

DODATAK PLANU POROĐAJA

Postupci tokom porođaja

Klizma (klistir) i brijanje

Pražnjenje creva prirodan je i spontan čin koji se događa tokom rađanja, a izazvan je pomoću dva mehanizma. Kao prvo, isti biološki mehanizmi koji podstiču kontrakcije materice, takođe i stimulišu mišićna vlakna u zidu creva i ono za vreme porođaja intenzivnije radi i prazni se. Naponi predstavljaju simultanu kontrakciju mišića dijafragme i prednjeg trbušnog zida i oni su ekvivalentni aktu oslobađanja stolice. Osim toga, spuštanje glavice kroz karlicu mehanički pritiska debelo crevo i prazni ga. Tako da se može reći da je proces nevoljnog, spontanog i potpunog pražnjenja creva tokom porođaja neizbežan. Naravno da je time i neizbežno potencijalno zagađenje deteta i porođajnih rana (epiziotomija, ruptura međice i vagine) sadržajem creva za vreme rađanja. Konačna, ali srećom retka, posledica može biti infekcija deteta i majke. Nažalost, i pored upotrebe klizme, potpuno pražnjenje creva ne uspeva uvek te je u tom smislu pitanje klizme upitno. Ipak, prepun završni deo debelog creva može ometati i usporiti spuštanje glavice kroz porođajni kanal, te se iz tog razloga preporučuje primena klizme. Potencijalni rizik klizme je u mogućoj povredi creva ako se primeni u prevelikoj količini, prebrzo i grubo, međutim taj je rizik na nivou teoretskog minimuma.

Brijanje je isključivo preventivna higijenska mera kojom se nastoji olakšati održavanje primerene higijene za vreme porođaja kao i tokom babinja. Naime, dlake u stidnom predelu smetaju pri njegovom pranju i pri šivenju epiziotomije. Nakon porođaja, krv i lohije koje se neprestano izlučuju zadržavaju se na dlakama pa je time higijena otežana. Međutim, treba imati na umu da brijanje može takođe da bude i uzrok upale kože i folikulitisa (upala korena dlake), ponovni rast dlaka može izazvati neugodan svrab i osećaj peckanja. Ako se ne izvodi jednokratnim ili sterilnim briačem postoji i rizik prenosa infekcije HIV i hepatitisa. Svaka trudnica ima pravo da donese u porodilište sopstveni jednokratni pribor za brijanje.

Zaključak bi bio sledeći: standard i opšta prosvetćenost mladih žena omogućavaju im da sve ovo saznaju dovoljno pre dolaska u porodilište. Apsolutno je nemoguće nekoga prisiljavati na klizmu i brijanje, ali ono što možemo dati su razumne preporuke. Svaka se žena može kod kuće sama pripremiti za porođaj. Pražnjenje creva se može obaviti i pre dolaska u porodilište dijetetskim merama ili uporabom lakših biljnih preparata za podsticanje probave. Kako bi se creva ispraznila u što većoj meri na prirodan način, trudnice bi trebalo tokom prvog porođajnog doba podsticati na kretanje i često obavljanje nužde. Trudnice mogu doći ili već obrijane u porodilište ili da budu u porodilištu higijenski propisno obrijane u području oko otvora vagine i međice zbog eventualnog izvođenja epiziotomije i kasnije higijene šavova i međice.

Epiziotomija (rez na međici)

Epiziotomija ili rez na međici je hirurški zahvat kojim se zaseku koža i potkožno tkivo međice sa ciljem da se spreči nekontrolisano i naglo pucanje tih tkiva za vreme izlaska glavice iz porođajnog kanala. Epiziotomija se obavlja u tzv. mediolateralnom smeru, što znači pod uglom od 45° otvorenim na dole u odnosu na horizontalnu liniju povučenu kroz otvor vagine, a time se potencijalni razdor tkiva može izbeći ili pak usmeriti tako da ne zahvati otvor debelog creva i samo crevo, što su inače neugodne komplikacije. Važno je znati da se čak ni epiziotomijom ne može uvek sa sigurnošću sprečiti razdor tkiva. Ukoliko je procena lekara i babice takva da se plod može roditi bez porođajnih povreda ili uz male laceracije i rascepe, daleko pliće od epiziotomije, svakako da je nečinjenje epiziotomije u tom slučaju za porodilju značajna dobrobit.

Primerena priprema za porođaj i pomoć tokom prvog porođajnog doba mogu podrazumevati i pripremu međice za porođaj. To se obavlja masažom sa kremama ili uljima. Na taj način se može međica učiniti elastičnijom. Pomoć babice pri samom rađanju glavice je od presudne važnosti, jer postoji poseban način držanja međice i glavice (hvatač po Rintgenu). Jednom rukom se međica štiti od razdora, dok se drugom rukom glavica polagano i kontrolisano propušta preko međice. Takođe, saradnja porodilje je pri tome veoma važna. Kontrolisano napinjanje, kada babica prepoznaje da bi moglo da dođe do prsnuća i signalizira porodilji da zaustavi napinjanje, izuzetno je važno za sprečavanje razdora međice.

