponude podrške (uključujući perinatalnu mentalnu podršku za trudnice sa strahom od porođaja) i vaginalni porođaj još uvijek nije prihvatljiva opcija, ponudite SC porođaj. **[novo 2011]³**
- Akušer koji ne želi da radi SC treba da uputi trudnicu akušeru koji će obaviti SC. **[novo 2011]⁴**

³ Za sada u Crnoj Gori ova mogućnost nije data ali je preporuka da Udruženje akušera Crne Gore razmotri i predloži tu mogućnost.

⁴ Za sada u Crnoj Gori ova mogućnost nije data ali je preporuka da Udruženje akušera Crne Gore razmotri i predloži tu mogućnost.

Interval od donošenja odluke do izvođenja neplaniranog SC

Rukovoditi se preporučenom dužinom intervala od odluke do izvođenja SC za procjenu rada porodilišta:

- 30 minuta za kategoriju 1 SC
- 30 i 75 minuta za kategoriju 2 SC.

Ove standarde koristiti kao revizorske a ne za prosuđivanja timskog izvođenja bilo kojeg pojedinačnog SC. **[novo 2011]**

Vrijeme upotrebe antibiotika tokom SC

- Ponuditi trudnici profilaktički antibiotik kojoj se radi SC prije reza na koži. Objasniti trudnici da to smanjuje rizik od maternalne infekcije više nego profiaktički antibiotici koji se daju nakon reza na koži, kao i da je dokazano da nema negativnog uticaja na bebu. **[novo 2011]**
- Ponuditi trudnici kojoj se radi SC profilaktički antibiotik radi smanjenja rizika od postoperativne infekcije. Izaberite antibiotik koji je djelotvoran kod endometritisa, kod infekcija urinarnog trakta i rane, a koji se javljaju kod 8% žena koje su imale SC. **[novo 2011]**
- Ne koristiti protokol sa amoxiclav-om kada se daje antibiotik prije reza na koži. **[novo 2011]**

Oporavak nakon SC

- Još dok su porodilje u bolnici nakon SC treba im omogućiti da razgovaraju sa zdravstvenim radnicima o indikacijama za SC i pružiti im usmene i štampane informacije o porođajnim opcijama u narednim trudnoćama. Ako trudnici više odgovara, dostavite joj kasnije ove podatke.

Trudnoća i porođaj nakon SC

Informisati trudnice koje su imale četiri i više SC da u sledećoj trudnoći rizik od povišene temperature, povrede bešike i hirurških povreda ne zavise od modaliteta porođaja, a da je rizik od ruptуре materice iako rijedak češći kod planiranog vaginalnog porođaja. **[novo 2011]**⁵

⁵ U Crnoj Gori se ne preporučuje vaginalni porođaj nakon četiri SC

1. Vodič

Ovaj vodič je zasnovan na najboljim dostupnim dokazima. Širi vodič pruža detalje i dokaze o metodama koje su korišćene za izradu vodiča.⁶

Preporuke 1.3.1.1 i 1.3.1.2 su uklonjene iz ovog vodiča. Vidjeti promjene nakon objavljivanja za dalje detalje.

1.1 Trudnice u centru zdravstvene zaštite

1.1.1 Pružanje informacija

1.1.1.1 Trudnici treba ponuditi na dokazima zasnovane informacije i podršku koja će im omogućiti da na osnovu toga donesu odluku o nacinu porođaja . Shvatanja i mišljenje trudnice treba da bude integralni dio u procesu donošenja odluke. **[2004]**

1.1.1.2 Pružiti svim trudnicama informacije o SC zasnovane na dokazima u toku antenatalnog perioda, jer jedna od četiri trudnice imaće SC. Uključiti informacije o SC kao što su:

- indikacije za SC (kao što je moguća fetalna ugroženost, ne napredovanje u porođaju, karlična prezentacija
- što predviđa procedura SC
- propratni rizici i koristi
- uticaj na buduće trudnoće i porođaje nakon SC. **[novo 2011]**

1.1.1.3 Razgovor i informisanje treba pružiti u obliku koji je prihvatljiv za trudnicu, uzimajući u obzir informisanost i kulturološke potrebe manjinskih zajednica i trudnice kojima crnogorski nije maternji ili koje ne umiju da čitaju, trudnice sa posebnim potrebama ili imaju teškoće u razvoju.⁷

⁶ Dostupan je širi oblik ovog Vodiča

⁷ U originalnoj verziji Vodiča odnosi se na engleski jezik

1.1.2 Planiranje načina porođaja

- 1.1.2.1 Razgovor sa trudnicom o rizicima i prednosti od SC ili vaginalnog porođaja, uzimajući u obzir njihove okolnosti, brigu/interes, prioritete i planove za buduće trudnoće (uključujući rizike i problem sa placentom kod ponovljenih SC) (vidjeti dodatak A i 1.7.1.8). **[novo 2011]**

Dodatak A Planirani SC u poređenju sa planiranim vaginalnim porođajem kod trudnice sa nekomplikovanom trudnoćom i bez prethodnog SC

Planirani SC može da smanji sledeće rizike kod trudnice:

- perinealni i abdominalni bol za vrijeme porođaja i tri dana nakon porođaja
- povredu vagine
- rano postpartalno krvarenje
- akušerski šok.

Planirani SC može povećati rizik kod beba od sledećeg:

- prijem u neonatalnu jedinicu intenzivnog liječenja.

Planirani SC može povećati rizik za trudnicu od sledećeg:

- dužeg ostanka u bolnici
- histerektomije usled postpartalnog krvarenja
- zastoja srca.

Za sveukupne podatke pogledati tabele 1 i 2 u dodatku C, uključujući apsolutne i relativne rizike za svaki učinak.

- 1.1.2.2 Tražiti saglasnost za SC nakon pružanja na dokazima zasnovanih informacija uz uvažavanje shvatanja i kulture trudnice, njene privatnosti, uzimajući u obzir kliničku situaciju. **[2004]**

- 1.1.2.3 Trudnica ima pravo da odbije tretman kao što je SC, čak iako je indikovano (iz razloga očuvanja zdravlja trudnice ili bebe).⁸

⁸ Predložiće se Udruženju akušera Crne Gore da pripreme uniformni formular za saglasnost ili odbijanje SC

1.2 Planirani SC

1.2.1 Karlična prezentacija

- 1.2.1.1 Trudnici koja ima nekomplikovanu jednoplodnu trudnoću sa 36 nedelja gestacije treba ponuditi spoljni okret. Izuzetak čine trudniceu porođaju, trudnice sa ožiljkom ili anomalijom materice, rupturiranim ovojcima, vaginalnim krvarenjem ili zbog zdravstvenog stanja. [2004]⁹
- 1.2.1.2 Trudnicama sa jednoplodnom trudnoćom i karličnom prezentacijom u terminu, kod kojih je spoljni okret kontraindikovano ili je bio bez uspjeha, treba ponuditi SC jer smanjuje perinatalni mortalitet i neonatalni morbiditet. [2004]

1.2.2 Višepodne trudnoće

- 1.2.2.1 Kod nekomplikovanih blizanačkih trudnoća u terminu sa cefaličnom prezentacijom prvog blizanca perinatalni morbiditet i mortalitet je povećan za drugog blizanca. Efekat planiranog SC u poboljšanju ishoda drugog blizanca nije dokazan te SC ne treba rutinski predlagati van konteksta istraživanja. [2004]
- 1.2.2.2 Kod blizanačkih trudnoća gdje prvi bliznac nije sa cefaličnom prezentacijom efekat poboljšanja ishoda kod porođaja koji se završi SC nije dokazan ali je sadašnja praksa da se ponudi planirani SC. [2004]

1.2.3 Prijevremeni porođaj i SC

- 1.2.3.1 Prijevremeni porođaj je udružen sa većim neonatalnim morbiditetom i mortalitetom. Efekat planiranog carskog reza u poboljšanju ovog ishoda nije dokazan te se SC rutinski ne predlaže van konteksta istraživanja. [2004]

1.2.4 Plod "mali za gestacijsku dob" i SC

- 1.2.4.1 Rizik neonatalnog morbiditeta i mortaliteta je veći kod beba koje su "male za gestacijsku dob". Međutim efekat planiranog carskog reza u poboljšanju ovog ishoda ostaje neizvjestan te se SC rutinski ne predlaže van konteksta istraživanja. [2004]

⁹ U Crnoj Gori se ne preporučuje spoljni okret

1.2.5 Placenta praevia

1.2.5.1 Trudnicama sa posteljicom koja djelimično ili potpuno prekriva unutrašnje materično ušće treba ponuditi SC. **[2004. izmijenjeno 2011.]**

1.2.6 Značajno adherentna posteljica

1.2.6.1 Ako je nisko ležeća posteljica potvrđena sa 32-34 nedelje gestacije kod trudnica koje u anamnezi imaju SC ponuditi colour flow Doppler ultrazvučni pregled kao prvi dijagnostički test za utvrđivanje značajno adherentne posteljice. **[novo 2011]**

1.2.6.2 Ako *colour flow Doppler* ultrazvučni pregled ukaže na značajno adherentnu posteljicu:

- prodiskutovati sa trudnicom o većoj preciznosti magnetne rezonance (MR) kao metode za postavljanje dijagnoze značajno adherentne posteljice kao i određivanja stepena invazije.
- Objasniti trudnici što da očekuje za vrijeme procedure MR
- Informisati trudnicu da sadašnje iskustvo ukazuje da je MR bezbjedna, ali i o nedostatku dokaza o dugoročnim rizicima za plod.
- Ponuditi MR ako je prihvatljiva za ženu **[novo 2011]**¹⁰

