ПОДГОТОВКА НА ЖЕНИТЕ С ПРЕДШЕСТВАЩО ЕЛЕКТИВНО СЕКЦИО ЦЕЗАРЕА ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЕЛЕКТИВНО ОПЕРАТИВНО РОДОРАЗРЕШЕНИЕ - ОЧАКВАНИЯ НА ПАЦИЕНТКИТЕ И РОЛЯТА НА АКУШЕРКАТА

Полина Драгнева, Виолета Алексиева
Филиал Сливен към МУ " Проф. д-р Параскев Стоянов"-Варна
П.к. 8800, гр. Сливен, ул. Генерал Столетов № 30
E-mail: polinadragneva93@abv.bg, aleksieva_1968@abv.bg

Абстракт

Нарастването на относителният дял на секцио цезареа (S. C.) като метод за родоразрешение е устойчива тенденция през последните двадесет години и е най-често срещаната хирургическа процедура сред жени в детеродна възраст в света. Колкото по-развита е една страна, толкова по-многобройни са оперативните раждания. Различават се следните видове СЦ: планово, спешно, вторично СЦ (след предходно секцио), секцио парва (раждане чрез цезарово сечение на нежизнеспособен плод- плод под 25 г.с.).

Елективно секцио се нарича още планово цезарово сечение. То се характеризира с това, че се прави в точно определено време при напълно подготвена за оперативната интервенция пациентка и медицински екип. Този вид операция се среща все по-често, при това без медицински индикации за това. Според редица учени това се дължи на страх от раждането, пести се време на екипа, времето може да се подбере така, че да е удобно за персонала [1].

Начинът на раждане не винаги е съобразен с предпочитанията на жените, като някои жени, които предпочитат естествено раждане, се подлагат на планово цезарово сечение по медицински причини. Изборът на болница, в която персоналът подкрепя решението им (независимо от решението), е най-полезният фактор при подготовката за раждане след цезарово сечение. Болниците трябва да подкрепят предпочитанията на жените за раждане след цезарово сечение, като предоставят цялостни консултации, ресурси и емоционална подкрепа, за да осигурят информирани решения и положителни преживявания при раждане [8].

Целта на обзорната ни статия е да проучи световната литература относно елективното раждане с предходно такова и да обобщи подготовката на жените за предстоящото оперативно раждане, както и да се оцени ролята на акушерката в подготовката на пациентките.

Заключение:

Въпреки научните изследвания и международните и национални препоръки, опитът показва, че естественото раждане след предишно цезарово сечение е дискусионен въпрос както сред медицинския персонал, така и сред жените. В тази връзка е важно да се разпознаят нуждите и очакванията на жените относно раждането след цезарово сечение. Важен аспект в този контекст е възможността жената да участва във вземането на решения относно извършваните процедури. Предполага се, че при добра информираност на жените, може да доведе до по-удовлетворяващи преживявания при раждане.

Ключови думи: *елективно секцио, раждания, медицински екип*

Въведение

Научни асоциации от Обединеното кралство (Кралски колеж по акушерство и гинекология), Съединените щати (Американският колеж по акушерство и гинекология) и Канада (Акушерско-гинекологично дружество на Канада) публикуваха препоръки за раждане след цезарово сечение (CS). Всички асоциации са съгласни, че трябва да се мисли за естествено раждане след едно или две секцио. Всички документи включват информация за подробно медицинско управление, както и препоръки как да си сътрудничим с бременната жена при определяне на всеки метод на раждане [8].

Предвид дебатът за определяне на приемлив процент на ЦС съществува консенсус според институции като Национален институт за постижения в здравеопазването и грижите [NICE], Кралски колеж по акушерство и гинекология [RCOG], Американски колеж по

акушерство и гинекология [ACOG], Национални здравни институти [NIH], че планираният VBAC е клинично безопасен избор за по-голямата част от жените с едно предишно цезарово сечение с по-нисък сегмент. Подобна стратегия се подкрепя и от здравно-икономическото моделиране и също така поне би ограничила всяка ескалация на процента на раждане с цезарово сечение и майчината заболеваемост, свързани с многократните раждания с цезарово сечение. Това ръководство предоставя основани на доказателства препоръки за най-добри практики за пренатално и интрапартално управление на жени, подложени на планирано вагинално раждане след ЦС и елективно раждане след ЦС [6].

Според редица проучвания данните показват, че жените, които са претърпели ЦС, са по-склонни да имат елективно ЦС, отколкото вагинално раждане след ЦС (VBAC) в много райони на света, въпреки че вагиналното раждане е безопасен начин на раждане за по-голямата част от жените след цезарово сечение. Според проучване през 2021 г. са установени 34 различни фактора, които влияят върху предпочитанията на жените. Най-често срещаните фактори, които имат ефект върху предпочитанията, са: препоръка на медицинския персонал, мнение на лекаря и страх от болка. Други фактори като желание за естествено раждане, по-бързо и по-лесно възстановяване, подкрепа от мнението на лекаря и акушерката, влияещи върху предпочитанието към елективно секцио цезареа са свързани с комфорта и убеждението, че ЦС е по-безопасен за бебето или майката. Ключът към вземането на информирано решение относно начина на доставка е комуникацията с медицинските специалисти [7].