Trudnice mogu redovnim masiranjem medice i primerenim vežbama krajem trudnoće pripremiti medicu za porođaj te epiziotomija tada ne mora da bude potrebna. Na kraju je važno istaknuti da konačan sud o potrebi za epiziotomijom donose lekar i babica najčešće pred samo rađanje glavice, a retko puno unapred.

Izuzetne situacije kada je epiziotomija iz medicinskih razloga unapred planirana su:

1) porođaj ploda u karličnoj prezentaciji, 2) porođaj vakuum ekstraktorom, 3) malformacije deteta koje otežavaju normalan porođaj, 4) ožiljci u području medice, koji potiču od prethodnih porođaja, a čine medicu neelastičnom i čvrstom, 5) veoma krupan plod, 6) kada je usled akutne ugroženosti ploda potrebno maksimalno ubrzati njegovo rađanje. U ovim navedenim stanjima izvođenje epiziotomije ima prvenstveno za cilj olakšavanje i ubrzavanje porođaja, a uz to i prevenciju rascepa medice.

Aktivno vođenje porođaja: amniotomija, infuzija oksitocina i primena prostaglandinskih preparata

Odmah na početku bi trebalo obrazložiti dva aspekta ovog problema.

Kao prvo: amniotomija (prokidanje vodenjaka), primena infuzije oksitocina i prostaglandinskih preparata (supstance za izazivanje i pojačavanje trudova) su postupci i lekovi koji se primenjuju uz strogu medicinsku indikaciju kada postoji jasan medicinski razlog za izazivanje i ubrzavanje porođaja ili pojačavanje trudova, a zbog nastalih komplikacija koje mogu ugroziti majku i/ili dete. U tom slučaju ne govorimo o izbornom postupku i o planu porođaja kao putu do sopstvene odluke. Tada se radi o hitnoj i potrebnoj medicinskoj intervenciji koja spada u domen odluke i odgovornosti lekara koji vodi porođaj. Lekar je obavezan da trudnicu upozna sa novonastalim komplikacijama, mogućim rizicima i razlogom zbog čega se primenjuje amniotomija, infuzija oksitocina ili prostaglandini i eventualno odstupa od plana porođaja za šta trudnica nakon obrazloženja lekara, potpisuje saglasnost. Problem trudnice zapravo se svodi samo na pitanje većeg ili manjeg poverenja u ekipu koja vodi porođaj.

Drugo, a vezano za izborni plan porođaja: amniotomija, infuzija oksitocina i prostaglandini mogu biti rutinska pomagala u vođenju normalnog i nekomplikovanog porođaja, a daju se u svrhu započinjanja i ubrzavanja porođaja. U ovom slučaju se radi o izbornom ili dogovornom postupku kako bi određen porođaj išao bez zastoja i trajao kraće. Ovakav postupak deo je prakse o aktivnom vođenju porođaja. Principi aktivnog vođenja porođaja se u današnjoj praksi uglavnom primenjuju u svrhu sprečavanja produženog porođaja.

CTG – kardiotokografski nadzor

Temeljna pravila akušerske struke nalažu obavezan i stalan nadzor deteta tokom porođaja. Zasnovano na preporuci Svetske zdravstvene organizacije i Evropskog udruženja za perinatalnu medicinu, porodilišta u zemljama u razvoju morala bi da imaju po jedan kardiotokografski aparat na svakih 400 porođaja. Iz ovoga je jasno da za to postoji dobar razlog, odnosno kardiotokografskim nadzorom deteta indirektno se nadzire snabdevenost kiseonikom i pravovremeno prepoznaju stanja gde je snabdevenost smanjena.

Višegodišnje analize stvarnog doprinosa CTG nadzora ukazale su na sledeće:

- način očitavanja zapisa i prepoznavanje određenih promena nisu jednaki među lekarima;
- CTG nadzorom tokom normalnog porođaja se sa visokom pouzdanošću može potvrditi da je stanje deteta normalno;
- veći deo ugrožene dece će biti CTG-om pouzdano prepoznato kao ugrožena, ali u određenom broju slučajeva će ipak nalaz biti «lažno loš» (statistički pojam prevelikog udela lažno pozitivnog testa), odnosno dete je dobro, a CTG zapis upućuje na ugroženost. Krajnji rezultat u takvim slučajevima će biti nepotrebna intervencija, na primer nepotrebno izveden hitan carski rez;
- u grupi visokorizičnih trudnoća, gde od ranije znamo da je dete potencijalno ugroženo poremećajima koji su nastali tokom trudnoće, a pre početka porođaja CTG je nedvosmisleno dobar, u takvim slučajevima je obavezan stalni /kontinuirani CTG nadzor tokom prvog i drugog porođajnog doba.