1.2.6.3 Porazgovarati o dostupnim postupcima u porođaju sa trudnicom kod koje je postavljena sumnja na značajno adherentnu posteljicu, uključujući interakciju krvi i planirani SC uz prisustvo iskusnog akušera. **[novo 2011]**

1.2.6.4 Pri izvođenju SC kod trudnica sa sumnjom na značajno adherentnu posteljicu obezbijediti sledeće:

- prisustvo iskusnog akušera ili subspecijaliste za datu oblast i iskusnog anesteziologa
- prisustvo iskusnog pedijatra ¹¹
- dostupnost iskusnog hematologa za savjet
- dostupan krevet u intenzivnoj jedinici
- pripremljen dovoljan broj jedinica krvi i krvnih derivata **[novo 2011]**

¹⁰ Ukoliko je u toj zdravstvenoj ustanovi moguće uraditi MR

¹¹ Ili neonatologa ako je dostupan

- 1.2.6.5 Pri izvođenju SC kod trudnica kod kojih je postoji mogućnost značajno adherentne posteljice iskusni akušer treba da odluči koji još medicinski stručnjaci treba da budu prisutni ili konsultovani. **[novo 2011]**
- 1.2.6.6 Sve bolnice treba da imaju lokalno usvojen protokol za zbrinjavanje značajno adherentne posteljice koji definiše kako treba obezbijediti navedene elemente zdravstvene zaštite u svojoj ustanovi **[novo 2011]**

1.2.7 SC kod cefalopelvične disproporcije u porođaju

- 1.2.7.1 Pelvimetrija sama nije korisna u predviđanju "zastoja u napredovanju" porođaja i ne treba je koristiti u donošenju odluke o načinu porođaja. **[2004]**
- 1.2.7.2 Broj cipela, težina trudnice i procjena veličine ploda (kliničkim ili ultrazvučnim pregledom) ne mogu precizno predvidjeti cefalopelvičnu disproporciju i ne treba ih koristiti u predviđanju "zastoja u napredovanju" porođaja. **[2004]**

1.2.8 Prenošnje maternalne infekcije sa majke na plod

HIV

- 1.2.8.1 Trudnicama sa HIVom što je ranije moguće dati informaciju o rizicima i prednostima koje nose moguće opcije tretmana HIV-a i načina porođaja, kako za njih tako i za njihovo dijete, kako bi mogle donijeti odluku. **[novo 2011]**
- 1.2.8.2 Ne treba preporučiti SC na osnovu HIV pozitivnog statusa da bi se prevenirala transmisija sa majke na plod:
- trudnicama na visoko aktivnoj anti-retroviralnoj terapiji (HAART) sa manje od 400 kopija virusa u ml **ili**
 - trudnicama na bilo kojoj anti-retroviralnoj terapiji sa manje od 50 kopija virusa u ml.

Informisati trudnicu da je u tim okolnostima rizik od transmisije HIV-a isti kod SC i vaginalnog porođaja. **[novo 2011]**

1.2.8.3 Razmotriti kako vaginalni porođaj tako i SC za trudnice na anti-retroviralnoj terapiji (ART) sa 50-400 kopija virusa u ml zbog nedovoljnih dokaza da SC prevenira transmisiju HIV-a sa majke na plod. **[novo 2011]**

1.2.8.4 Predložiti SC trudnicama sa HIV pozitivnim statusom koje:

- nisu na anti-retroviralnoj terapiji **ili**
- dobijaju neku anti-retroviralnu terapiju i imaju 400 kopija ili više virusa u ml. **[novo 2011]**

1.2.8.5 Istraživači i nacionalna tijela koja su odgovorna za sakupljanje podataka o stanovništvu u Crnoj Gori treba da nastave sa sakupljanjem podataka o HIV pozitivnom statusu kod trudnica, uključujući tretman, način porođaja i stopu transmisije sa majke na plod. **[novo 2011]**¹²

Hepatitis B virus

1.2.8.6 Transmisija hepatitisa B sa majke na dijete se može smanjiti ako novorođenče primi imunoglobulin i vakcinu. Obzirom na to trudnici sa hepatitisom B ne treba predlagati SC jer su nedovoljni dokazi da SC prevenira transmisiju hepatitisa B sa majke na plod. **[2004]**

Hepatitis C virus

1.2.8.7 Trudnicama kod kojih je dokazan hepatitis C ne treba predlagati planirani SC zato što to ne smanjuje transmisiju virusa sa majke na plod. **[2004]**

1.2.8.8 Trudnicama koje imaju ko-infekciju virusa hepatitisa C i HIV pozitivni status treba predložiti planirani SC jer to redukuje rizik transmisije sa majke na plod i za hepatitis C i za HIV. **[2004]**

Herpes simplex virus

1.2.8.9 Trudnicama kojim se primarna infekcija *herpes simplex* virusom (HSV) javila u trećem trimestru treba predložiti planirani SC jer to smanjuje rizik za neonatalnu HSV infekciju. **[2004]**

¹² U originalnoj verziji odnosi se na Veliku Britaniju.

- 1.2.8.10 Trudnice sa ponovnim javljanjem HSV na porođaju treba informisati da je nije dokazan pozitivan efekat planiranog SC na smanjenje rizika neonatalne HSV infekcije. Tako SC ne treba rutinski nuditi van konteksta istraživanja. **[2004]**

1.2.9 SC na zahtjev majke ¹³

- 1.2.9.1 Kada se sagleda zahtjev trudnice za SC porazgovarajte i dokumentujte (uvedite u karton ili istoriju) specifične razloge za zahtjev. **[novo 2011]**
- 1.2.9.2 Ako trudnica zahtijeva SC a ne postoje druge indikacije, razgovarajte o ukupnom riziku i prednosti SC, uporedite sa vaginalnim porođajem i dokumentujte (uvedite u karton, istoriju) da je ovaj razgovor obavljen. (vidi dodatak A) Uključiti u razgovor ostale članove akušerskog tima (akušera, babicu i anesteziologa) ukoliko je neophodno, ustanoviti razloge zahtjeva i obezbijediti trudnici precizne informacije. **[novo 2011]**
- 1.2.9.3 Kada trudnica iz straha od porođaja zahtijeva SC predložiti upućivanje kod stručnjaka za mentalno zdravlje sa iskustvom u pružanju perinatalne podrške mentalnog zdravlja koji će njen strah kanalisati. **[novo 2011]**
- 1.2.9.4 Obezbijediti da stručnjak sa iskustvom u pružanju perinatalne podrške mentalnog zdravlja može doći u porodilište koje je u toku antenatalnog perioda određeno za porođaj te trudnice. **[novo 2011]**
- 1.2.9.5 Za trudnice koje traže SC, ako i nakon diskusije i ponuđene podrške (uključujući perinatalne podrške mentalnog zdravlja za trudnice koje imaju strah od porođaja) vaginalni porođaj nije prihvatljiv obezbijediti planirani SC. **[novo 2011]**
- 1.2.9.6 Ako akušer ne želi da uradi carski rez treba da uputi trudnicu akušeru koji će ga uraditi. **[novo 2011]**

1.2.10 *Body mass index*

- 1.2.10.1 Ne treba uzeti samo *body mass index* (BMI) preko 50 kao indikaciju za SC. **[novo 2011]**

¹³ U Crnoj Gori za sada ne postoji mogućnost izvođenja SC na zahtjev majke. Predložiti Udruženju akušera Crne Gore da razmotri ovu mogućnost.

1.3 Faktori koji utiču na mogućnost SC za vrijeme porođaja

1.3.1 Mjesto porođaja

Nove preporuke su u pripremi

1.3.2 Faktori koji smanjuju mogućnost SC

1.3.2.1 Trudnice treba da budu informisane da ukoliko imaju stalnu podršku tokom porođaja od ženske osobe, (koja je imala ili nije prethodni trening podrške), smanjuje vjerovatnoću za SC. **[2004]**

1.3.2.2 Trudnicama sa nekomplikovanom trudnoćom treba ponuditi indukciju porođaja nakon 41. nedelje (ne produžavati dalje trudnoću) jer to smanjuje rizik perinatalnog mortaliteta i mogući SC. **[2004]**

1.3.2.3 Kod trudnica u spontanom porođaju nekomplikovane jednoplodne trudnoće u terminu treba koristiti partogram sa četvoročasovnom akcionom linijom jer to smanjuje vjerovatnoću SC. **[2004]**

1.3.2.4 U donošenju odluke za SC treba da bude uključen iskusan akušer jer to smanjuje vjerovatnoću SC. **[2004]** Sve bolnice treba da imaju lokalno usvojen protokol koji jasno određuje ko donosi odluku o indikaciji za SC.

1.3.2.5 Elektronski fetalni monitoring (CTG) je udružen sa porastom vjerovatnoće SC. Ako se o SC razmišlja zbog abnormalnog prikaza fetalne srčane radnje (CTG), u slučajevima suspekte fetalne acidoze treba ponuditi uzorkovanje fetalne krvi ukoliko je to tehnički moguće i ako ne postoje kontraindikacije. **[2004]**

1.3.3 Bez uticaja na vjerovatnoću SC

1.3.3.1 Trudnice treba da budu informisane da sledeće intervencije za vrijeme zaštite u porođaju nisu pokazale uticaj na vjerovatnoću SC, mada mogu imati uticaja na neki drugi ishod koji nije predmet ovog vodiča:

- šetnja za vrijeme porođaja
- ne supini položaj (ne na leđima) za vrijeme drugog porođajnog doba
- porođaj u vodi
- epiduralna analgezija za vrijeme porođaja
- upotreba lišća od maline. **[2004]**

1.3.3.2 Trudnice treba da budu informisane da efekti komplementarne terapije uzete za vrijeme porođaja (kao što su akupunktura, aromoterapija, hipnoza, biljni produkti, dodaci ishrani, homeopatska medicina, Kineska medicina) na vjerovatnoću SC nisu pravilno ocijenjena i potrebna su dalja istraživanja prije nego takve intervencije budu preporučene.¹⁴ [2004]

1.3.4 Zastoj porođaja i SC

1.3.4.1 Sledeći aspekti zaštite u porođaju nisu pokazali uticaj na vjerovatnoću SC za "nenapredovanje porođaja" i ne bi ih trebalo ponuditi iz tog razloga, mada mogu uticati na neki drugi ishod koji nije predmet ovog vodiča:

- aktivno vođenje porođaja
- rano prokidanje vodenjaka [2004]

1.3.5 Ishrana za vrijeme porođaja

1.3.5.1 Trudnice treba da budu informisane da laka ishrana za vrijeme porođaja rezultira većim volumenom želuca ali ne povećava rizik od aspiracije ako je anestezija potrebna.¹⁵ [2004]

1.3.5.2 Trudnice treba da budu informisane da konzumiranje izotoničnih napitaka za vrijeme porođaja prevenira ketozu bez pratećeg porasta volumena želuca. [2004]

1.4 Proceduralni aspekti SC

1.4.1 Određivanje termina za SC

1.4.1.1 Rizik od respiratornog morbiditeta je povećan kod beba koje su rođene SC prije započinjanja porođaja, ali se ovaj rizik značajno smanjuje poslije 39. nedjelje. Tako planirani SC ne bi trebao rutinski da se izvodi prije 39. nedjelje. [2004]

¹⁴ U Crnoj Gori je zakonu su prepoznati termini za alternativnu i tradicionalnu medicinu. Termin komplementarna medicina ne postoji.

¹⁵ U Crnoj Gori se dozvoljava uzimanje tečnosti i čokolade

1.4.2 Klasifikacija hitnosti

1.4.2.1 Hitnost SC treba da bude dokumentovana koristeći sledeće standardizovane sheme u cilju da se pomogne jasna komunikacija između zdravstvenih radnika o hitnosti.

1. hitna opasnost po život majke ili ploda
2. maternalna ili fetalna ugroženost koja nije hitna opasnost po život
3. nema maternalne ili fetalne ugroženosti ali zahtijeva brzi porođaj
4. da vrijeme porođaja odgovara ženi ili osoblju **[2004]**

1.4.3 Interval od odluke do porođaja kod neplaniranog SC

1.4.3.1 1 Uraditi SC kategorije 1 i 2 što je brže moguće posebno za kategoriju 1. **[novo 2011]**

1.4.3.2 Uraditi SC kategorije 2 u najvećem broju slučajeva u toku 75 minuta od donošenja odluke. **[novo 2011]**

1.4.3.3 Uzeti u obzir stanje majke i ploda kada donosimo odluku o brzom porođaju. Zapamti da brzi porođaj može biti štetan u nekim okolnostima. **[novo 2011]**

1.4.3.4 Koristi sledeće intervale od odluke do pružanja usluge za mjerenje ukupnog trajanja u akušerskoj jedinici

- 30 minuta za kategoriju 1 SC
- 30 i 75 minuta za kategoriju 2 SC

Ove standarde koristiti kao revizorske a ne za prosuđivanja timskog izvođenja bilo kojeg pojedinačnog SC. **[novo 2011]**

1.4.4 Preoperativno testiranje i priprema za SC

1.4.4.1 Trudnicu treba uputiti da uradi nalaz krvne slike¹⁶ prije SC kako bi se otkrile one koje imaju anemiju. Gubitak krvi preko 1000ml nakon SC rijedak,(dešava se u 4 do 8% sličajeva SC) to je potencijalno ozbiljna komplikacija. **[2004]**

1.4.4.2 Trudnice kojima se SC radi zbog anetepartalnog krvarenja, abrupcije, ruptуре uterusа, placente previje, imaju povećani rizik od gubitka krvi koji je veći od 1000ml i SC im treba uraditi u porodilištu koje ima službu transfuzije. **[2004]**

1.4.4.3 Trudnicama koje su zdrave sa inače nekomplikovanom trudnoćom ne treba rutinski raditi sledeće testove prije SC:

- sakupljanje i čuvanje seruma
- krv na intereakciju
- skrining trombocita
- preoperativni ultrazvučni pregled zbog lokalizacije posteljice, zato što to ne unapređuje ishod morbiditeta kod SC (kao što je gubitak krvi veći od 1000ml, povrede ploda, povrede pupčanika ili susjednih struktura). **[2004]**

1.4.4.4 Trudnice koje imaju SC u regionalnoj anesteziji zahtijevaju zavođenje urinarnog katetera radi prevencije predistendirane beške jer se blok anestezija interferira sa normalnom funkcijom beške. **[2004]**

¹⁶ U originalnom vodiču se preporučuje određivanje vrijednosti hemoglobina

1.4.5 Anestezija za SC

- 1.4.5.1 Trudnicama kojima će se raditi SC treba dati informaciju o različitim tipovima analgezije nakon SC i ponuditi im onu koja najbolje odgovara njihovim potrebama. (vidi preporuke 1.6.3.1). **[2004]**
- 1.4.5.2 Trudnicama kojima će se raditi SC treba ponuditi regionalnu anesteziju jer je bezbjednija i rezultuje manjim maternalnim i neonatalnim morbiditetom u odnosu na opštu anesteziju, uključujući i one sa dijagnozom "*placenta praevia*".
- 1.4.5.3 Boravak u operacionoj sali za vrijeme uvida u regionalnu anesteziju ne povećava strah trudnice, te uvid treba tamo sprovesti. **[2004 izmijenjeno 2011]**
- 1.4.5.4 Trudnici kojoj će se raditi carski rez u regionalnoj anesteziji trebaranije dati ephedrine ili phenylephrine i rastvore koloida i kristaloida IV, radi povećanja volumena kako bi se smanjio rizik od hipotenzije tokom operativnog zahvata.
- 1.4.5.5 Timovi u svakom porodilištu treba da budu obučeni za dalji postupak kod neuspjele intubacije u toku akušerske anestezije. **[2004]**
- 1.4.5.6 Kako bi smanjili rizik od aspiracione pneumonije trudnicama prije SC treba dati antacide i lijekove kao što su antagonisti H₂ receptora, ili inhibitore protonske pumpe koji redukuju volumen i kisjelost želuca. **[2004]**
- 1.4.5.7 Trudnicama kojima će se raditi SC treba ponuditi antiemetike (farmakološke preparate ili akupresuru) radi smanjenja mučnine i povraćanja tokom SC.¹⁷ **[2004]**
- 1.4.5.8 Opštoj anesteziji za neplanirani SC treba da prethodi oksigenacija, pritisak na krikoid i brzi uvid kako bi se smanjio rizik od aspiracije. **[2004 izmijenjeno 2011]**
- 1.4.5.9 Za tretman hipotenzije u toku SC treba intravenski koristiti ephedrine ili phenylephrine. **[2004]**
- 1.4.5.10 Operacioni sto za SC treba da ima mogućnost lateralnog okretanja za 15 stepeni jer taj položaj smanjuje maternalnu hipotenziju. **[2004]**

¹⁷ U porodilištima u Crnoj Gori ne sprovode se postupci akupresure.

1.4.6 Hirurške tehnike kod SC

Metode za prevenciju transmisije HIV infekcije u operacionoj sali

- 1.4.6.1 Zdravstveni radnici treba da koriste duple hirurške rukavice u toku izvođenja SC kod trudnica koje su HIV pozitivne, kako bi se smanjio rizik od infekcije HIV-om. **[2004]**
- 1.4.6.2 Opšte smjernice za bezbjednost operativnog zahvata treba sprovoditi i tokom SC kako bi se smanjio rizik za osoblje od infekcije HIV-om. **[2004]**

Rez na trbušnom zidu

- 1.4.6.3 SC treba izvoditi kroz poprečni rez na trbušnom zidu zbog manjeg postoperativnog bola i kozmetskog efekta u poređenju sa medijalnim rezom na trbušnom zidu. **[2004]**
- 1.4.6.4 Poprečni rez izbora je po *Joel Cohen-u* (prav rez na koži, 3 cm iznad pubične simfize, slojeve ispod kože otvoriti tupo i proširiti makazama, ne nožem) jer operativni zahvat kraće traje uz rjeđu pojavu postoperativne febrilnosti. **[2004]**

Instrumenti za rez na koži

- 1.4.6.5 Upotreba jednog hirurškog noža za inciziju na koži, a drugog za tkiva ispod kože se ne preporučuje jer ne smanjuje rizik od infekcije rane. **[2004]**

Rez na materici

- 1.4.6.6 Kada je donji materični segment pripremljen, rez na materici treba tupo proširiti, prije nego oštro jer na taj način smanjujemo gubitak krvi, učestalost postpartalne hemoragije i potrebu za transfuzijom tokom SC. **[2004]**

Laceracije ploda

- 1.4.6.7 Trudnice kojima se planira SC treba informisati da postoji rizik za minimalne ozljede tkiva ploda oko 2%. **[2004]**