Dakle, ako govorimo o CTG-u kao relativno izornoj kategoriji u planu porođaja možemo preporučiti sledeće: pridržavanje plana porođaja podrazumeva tok normalnog porođaja gde se određeni postupci prilagođavaju želji i udobnosti trudnice tokom rađanja, ali nipošto na račun krajnjeg dobrog ishoda.

Ako se radi o prethodno normalnoj trudnoći te o normalnom rastu i razvoju deteta, CTG nadzor se ne mora sprovoditi stalno, već se može prihvatiti i sistem povremenog (intermitentnog) nadzora. To u praksi znači snimiti CTG zapis kod prijema u porodilište (prijemni CTG), a zatim povremeno snimanje (slušanje CTG-om i registracija zapisa na papirnu traku) zapisa. U međuvremenu se trudnica može kretati i ne mora da bude vezana uz krevet ili CTG uređaj. Ako se pri ovakvom snimanju uoče nepravilnosti, prelazi se na stalni /kontinuirani nadzor.

Kod prsnuća plodovih ovoja obavezno je odmah snimiti CTG zapis. Isto tako i po početku drugog porođajnog doba kada je materično ušće potpuno otvoreno, a trudovi su jaki i česti preporučuje se CTG zapis kontinuirano do samog porođaja.

Ublažavanje bolova i sredstva protiv bolova

Epiduralna analgezija

Kod epiduralne analgezije se u prostor oko tvrde opne kičmene moždine injekcijom unosi kombinacija lokalnog anestetika i opioda (snažan lek za uklanjanje bolova) i time blokiraju nervni putevi kojima se prenosi bol. U većini slučajeva postiže se potpuni analgetski efekat (stanje bez bolova). Idealno vreme za početak epiduralne analgezije je doba otvaranja, kada je materično ušće otvoreno barem 3-4 cm. Stanja kod kojih je zabranjena epiduralna analgezija su poremećaji zgrušavanja krvi, upala na mestu planiranog uboda iglom, deformiteti kičmenog stuba, alergija na neki od lekova koji se koriste, kao i nizak krvni pritisak. Moguće komplikacije su krvarenje, stvaranje nakupina krvi i upala u epiduralnom prostoru.

Faza otvaranja grlića uz primenjenu epiduralnu analgeziju obično traje kraće, dok faza istiskivanja ploda kroz karlicu nakon potpune otvorenosti materičnog ušća može trajati nešto duže i biti udružena sa češćom potrebom za primenom vakuum ekstrakcije.

Spinalna anestezija

Kod spinalne anestezije se lokalni anestetik u kombinaciji sa opiodom unosi iglom u duralni prostor. Postiže se potpuni analgetski učinak uz očuvanje svesti. Pri tome majka ne oseća nikakve bolove, a ima mogućnost da odmah vidi i čuje svoje dete. Idealna je metoda kod planiranog carskog reza.

Opšta anestezija

U hitnim stanjima ili kod nemogućnosti primene spinalne anestezije, opšta anestezija je metoda izbora za sprovođenje carskog reza. Pri tome žena spava i ne oseća nikakve bolove.

Analgetici - lekovi protiv bolova

Petidin je u porođajnoj analgeziji najčešće korišćen analgetik. Nakon primene postiže se analgetski učinak koji traje 2-4 sata. Kao i svi morfini ovaj opiod prelazi placentnu barijeru (prelazak iz krvnosudovnog sistema majke u krvnosudovni sistem deteta) te može dovesti do depresije disanja. Sme se davati u doba otvaranja i trebalo bi izbegavati primenu u periodu dva sata pre očekivanog rađanja deteta, jer može dovesti do poremećaja disanja kod novorođenog deteta.

Postupci sa novorođenčecom u porodilištu

Nakon rođenja zahtevajte direktan kontakt s detetom «gola koža na голу kožu» te kontakt pogledom («oči u oči»), što je od velikog značaja za budući razvoj Vašeg deteta i Vaš međusobni odnos. Zahtevajte da se stavi na dojk. U nekim porodilištima ti postupci nisu uobičajeni i rutinski.

Neposredno po rođenju novorođenče se odvaja od posteljice presecanjem pupčane vrpce, što bi trebalo učiniti kod donešenog novorođenčeta kada ona prestane da pulsira (sem ukoliko se ne radi o RhD negativnoj majci kada se pupčanik podvezuje odmah po rođenju), a dobro je da dete bude ispod nivoa majčinog trbuha. Kupanje deteta po rađanju, osim u izuzetnim prilikama, nije neophodno, a nije potrebno ni skidanje sirastog maza. Dete je potrebno obrisati od plodove vode i krvi kako bi bilo suvo, jer se tako sprečava rashlađivanje. Poželjno je da pelene u koje se dete zamotava budu prethodno ugrejane.

Po presecanju pupčane vrpce obavlja se procedura identifikacije novorođenčeta.

Ostale informacije u vezi sa ovim postupcima potražite u rubrici NEONATOLOGIJA.