Upotreba forcepsa

- 1.4.6.8 Forceps jedino treba koristiti tokom SC ukoliko postoji teškoća u rađanju bebine glave. Efekat na neonatalni morbiditet u rutinskoj upotrebi forcepsa tokom SC nije dokazan.¹⁸ **[2004]**
- 1.4.6.9 Oksitocin od 5 IU u sporoj intravenskoj infuziji treba koristiti tokom SC za pojačanje kontrakcije materice i smanjenje gubitka krvi. **[2004]**

Metode ekstrakcije posteljice

- 1.4.6.10 Tokom SC posteljicu treba ekstrahovati kontrolisanom trakcijom za pupčanik, ne ručnu ekstrakciju jer tako smanjujmo rizik od endometritisa. **[2004]**

Ekstrakcija materice

- 1.4.6.11 Za ušivanje reza na uterusu ne preporučuje se ekstrakcija materice van peritonealne duplje, jer ne smanjuje krvarenje i infekciju, a praćeno je sa više bola. **[2004]**

Ušivanje reza materice

- 1.4.6.12 Efektivnost i bezbjednost ušivanja reza na materici u jednom sloju nije dokazano. Osim u istraživačkom kontekstu, rez na materici treba ušivati u dva sloja. **[2004]**

Zatvaranje peritoneuma

- 1.4.6.13 Ni visceralni ni parijetalni peritoneum ne treba ušivati tokom SC, jer se tako smanjuje vrijeme trajanja operacije i potreba za postoperativnom analgezijom. **[2004]**

Zatvaranje trbušnog zida

- 1.4.6.14 U rijetkim situacijama kada se za SC koristi medijalni rez na trbušnom zidu, za zatvaranje trbušnog zida se koristi sporo resorptivni produžni šav u jednom sloju, zbog rjeđe pojave postoperativnih hernija na mjestu reza i dehiscencija. **[2004]**

Zatvaranje potkožnog tkiva

- 1.4.6.15 Rutinsko ušivanje potkožnog sloja ne treba koristiti osim ako žena nema više od 2 cm masnog tkiva jer ne smanjuje rizik od infekcija rane. **[2004]**

¹⁸ U Crnoj Gori se ne preporučuje upotreba forcepsa tokom SC

Upotreba površinskih drenova

1.4.6.16 Površinske drenove ne treba koristiti tokom SC jer ne smanjuju rizik od infekcije i hematoma rane. **[2004]**

Ušivanje kože

1.4.6.17 Akušeri treba da znaju da za ušivanje reza na koži upotreba različitog šavnog materijala i vrsta šava nema značaja. **[2004]**

Mjerenje pH krvi iz umbilikalne arterije

1.4.6.18 Mjerenje pH umbilikalne arterije treba da se uradi nakon svakog SC urađenog zbog fetalne ugroženosti kako bi se sagledalo stvarno stanje ploda i nastavila dalja briga za dobrobit bebe. **[2004]**

Vrijeme davanja antibiotika

1.4.6.19 Trudnicama kojima se radi SC treba dati antibiotsku profilaksu prije reza na koži, a ne nakon prekidanja pupčanika jer se na taj način efikasnije smanjuje rizik od infekcije a efekat antibiotika na bebu nije dokazan. **[novo 2011]**

1.4.6.20 Trudnice koje tokom SC prime antibiotsku profilaksu imaju manji rizik od postoperativnih infekcija. Antibiotici izbora su oni koji su efikasni protiv endometritisa, infekcije urinarnog trakta i incizije trbušnog zida, a koje se javljaju u oko 8% nakon SC. **[novo 2011]**

1.4.6.21 Kad se antibiotici daju prije reza na koži ne preporučuje se kombinacija sa Amoksiklavom. **[novo 2011]**

Tromboprofilaksa kod SC

1.4.6.22 Trudnicama kojima se planira SC treba preporučiti tromboprofilaksu, zato što porođaj SC nosi veći rizik za pojavu venske tromboembolije. Preporučeni metod profilakse (na primjer čarape za vene, hidratacija, rana mobilizacija, nisko molekularni heparin) zavisi od postojećeg rizika kod pacijentkinje za tromboembolijsku bolest. **[2004 dopunjeno 2011]**

Posebni zahtjevi trudnica tokom SC

1.4.6.23 Želje trudnice u toku SC kao što su muzika u operacionoj sali, mogućnost gledanja na ekranu rađanje bebe ili tišina tako da je majčin glas prvi koji beba čuje treba ispuniti kada je to moguće. **[2004]**

1.5 Njega beba rođenih SC

1.5.1 Prisustvo pedijatra tokom SC

1.5.1.1 Tokom SC koji se izvodi u opštoj anesteziji ili kod evidentne fetalne patnje potrebno je prisustvo pedijatra adekvatno obučenog vještinama reanimacije novorođenčeta. [2004]

1.5.2 Briga o termoregulaciji beba rođenih SC

1.5.2.1 Bebe rođene SC mnogo češće imaju nižu tjelesnu temperaturu tako da briga o temperaturi bebe treba biti u skladu sa dobrom kliničkom praksom. [2004]

1.5.3 Kontakt sa majkom (koža na kožu)

1.5.3.1 Rani kontakt koža na kožu između majke i njene bebe treba ohrabriti jer pojačava materinski instikt, majčinu spremnost, smanjuje plač bebe i povećava uspješnost dojenja. [2004]

1.5.4 Dojenje

1.5.4.1 Trudnicama nakon SC treba ponuditi podršku i pomoći im da započnu dojenje što prije nakon rođenja njihove bebe. Ovo zato što trudnice koje su imale SC otežano započinju dojenje prvih sati nakon porođaja, ali kad se dojenje jednom uspostavi uspjeh nastavljanja je isti kao i kod žena koje su se porodile vaginalnim putem. [2004]

1.6 Njega žene nakon SC

1.6.1 Jedinica intenzivnog liječenja – intenzivna terapija

1.6.1.1 Zdravstveni radnici koji brinu o ženi nakon SC moraju biti upoznati da, iako je ženama nakon porođaja rijetko potrebna intenzivna njega, to se dešava češće nakon SC (oko 9 na 1000). [2004]

1.6.2 Rutinsko praćenje nakon SC

- 1.6.2.1 Nakon SC žene trebaju nadzor adekvatno obučenog osoblja, jedan na jedan, dok ne postignu kontrolu disanja i kardiorespiratornu stabilnost i sposobnost za komunikaciju. **[2004]**
- 1.6.2.2 Nakon oporavka od anestezije praćenje vitalnih parametara (broj respiracija, broj otkucaja srca, krvni pritisak, bol i sedaciju) treba nastaviti na pola sata u sledećih dva sata, a zatim na svakih sat vremena ukoliko je stanje pacijentkinje stabilno ili zadovoljavajuće. Ako je stanje nestabilno preporučuje se mnogo češće praćenje i medicinsko izvještavanje o stanju pacijentkinje. **[2004]**
- 1.6.2.3 Trudnicama koji su primale opioide intratekalno treba pratiti broj respiracija, pospanost i bol, na svakih sat vremena, najmanje 12 sati za dijamorfin i 24 sata za morfijum. **[2004]**
- 1.6.2.4 Pacijentkinjama koje su primale opioide epiduralno ili pacijentkinjama kod kojih se primijenjuje kontrolisana analgezija opioidima, treba rutinski na svakih sat vremena pratiti broj respiracija, sedaciju i bol tokom primjene opioida i najmanje dva sata nakon prestanka davanja opioida. **[2004]**

1.6.3 Ublažavanje bola nakon SC

- 1.6.3.1 Pacijentkinjama treba ponuditi dijamorfin (0,3 do 0,4 mg intratekalno) u toku i nakon operacije zato što smanjuje potrebu za analgezijom nakon SC. Dijamorfin dat epiduralno (2,5 do 5 mg) je adekvatan izbor. **[2004]**
- 1.6.3.2 Kontrolisana analgezija sa opioidnim analgeticima treba biti ponuđena nakon SC jer dokazano oslobađa od bolova. **[2004]**
- 1.6.3.3 Pod uslovom da nema kontraindikacija, nesteroidni antiinflamantorni lijekovi trebaju biti ponuđeni nakon SC uz ostale analgetike jer smanjuje potrebu za opioidima. **[2004]**

1.6.4 Rano uzimanje hrane i pića nakon SC

- 1.6.4.1 Pacijentkinje koje se dobro oporavljaju nakon SC i koje nemaju komplikacije treba da jedu i piju kada osjećaju glad ili žeđ.¹⁹ **[2004]**

¹⁹ Vrijeme započinjanja ishrane i unosa tečnosti određuje ljekar

1.6.5 Vađenje urinarnog katetera nakon SC

1.6.5.1 Uklanjanje urinarnog katetera treba uraditi odmah kada je žena pokretna nakon regionalne anestezije ali ne ranije od 12 sati nakon posljednje epidural „single“ doze. [2004]

1.6.6 Respiratorna fizioterapija nakon SC

1.6.6.1 Rutinski respiratornu fizioterapiju nema potrebe nuditi ženama nakon SC u opštoj anesteziji, zato što nije dokazana respiratorna simptomatologija kao: kašljanje, otok vrata, povišena temperatura, palpitacije u grudima i promjene u auskultatornom nalazu na plućima. [2004]

1.6.7 Boravka u bolnici i otpust iz bolnice

1.6.7.1 Boravak u bolnici je nakon SC (prosječno 3-4 dana) duži nego nakon vaginalnog porođaja (prosječno 1-2 dana). Ipak, ženama koje se dobro oporavljaju, nemaju temperaturu i komplikacije nakon SC treba ponuditi raniji otpust (nakon 24 sata) iz bolnice i praćenje kod kuće, nije udružen sa većim maternalim ili novorođenačkim povratkom u bolnicu.²⁰ [2004]

1.7 Oporavak nakon SC

1.7.1.1 Pored opšte postnatalne njege ženama koje su imale SC treba obezbijediti:

- Specifičnu njegu povezanu sa oporavkom nakon SC
- Njegu povezanu sa rešavanjem ostalih komplikacija tokom trudnoće ili rađanja. [2004]

1.7.1.2 Ženama koje su imale SC treba prepisati i ohrabriti ih da uzimaju analgeziju za postoperativni bol koristeći:

- Za jak bol co-codamol sa dodatkom ibuprofena

²⁰ U Crnoj Gori boravak u bolnici nakon SC je prosječno 4 dana.

- Za povremeni bol co-codamol
- Za slabiji bol paracetamol. **[2004]**

1.7.1.3 Njega rane nakon SC obuhvata:

- Ukloniti prevoj 24 sata nakon SC
- Specifično praćenje za pojavu groznice
- Tragati na rani za znacima infekcije (kao što su: bol koji se pojačava, crvenilo ili curenje rane), razdvajanje ili dehiscencija
- Objasniti ženama da nose komotnu udobnu odjeću i pamučni donji veš
- Nježno čišćenje i sušenje rane svakodnevno
- Ako je potrebno planirati skidanje konaca.²¹ **[2004]**

1.7.1.4 Zdravstveni radnici koji njeguju žene nakon SC i koje imaju simptome od strane urinarnog trakta treba razmotriti moguće dijagnoze kao što su:

- Infekcija urinarnog trakta
- Stres inkontinencija (koja se dešava u oko 4% žena nakon SC)
- Povrede urinarnog trakta (dešava se oko 1 na 1000 SC) **[2004]**

1.7.1.5 Zdravstveni radnici koji njeguju žene nakon SC i koje imaju obilno i/ili iregularno vaginalno krvarenje trebaju znati da se ono češće javlja zbog endometritisa nego zbog zadržale posteljice u materici. **[2004 dopunjeno 2011]**

1.7.1.6 Žene koje su imale SC imaju povećan rizik od tromboembolijskih bolesti (duboka venska tromboza i plućna embolizacija), tako da zdravstveni radnici moraju obratiti pažnju na pacijentkinje sa grudnom simptomatologijom (kao što su kašalj ili ubrzano disanje) ili sa simptomima kao što su bol i otok donjih ekstremiteta **[2004]**

²¹ U originalnoj verziji Vodiča misli se na konac i klipsove

- 1.7.1.7 Nakon SC pacijentkinje treba da nastave sa svojim uobičajenim aktivnostima kao što su: vožnja, fizička aktivnost/vježbanje i seksualni odnosi onda kad se one u potpunosti oporave od SC bilo zbog efekta fizičkog ograničenja ili efekta straha od bola) **[2004]**
- 1.7.1.8 Zdravstveni radnici koji njeguju žene nakon SC treba da ih upoznaju da u odnosu na vaginalni porođaj one nemaju povećan rizik za otežanim otpočinjanjem dojenja, depresijom, posttraumatskim stres simptomima, dispareuniom i fetalnom inkontinencijom. **[2004]**
- 1.7.1.9 Dok se žena oporavlja nakon SC u bolnici zdravstveni radnici koji je njeguju treba sa njom da porazgovaraju o razlozima za SC i da je informišu i pismeno i usmeno o načinima porođaja u eventualnim kasnijim trudnoćama. Ako žene žele ovo im treba omogućiti i kasnije. **[novo 2011]**

1.8 Trudnoća i porođaj nakon SC

- 1.8.1. U razgovoru o načinu porođaja nakon prethodnog SC treba razmotriti:
- Majčino raspoloženje i njene prioritete
 - Rizike i prednosti od ponovljenog SC
 - Rizike i prednosti od planiranog vaginalnog porođaja nakon SC, uključujući i rizik od neplaniranog SC. **[novo 2011]**
- 1.8.2. Informisati žene koje su imale četiri i više SC da rizik od povišene temperature, povrede bešike i hirurških povreda ne zavisi od modaliteta porođaja, i da je rizik od ruptуре uterusа, iako rijedak, češći kod planiranog vaginalnog porođaja. **[novo 2011]**²²
- 1.8.3. Obezbijediti ženama koje planiraju vaginalni porođaj nakon prethodnog SC:
- Elektronski fetalni monitoring tokom porođaja
 - Porođaj u porodilištima gdje je moguće odmah obaviti SC i na mjestu gdje su odmah dostupni krv i njeni derivati **[novo 2011]**

²² U porodilištima u Crnoj Gori, u slučaju četiri ili više SC, vaginalni porođaj se ne planira

- 1.8.4. Tokom indukcije porođaja žene koje su imale prethodni SC treba kontinuirano pratiti, sa mogućnošću elektronskog fetalnog monitoringa i mogućnosti odrađivanja SC odmah, zato što su one u povećanom riziku od ruptur materice. **[2004 dopunjeno 2011]**
- 1.8.5. Trudnice koje su imale i prethodni SC i prethodni vaginalni porođaj treba informisati da imaju veću mogućnost uspješnog vaginalnog porođaja nego žene koje su imale SC bez prethodnog vaginalnog porođaja. **[2004]**

2. Napomene o cilju Vodiča

Teme ove smjernice su navedene u uvodu. Ovaj vodič ne obuhvata:

- trudnice ili bebe sa rijetkim oboljenjima ili sa složenim ili rijetkim komorbiditetom kao što su urođene srčane mane
- žene sa kliničkim oboljenjima koja se javljaju tokom trudnoće, kao što su preeklampsija ili gestacijski dijabetes, koji zahtijevaju specijalističku njegu.

Kako su razvijene ove smjernice

NICE je naložio Nacionalnom centru za saradnju za zdravlje žena i djece da razvije ove smjernice. Centar je oformio grupu za razvoj smjernice (vidi dodatak A), koja je pregledala dokaze i razvila preporuke. Nezavisna radna grupa je nadgledala razvoj smjernica (vidi dodatak B). Postoji više informacija o tome kako su NICE kliničke smjernice razvijene - dostupno na NICE Web stranici (www.nice.org.uk/HowWeWork).

3. Implementacija

U cilju implementacije ove smjernice NICE je razvio alate za pomoć organizacijama.

4. Preporuke za istraživanje

Grupa za razvoj smjernica je napravila sljedeće preporuke za istraživanje na osnovu razmatranja dokaza, i za unapređenje NICE smjernice i njege pacijenata u budućnosti. Kompletan set preporuka istraživanja je detaljno dala grupa za razvoj smjernica u širem vodiču. (vidi poglavlje 5).

4.1 *Interval od odluke do pružanja usluge (kategorija 1 hitnosti)*

Koji faktori utiču na interval od odluke do pružanja usluge kada je kategorija 1 nivoa hitnosti za SC?

Faktori koji se trebaju istražiti uključuju:

- stručnost osoblja / nivo iskustva
- vještinu rada u multidisciplinarnom timu
- raspodjelu zadataka
- metode komunikacije
- vrijeme
- dostupnost osoblja koje je na kontinuiranoj obuci o hitnim postupcima, i njihov nivo pohađanja obuke

Istraživanje može biti sprovedeno metodama simulacije i video posmatranja kako bi se utvrdilo koji faktori utiču na interval od odluke do pružanja usluge za kategoriju 1 SC. Video posmatranje takođe može da se koristi za obuku osoblja.

Zašto je ovo važno

Za trudnice i njihove partnere kao i za kliničko osoblje hitan SC je psihološki traumatski događaj. Ponekad osoblje i resursi se moraju obezbjediti i iz drugih oblasti zdravstvene zaštite. To bi se trebalo preduzeti što je moguće efikasnije i efektivnije, smanjujući napetost uz osiguranje bezbjednosti trudnice i njene bebe.

Za kategoriju 1 SC postoji priznata hitnost da se usluga treba pružiti što je moguće brže u razumnom roku. Većina istraživanja u ovoj oblasti je kvantitativna i posmatra uticaj vremena od odluke do izvršenja na različite aspekte ishoda za fetus i majku. Mnogi od tih dokaza su retrospektivni. U Velikoj Britaniji je na tu temu sprovedeno istraživanje kako bi se ispitalo gdje je sistematsko kašnjenje i kako ga izbjeći (*Tuffnell et al. 2001*), dok je više istraživanja potrebno da se utvrdi kako optimizirati interval od odluke do izvršenja SC. U procjeni faktora koji utiču na interval od odluke do pružanja usluge za kategoriju 1 SC treba koristiti kvalitativne, kao i kvantitativne metode istraživanja.

Procjena ovih faktora može se koristiti za dopunu budućih NICE smjernica, na primjer, posebne smjernice za upravljanje kategorijom 1 SC. Takođe, takve informacije se mogu koristiti u bolnicama za planiranje usluga za majke, i na tom nivou bi pomogle revizije i tekuće evaluaciju, kao i obuke multidisciplinarnog tima.

Velika količina NHS i drugih državnih sredstava se koristi za pružanje kontinuirane njege za dojenčad koja su hendikepirana kao rezultat porođajne asfiksije i za omogućavanje doživotne podrške za dijete i njegovu porodicu. Osim toga, velike svote javnog novca se troše na parnice i naknade u nekim od ovih slučajeva kroz Fond za suzbijanje kliničkog nemara (CNST)²³. Ako istraživanja pomognu da se minimizira uticaj porođajne asfiksije to bi smanjili troškove za državu i tereta za dijete, njegovu porodicu i širu zajednicu.

S tim u vezi, interval od odluke do pružanja usluge, a na osnovu dokaza, može poslužiti da se u pravnom sistemu pomoći smanji trošak za državu.

4.2 Interval od odluke do pružanja usluge (kategorija 2 hitnost)

Prospektivna studija će utvrditi da li interval od odluke do pružanja usluge ima uticaja na maternalne i neonatalne ishode kad je kategorija 2 nivoa hitnosti za SC.

²³ Odnosi se na Veliku Britaniju

Važni primarni ishodi bi bili:

- fetalne dobrobiti (kao što su gasovi u krvi pupčanika, Apgar na 5 minuta, hipoksična encefalopatija, neonatalni respiratorni problemi, nepredviđeni prijem u neonatalnu jedinicu intenzivnog liječenja (NICU, trajanje boravka u NICU)
- dobrobiti majke (kao što su nivo hemoglobina na dan 2, potreba za transfuzijom krvi, vrijeme boravka u bolnici zbog produženog neonatalnog boravka i opšteg zdravstvenog stanja).

Sekundarni ishodi mogu uključivati:

- fetalnu trauma tokom porođaja
- jatrogene povrede mokraćne bešike majke ili crijeva
- postoperativna infekcija u morbiditetu majke
- uspostavljanje dojenja
- psihološki ishodi za žene, kao što su razvoj postnatalne depresije / posttraumatski stresni poremećaj.

Zašto je ovo važno

Ovo istraživanje je važno za rasprave koje su u toku o postupku kategorije 2 SC gdje je prepoznat stalni rizik. Međutim, većina radova na ovu temu posmatra ishode za trudnice i plod vezano za neplanirani SC u cijeloj grupi bez razlike na stepen hitnosti. Osim toga većina ovih radova je retrospektivno. Većini žena kojima se indikacija za SC postavi tokom porođaja spada u kategoriju 2 stepena hitnosti (*Thomas et al. 2001*) i zbog toga određene informacije za ovu grupu mogu uticati i biti od koristi za mnoge trudnice i doprinijeti pružanju adekvatne zdravstvene zaštite.

Odlaganje porođaja kada je plod ugrožen može dovesti do velike i dugoročne štete, uključujući cerebralnu paralizu i ostale dugoročne posljedice. Takav ishod ima neposredni i dugoročni uticaj na porodicu i zahtijeva doživotnu posebnu njegu i podršku. Ako ovakve posljedice mogu biti izbjegnute pravovremenim brzim reagovanjem, to bi značajno poboljšali ishod. Međutim, ako takva brzina reagovanja nema značaja, onda svaki vezani rizik za trudnicu treba svesti na minimum.

Nacionalni zdravstveni sistem i druge državne institucije izdvajaju značajna sredstva za pružanje kontinuirane zdravstvene zaštite djeci sa posebnim potrebama, a koje su nastale kao rezultat odlaganja porođaja, kao i za pružanje

doživotne podrške za dijete i njegovu porodicu. Osim toga, veliki iznosi javnog novca troše se na parnice i naknade u nekim od ovih slučajeva iz Fonda za suzbijanje kliničkog nemara (CNST)²⁴. Ukoliko bi istraživanja pomogla da se smanje posljedice odlaganja porođaja, to bi smanjilo troškove za državu i teret za dijete, njegovu porodicu i širu zajednicu.

Očekuje se da će debate oko inetrvala od odluke do pružanja usluge, u okviru pravnog sistema, a na osnovu adekvatnije i realnije informisanosti, doprinijeti smanjenju državnih troškova.

4.3 Državne supervizije

Ponovljene nacionalne supervizije SC

Originalni SC vodič uključuje skup utvrđenih standarda, i on sadrži jasan zadatak za izradu ažuriranih standarda o temama koji su pokriveni u vodiču. To uključuje:

- pristanak
- indikacije (uključujući i zahtjev trudnice)
- proceduralne aspekte
- ishode za trudnicu i plod.

Mnogi od ishoda dokumentovanih u novom SC vodiču se direktno odnose na preporuke ažurirane u ovom SC vodiču. Istraživači takođe, ukoliko žele mogu uzeti u obzir kategorizaciju različitih razloga za zahtjev majke za SC kao što su prethodna loša iskustva porođaja, dugogodišnji strah od porođaja, uvjerenje da SC je bezbjedniji za bebu itd.

Dodatna korisna funkcija super revizije bi bila sagledavanje ključnih povezanih podataka, kao što su udio (%) pruženih usluga SC za karličnu prezentaciju koja je imala pokušaj spoljnog okreta.

Zašto je ovo važno

Tokom 10 godina od kada se preduzima nacionalna supervizija carskog reza (2000-2001), mnogi od nalaza su se značajno promijenili. Posmatrano je ko je imao SC i zašto, stavovi žena, kao i akušera poslije njih. Supervizija je utvrdila da

²⁴ Primjenjuje se u Velikoj Britaniji

se stopa SC od 20% smatra previsokom za 51% akušera. U Crnoj Gori stopa SC je u prosjeku oko 25%.

Ponavljanje istraživanja o SC će otkriti bilo kakve promjene u indikacijama i stavovima trudnica i akušera. Sadašnja literaturi se nije adekvatno bavila pitanjem zahtjeva trudnice za SC i to jedan aspekt supervizije može obraditi. Stavovi trudnice o SC na zahtjev kada ne postoje akušerske indikacije su posebno relevantni. Takvi zahtjevi mogu biti u porastu, a razlozi nisu uvijek jasno izraženi ili dokumentovani.

Metodologija supervizije je uspostavljena, čineći ponavljanje izvodljivo. To bi trebalo dati visok prioritet jer korist za NHS bi bila značajna.

4.4 SC na zahtjev trudnice

Kakva podrška ili psihološke intervencije bi bile odgovarajuće za žene koje imaju strah od vaginalnog porođaja i zahtjeva SC?

Intervencije za evaluaciju mogu uključiti:

- podrška od lica koje je imenovala majka
- kontinuitet njegovatelja
- formalno savjetovanje
- kognitivne bihevioralne terapije.

Ishodi mogu uključivati:

- način porođaja planiranog u terminu
- psihološke ishode (postnatalna depresija, post-traumatski stresni poremećaj, samopoštovanje, vezivanje majka-novorodjenče)
- dojenje.

Zašto je ovo važno

Strah od vaginalnog porođaja može proizaći iz:

- straha majke od oštećenja karlice

- oštećenja bebe tokom porođaja
- sumnja u lične sposobnosti da se fizički ostvari vaginalni porođaj
- iskustvo prethodnog porođaja
- neriješena pitanja u vezi genitalnog područja.

Trenutno postoje široke varijacije u praksi i ograničeni resursi dovode do ograničene dostupnosti efikasne intervencije. Intervencije koje mogu biti odgovarajuće uključuju:

- klinike posvećene pružanju prenatalne njege za žene bez akušerskih indikacija koje traže SC
- upućivanje na psihologa ili profesionalca mentalnog zdravlja
- upućivanje na opstetričkog anesteziologa
- intenzivnu podršku babice.

Često nedostaje kontinuitet stručne zdravstvene podrške od prenatalnog do intrapartalnog perioda i njega babice 'jedan na jedan' tokom porođaja i ne prepoznaju se žene koje su nestrpljive ili u strahu.

Sve ove intervencije zahtijevaju različite resurse i nema jasnih dokaza koji ukazuju da su od koristi. Predložena istraživanja bi uporednom analizom, metodom kontrole slučajnog uzorka, dve ili više ovih intervencija kod žena koje traže SC. U odsustvu dokaza, to je slučaj za poređenje ovih intervencija sa rutinskom antenatalnom zaštitom (to je, bez posebne intervencije).

Ovo istraživanje je relevantno jer bi pomoglo da se rukovodi optimalna iskorištenost ograničenih resursa i budućnost preporuka vodiča.

4.5 Rizici i koristi od SC

Koji su srednjeročni i dugoročni rizici i dobiti i za žene i njihove bebe iz planiranih SC u odnosu na planirane vaginalne porođaje?

Glavni fokus će biti ishodi kod žena, koji bi se mjerili u 1 godini (srednjoročni) i 5-10 godina (dugoročni). Ovi rezultati mogu uključivati:

- urinarna disfunkcije

- gastrointestinalna disfunkcija
- dispareunija
- dojenje
- psihičko zdravlje.

Ishodi za novorođenčad mogu uključivati zdravstvene probleme, posebno tekuće respiratorne i neurološke probleme.

Zašto je ovo važno

Morbiditeti nastali intraoperativno ili u danima nakon SC su relativno dobro opisani u literaturi. Mnogo manje je poznato, međutim, o mjerenjima fizičkih i emocionalnih ishoda na duži rok.

Povjerljiva pitanja u slučaju smrti majki u Velikoj Britaniji, nedavno objavljena kao "Spasimo živote majki 2006-2008" (Cantwell R et al. 2011), posvetila su značajan dio svog rada istraživanju 'kasnog' uzroka smrti majke. Ovo uključuje događaje koji su srednjoročni, naime, tokom 1 godine nakon što je žena porodila, od kojih mnogi potiču iz prethodne trudnoće. Zarazne, psihijatrijske i druge bolesti koje su nastale u vezi sa trudnoćom i nisu uvijek uzrokovale smrt, ali su nesporno odgovorne za veći teret morbiditeta srednjoročno i dugoročno, dugo nakon što je trudnoća završena.

Pružiti više značajnih informacija ženama kada biraju način porođaja, postoji hitna potreba da se dokumentuju srednjoročni i dugoročni ishodi za žene i njihove bebe nakon planiranog SC ili planiranog vaginalnog porođaja. Prvo, trebalo bi omogućiti prikupljanje podataka pomoću standardnih pitanja (tradicionalni upitnik na papiru ili intervju) za majku sa sepsom i emocionalno stanje majki tokom 1 godine nakon planiranog SC u populaciji žena koje su pristale na praćenje. Internet upitnik mogao bi biti osmišljen za postizanje visoke stope odgovora koji su potrebni za punu interpretaciju podataka. Isto tako, bilo bi važno da se prikupe visoko kvalitetni podaci o morbiditetu novorođenčadi nakon planiranog SC u odnosu na planirani vaginalni porođaj. Evaluacija dugoročnog morbiditeta (između 5 i 10 godina nakon SC) će koristiti sličnu metodologiju, i procjenu simptoma koji se odnose na urinarnu i gastrointestinalnu funkciju.

5. Druge verzije ovih vodiča

5.1 Cjelokupni vodič

Cjelokupni vodič " Carski rez" sadrži detalje metoda i dokaza koji su korišteni u izradi vodiča. Publikovan je od strane Nacionalnog (collaborating) Centra za zaštitu zdravlja žena i djece.

5.2 NICE mreža

Preporuke ovog vodiča uključene su u NICE mreži

5.3 Informacija za javnost

Dostupan je sažetak za pacijente i negovatelje.

Mi ohrabrujemo NHS i volontersku sektorsku organizaciju da upotrebi tekst ovog sažetka u njihovoj informaciji o carskom rezu.

6. Povezani NICE vodiči

- Višeploidne trudnoće NICE klinički vodič 129 (2011)
- Hipertenzija u trudnoći NICE klinički vodič 107 (2010)
- Venski tromboembolizam- smanjenje rizika NICE klinički vodič 92 (2010)
- Infekcija hirurške rane NICE klinički vodič 74 (2008)
- Indukcija porođaja NICE klinički vodič 70 (2008)
- Diabetes u trudnoći NICE klinički vodič 63 (2008)
- Antenatalna zaštita NICE klinički vodič 60 (2008)
- Zaštita u porođaju NICE klinički vodič 55 (2007)
- Anenatalno i postanatalno mentalno zdravlje NICE klinički vodič 45 (2007)
- Postnatalna zaštita NICE klinički vodič 37 (2006)

7. Ažuriranje vodiča

NICE klinički vodič je ažuriran tako da preporuke uključuju važne nove informacije. Novi dokazi su provjereni 3 godine nakon objavljivanja, ljekari i pacijenti upitani za njihove stavove. Ako su važni novi dokazi se objavljuju u drugim prilikama, možemo odlučiti da mnogo brže ažuriramo neke preporuke. Pogledajte naš website za informacije o ažuriranju vodiča.

Prilog A: Grupa koja je pripremila Vodič, Nacionalni Centar za saradnju i NICE projekt tim

Grupa koja je pripremila Vodič

Malcolm Griffiths - konsultant akušer i ginekolog, Luton i Dunstable Bolnica, Luton

Debbie Chippington Derrick - laik

Olujmi Jibodu - konsultant akušer i ginekolog, York Bolnica, NHS Fondacija Trust

Christine Johnson - laik

Nina Khazaezadeh - konsultant babica, St Thomas Bolnica, London

Andrew Loughney - konsultant akušer, Royal Victoria Infirmary (Kraljevska Ambulanta Victoria) Newcastle Bolnice NHS Fondacija Trust

Nuala Lucas - konsultant anesteziolog, Northwick Park Bolnica, London

Pippa Nightingale - glavna babica, Imperial College Healthcare NHS Trust, London

Nacionalni Centar za saradnju za zdravlje žena i djece

Zosia Beckles - naučnik za informacije

Shona Burman-Roy - stariji naučni saradnik

Rupert Franklin – project menadžer

Maryam Gholitabar - asistent

Paul Jacklin - stariji ekonomista u oblasti zdravstva

David James -klinički ko-direktor

Roz Ullman - stariji naučni saradnik i /Glavna za kliniku(babica)

NICE projektni tim

Christine Carson - direktor Programa, Centar za Kliničku Praksu

Ben Doak - *Commissioning Manager* Vodiča

Elaine Clydesdale - koordinator Vodiča

Ruaraidh Hill - tehnički vođa

Prasanth Kandaswamy - ekonomista u oblasti zdravstva

Ann Greenwood - urednik

Prilog B: Panel pregleda Vodiča

Panel pregleda (za razmatranje) Vodiča je nezavisan panel koji nadgleda razvoj vodiča i odgovoran je za praćenje/monitoring pridržavanja NICE vodiča razvojnim procesima. Posebno, panel garantuje da su komentari zainteresovanih strana adekvatno razmotreni i da se na njih odgovorilo. Panel uključuje članove iz sledećih oblasti: primarna njega, sekundarna njega, laici, javno zdravstvo i industrija.

Professor Mike Drummond - predsjednik Direktor, Cantar za Ekonomiju u oblasti zdravstva, York Univerzitet

Dr Graham Archard - ljekar opšte prakse, Dorset

Ms Catherine Arkley - laik

Dr David Gillen - medicinski direktor, Wyeth Pharmaceutical

Dr Ruth Stephenson - konsultat za anesteziju, Glavni za kliničku etike, NHS Grampian

Prilog C: Poređenje SC sa planiranim vaginalnim porođajem

Sledeće tabele su takođe u punoj verziji vodiča

Tabela 1 Krajnji efekti na ženino zdravlje planiranog SC u poređenju sa planiranim vaginalnim porođajem za žene sa urednom trudnoćom i bez prethodnog SC

Efekti vezani za vrijeme porođaja	Vezano za planirani SC	Vezani za planirani vaginalni porođaj (uključujući % ne planiranih SC u grupi planiranih za vaginalni porođaj)	Krajnji efekti	Relativni efekat (95% interval povjerenja)	Evidencija kvaliteta i reference
Studije sugerišu smanjenje nakon planiranog SC					
Perinealni i abdominalni bol tokom rađanja ^[a]	Srednji skor 1.0	Srednji skor 7.3 (10.3%)	6.3 manje	NC	Vrlo nisko
Perinealni i abdominalni bol 3 dana nakon porođaja	Srednji skor 4.5	Srednji skor 5.2 (10.3%)	0.7 manje	NC	Vrlo nisko
Povrede vagine	0.0%	0.56% (14.7%)	6 manje na 1000 (od 6 manje do 2 manje)	NC	Vrlo nisko
Rano krvarenje nakon porođaja	1.1%	6.0% (35%)	49 na 1000 (od 4 do 56)	OR 0.23 (0.06 do 0.94)	Nisko
	3.9%	6.2% (8.3%)	23 manje na 1000 (od 35 do 6)	RR 0.06 (0.4 do 0.9)	Vrlo nisko

Obstretički šok	0.006%	0.018% (8.2%)	12 manje na 1000 (od 17 manje do 0.1 manje)	RR 0.33 (0.11 do 0.99)	Vrlo nisko
Studije sugerišu smanjenje nakon planiranog vaginalnog porođaja					
Dužina bolničkog liječenja	3.2 dana	2.6 dana (35%)	0.6 dana duže	Značajna razlika 1.58 (1.27 do 2.17)	Nisko
	3.96 dana	2.56 dana (8.2%)	1.4 dana duže		Vrlo nisko
Hister-ektomija zbog post-partalnog krvarenja	0.03%	0.01% (8.2%)	14 više na 100.000 (od 3 više do 33 više)	RR 2.31 (1.30 do 4.09)	Vrlo nisko
Zastoj srca	0.19%	0.03% (8.2%)	15 više na 10.000 (od 11.5 više do 19.5 više)	RR 4.91 (3.95 do 6.11)	Vrlo nisko
Nema razlike nađene u studijama					
Perinealni i abdominalni bol 4 mjeseca nakon porođaja	Srednji skor 0.0	Srednji skor 0.17 (10.3%)	0.17 manje	NC	Vrlo nisko
Povreda bešike/uretera	0.0%	0.14% (14.7%)	1 manje na 1000 (od 2 manje do 2 više)	NC	Vrlo nisko
Povreda grlića	0.0%	0.28% (14.7%)	3 manje na 1000 (od 3 manje do 1 više)	NC	Vrlo nisko

Jatrogena hirurška povreda	0.00%	0.07% (14.7%)	7 manje na 10.000 (od 10 manje do 30 više)	NC	Vrlo nisko
Plućna embolizacija	0.00%	0.003% (14.7%)	2 manje na 10.000 (od 2 manje do 40 više)	NC	Vrlo nisko
Infekcija rane	0.01%	0.00% (35%)	1 više na 10.000	P = 1.0	Nisko
	1.5%	0.9% (8.3%)	6 više na 1000 (od 1 manje do 19 više)	RR 1.7 (0.9 do 3.2)	Vrlo nisko
Intraoperativne povrede	0.1%	0.3% (8.3%)	1 manje na 1000 (od 3 manje do 7 više)	RR 0.5 (od 0.1 do 3.5)	Vrlo nisko
Ruptura uterusa	0.02%	0.03% (8.2%)	13 manje na 100.000 (od 22 manje do 2.2 više)	RR 0.51 (od 0.25 do 1.07)	Vrlo nisko
Asistirana ventilacija ili intubacija	0.01%	0.005% (8.2%)	7 više na 100.000 (od 0 manje do 22 više)	RR 2.21 (0.99 do 4.90)	Vrlo nisko
Akutna renalna insuficijencija	0.004%	0.001% (8.2%)	2 više na 100.000 (od 9 manje do 13 više)	RR 2.17 (0.58 do 8.14)	Vrlo nisko

Različiti nalazi po studijama					
Smrt majke	9/737 (slučajevi/kontrolna grupa)	49/9133 (slučajevi/kontrolna grupa) (maternalnih smrti koje se dešavaju u grupi planiranih vaginalnih porođaja 13/49 (26.5%) su trudnice koje su se porodile hitnim SC)	NC	OR 2.28 (1.11 do 4.65)	Vrlo nisko
	0.00%	0.00% (14.7%)	Nema razlike (bez dešavanja)	NC	Vrlo nisko
	0.00%	0.002% (8.2%)	1.8 manje na 10.000 (od 2 manje do 6 više)	NC	Vrlo nisko
Duboka venska tromboz	0.00%	0.03% (14.7%)	0.7 manje na 1000 (od 0.2 manje do 4 više)	NC	Vrlo nisko
	0.06%	0.03% (8.2%)	32 više na 100.000 (od 14 više do 59 više)	RR 2.2% (1.51 do 3.20)	Vrlo nisko
Transfuzija krvi	1.7%	1.9% (35%)	2 manje na 1000 (od 14 manje do 34 više)	OR 0.87 (0.27 do 2.78)	Nisko
	0.3%	0.3% (14.7%)	0 manje na 1000 (od 2 manje do 5 više)	RR 0.89 (0.20 do 3.99)	Vrlo nisko

	0.3%	0.4% (8.3%)	1 manje na 1000 (od 2 manje do 5 više)	RR 0.7 (0.2 do 2.7)	Vrlo nisko
	0.02%	0.07% (8.2%)	41 manje na 100.000 (od 53 manje do 23 manje)	RR 0.20 (0.20 do 0.64)	Vrlo nisko
Infekcije – rane i nakon porođaja	1.1%	0.8% (14.7%)	3 više na 1000 (od 2 manje do 11 više)	RR 1.36 (0.75 do 2.4)	Vrlo nisko
	0.6%	0.21% (8.2%)	390 više na 100.000 (od 323 više do 464 više)	RR 2.85 (2.52 do 3.21)	Vrlo nisko
Histerektomija	0.6%	0.1% (35%)	5 i više na 1000	P = 0.13	Nisko
	0.1%	0.01% (14.7%)	1 više na 1000 (od 0 više do 5 više)	RR 9.09 (1.36 do 60.33)	Vrlo nisko
	0.06%	0.02% (8.2%)	41 više na 100.000 (od 23.6 više do 68 više)	RR 3.60 (2.44 do 5.31)	Vrlo nisko
Komplikacije tokom anestezije	0.4%	0.3% (14.7%)	1 više na 1000 (od 2 manje do 11 više)	RR 1.24 (0.34 do 4.59)	Vrlo nisko

	0.53%	0.21% (8.2%)	319 više na 100.000 (od 257 više do 379 više)	RR 2.5 (2.22 do 2.86)	Vrlo nisko
SC, Carski rez; OR, unakrsna stopa, RR, relativni rizik; NC, nije mjerljivo					
[a] Skor/10, viši skorovi indikuju veći stepen bola					

Tabela 2 Krajnji efekti na zdravlje bebe tokom planiranog SC u poređenju sa planiranim vaginalnim porođajem kod žena sa nekomplikovanom trudnoćom i bez prethodnog SC

Efekti vezani za vrijeme porođaja	Vezano za planirani SC	Vezano za planirani vaginalni porođaj (uključuje % neplaniranog SC u grupi vaginalnih porođaja)	Apsolutni efekat	Relativni efekat (95% interval povjerenja)	Evidencija kvaliteta i reference
Studije sugerišu smanjenje nakon planiranog vaginalnog porođaja					
NICU upis	13.9%	6.3% (35%)	76 više na 1000 (od 31 više do 134 više)	RR 2.20 (1.4 do 3.18)	Nisko
Nema razlike nađene po studijama					
Hipoksičko-ishemijska encefalopatija (depresija CNS konvulzije pH<7)	0.2%	0.2% (14.7%)	0 manje na 1000 (od 2 manje do 5 više)	RR 0.81 (0.22 do 3.00)	Vrlo nisko
Intrakranijalna hemoragija	0.00%	0.01% (14.7%)	0.2 manje na 1000 (od 0.4 manje do 3 više)	NC	Vrlo nisko
Neonatalna respiratorna isuficijencija	12.0%	11.5% (14.7%)	5 više na 1000 (od 14 manje do 27 više)	RR 1.04 (0.88 do 1.23)	Vrlo nisko

Različiti nalazi po studijama					
Neonatalni mortalitet	0.0%	0.1% (14.7%)	1 manje na 1000 živo rođenih (od 1 manje do 2 više)	NC	Vrlo nisko
	0.17%	0.07% (7.9%)	1 više na 1000 živo rođenih (od 1 više do 2 više)	RR 2.4 (2.20 do 2.65)	Vrlo nisko
Apgar skor u 5 minutu < 7	0.0%	0.5% (14.7%)	5 manje na 1000 (od 5 manje do 1 manje)	NC	Vrlo nisko
	0.6%	1.2% (35%)	6 manje na 1000 (od 9 manje do 157 više)	RR 0.44 (0.07 do 2.51)	Vrlo nisko
SC, Carski rez; NICU, jedinica intenzivne neonatalne njege; CNS, centralni nervni sistem; RR, relativni rizik; NC nije mjerljivo					

Izmjene nakon publikacije

Februar 2013 godine: Male izmjene

Avgust 2012 godine: Preporuke 1.3.1.1 i 1.3.1.2 su uklonjene iz ovog vodiča. Glavna tema „mjesto rađanja“ će se obraditi tokom ažuriranja u kliničkim smjernicama „Intrapartalna njega“ koje je sada u toku. U međuvremenu pogledajte trenutni vodič za intrapartalnu njegu i tekuće smjernice o mjestu rođenja.

O vodiču

Ovaj vodič je ažurirani i zamijenjeni NICE klinički vodič 13 (objavljen aprila 2004 godine).

Nove i ažurirane preporuke se odnose na:

- Rizik i korist od planiranog SC u poređenju sa planiranim vaginalnim porođajem
- Njega žene uzimajući u obzir rizik od adherentne posteljice
- Adekvatna njega i izbori za žene koje su HIV pozitivne
- Njega žena koje zahtijevaju SC bez kliničkih indikacija
- Intervali od odluke do pružanja usluge koji bi se koristili kao standardi
- Vrijeme administracije antibiotika tokom SC
- Adekvatna njega i izbori za žene koje su imale prethodni SC

Preporuke označene kao **[2004]**, **[2011]**, ili **[novo 2011]**:

- **[2004]** znači da podaci nisu ažurirani i objavljeni od 2004 godine
- **[2004 dopunjeno 2011]** znači da podaci nisu ažurirani i objavljeni od 2004 godine ali da su napravljene male dopune 2011 godine
- **[2011]** znači da su podaci objavljeni bez promjena preporuka
- **[novo 2011]** da su podaci objavljeni i da su preporuke ažurirane ili dodate.

NICE klinički vodič je preporuka za liječenje pacijenata sa specifičnim oboljenjima NHS a u Engleskoj i Velsu. Vodič je izrađen od strane National Collaborating Centre for Women`s and Children`s Health, u saradnji sa Royal College of Obstreticians and Gynaecologist. The Collaborating Centre je radio u saradnji sa grupom zdravstvenih radnika (uključujući konsultante, porodične ljekare, babice i udruženja patronažnih sestara), predstavnika roditelja i tehničkog osoblja. Vodič je objavljen nakon detaljnih konsultacija.

Metode i procesi razvoja NICE kliničkih vodiča su opisani u The guidelines manual.

Preporuke ovog vodiča su dio mreže NICE preporuka. Osmišljen je i zaključak za pacijente i korisnike. Preporuke za njegovo korišćenje su takođe dostupne.

Odgovornost

Ovaj vodič je nastao nakon temeljnih istraživanja koja su naučno zasnovana. Od zdravstvenih radnika se očekuje da ih u potpunosti preuzmu kada donose kliničke procjene. Međutim, vodiči ne mogu nadjačati individualnu odgovornost svakog zdravstvenih radnika u donošenju odluka koje odgovaraju okolnostima pojedinačnog pacijenta, u konsultaciji sa pacijentom i / ili starateljaom, on je dužan da obavijesti pacijenta o karakteristikama lijekova koje koristi.

Realizacija ovog vodiča je odgovornost lokalnih vlasti i/ili pružalaca zdravstvene zaštite. Lokalnim vlastima i pružaocima zdravstvene zaštite je skrenuta pažnja da je njihova odgovornost realizacija preporuka, u lokalnom značenju, u okviru njihovih obaveza, da bi se izbjegla nezakonita diskriminacija i da bi se imalo u vidu promovisanje jednakih mogućnosti. U ovom vodiču ništa ne treba tumačiti na način koji bi bio u suprotnosti sa ovim obavezama.

Autorska prava

Nacionalni institut za zdravlje i klinička iskustva 2011. Sva prava su zadržana. NICE materijal ne smije se koristiti za privatna istraživanja i studije, a može se koristiti za edukativne neprofitne svrhe. Reprodukција i korišćenje u komercijalne svrhe nije dozvoljeno bez pismenog odobrenja NICE.



NHS
*National Institute for
Health and Clinical Excellence*