Естественото раждане след предишно цезарово сечение е спорен въпрос въпреки научните изследвания и международните препоръки. Въпреки това, опитът показва, че естественото раждане след предишно цезарово сечение е дискусионен въпрос както сред медицинския персонал, така и сред жените. Световната здравна организация в препоръки, издадени през 2018 г., подчертава, че положителният опит при раждане включва както акушерските резултати, така и опита на жената. Положителното преживяване при раждане се определя чрез отчитане на гледната точка и очакванията на жената въз основа на техните лични убеждения и мнения. В допълнение, систематичните прегледи показват, че перинаталните резултати се определят не само от нивото на медицински познания, рутинните прегледи и приложените процедури, но и до голяма степен от холистични висококачествени грижи, които трябва да бъдат фокусирани върху жената и нейните нужди [8] .

В тази връзка е важно да се разпознаят нуждите и очакванията на жените относно раждането след цезарово сечение. Важен аспект в този контекст е възможността жената да участва във вземането на решения относно извършваните процедури. В случай на раждане чрез цезарово сечение, медицинските показания могат значително да ограничат възможността за съвместно вземане на решение на жената и дори да изключат процеса на раждане от очакванията и нуждите на жената. Въпреки това, възможността за съвместно вземане на решения от жената и медицинския специалист, дори когато трябва да се извършат специфични медицински процедури, може да даде на пациентката усещане за контрол върху процеса на раждане и по този начин положително изживяване при раждане [3].

Според експертна препоръка от Австрийското дружество по акушерство и гинекология (OEGGG) включва обобщени насоки от водещи специализирани организации в света (RCOG, ACOG, WHO, NIH, NICE) относно алтернатива за планово повторно цезарово сечение. По този начин се привежда в съответствие с международните тенденции, според които се препоръчва диференциран, индивидуализиран клиничен подход, който отчита ползите и рисковете както за майката, така и за детето, осигурява подробно консултиране и взема предвид желанията на пациента [5].

Всяко цезарово сечение подлежи на вътреклинично обсъждане с хабилитирано лице и/или ръководителя на съответната клиника или отделение. Трябва ясно да се прецезират и

документират индикациите, като това трябва да бъде обсъдено с пациентката. Необходимо е тя да потвърди съгласието си посредством подписване на информирано съгласие, чрез което тя свидетелства, че е запозната с всички възможни рискове и усложнения свързани с операцията. При случаите, в които пациентката отказва да бъде извършено цезарово сечение това ясно трябва да бъде отразено в документацията лично от нея, като тя поема цялата отговорност, както за своето здраве, така и за това на плода/плодовете. В случаите, когато пациентката е малолетна или непълнолетна обсъждането и документацията се оформят със съответния родител/настойник. В случаите, когато пациентка е неконтактна (в безсъзнание) или невменяема, съответно неспособна да вземе решение, се действа съобразно акушерската ситуация. Предоперативната подготовка включва съвкупност от клинико-лабораторни действия, които задължително трябва да се извършат преди всяко цезарово сечение [2].

Безспорно едно оперативно раждане спестява часове родилен процес, съпроводен с неприятни болкови усещания [11]. От друга страна възстановяването след операцията е по-дълго, оперативното вмешателство води до по-чести тромбоемболични усложнения, има оперативен риск, както и такъв при прилагането на анестезията. Причините, поради които жените взимат решение за оперативно раждане, без да има абсолютни или относителни предпоставки за това са страха за себе си и новороденото, както и по-дългото протичане на нормалното раждане съпроводено със силни болки. За акушерките, както и за всички останали специалисти по здравни грижи са регламентирани определени професионални дейности, които могат да извършват самостоятелно или по назначение на лекар (Наредба №1 /08.02.2011г МЗ).

Медицинските грижи за подготовката на жените за елективно родоразрешение включват консултация с интернист/кардиолог; гинекологичен преглед; ултразвук; мониторинг на детски сърдечни тонове; присъствие на бащата или придружител по време на раждането при предварително информиране и разрешение от медицинския екип. ЦС задоволява изискванията на съвременната жена за бързо и безболезнено раждане. Новите техники и средства дават възможност за комфорт и в непосредствения постоперативен период. Това обаче би могло да се счита като последваща деквалификация на акушерките и свеждане на поведението им до алтернативата – лесно вагинално раждане или ЦС [1].

Заключение

Според Световната здравна организация (СЗО) “Акушерките са компетентни да предоставят грижи за майчинство, основани на доказателства и улесняващи нормалното състояние“ [9]. Според определението на Международната конфедерация на акушерките (ICM): „Акушерката е лице, което има успешно завършена образователна програма за акушерство, която е надлежно призната в страната, в която е завършена и акушерките могат да предлагат грижи въз основа на философия, която влияе върху модела на акушерските грижи. Според Международната конфедерация на акушерките (ICM) „Акушерските грижи са холистични и непрекъснати по природа, основани на разбиране на социалните, емоционални, културни, духовни, психологически и физически преживявания на жените“ [4].

Тези твърдения ни карат да сформираме следните изводи:

1. Към настоящ момент ролята на акушерката при вземане на решения за начина на раждане от жената е изключително важна, но недостатъчно оценена.
2. Акушерките трябва да работят в посока възвръщане на доверието към тях чрез активна комуникация съвместно с пациентките.
3. Необходими са действия за повишаване на професионалната отговорност на акушерката като важен участник (информатор, съветник, консултант, супервайзър) в процеса на вземане на решение за вида на родоразрешение от бременните жени.

Международната федерация по гинекология и акушерство (FIGO) разработи прости насоки относно съгласието, също и списъци за конкретни процедури за най-често срещаните акушерски и гинекологични процедури [10]. Все повече се забелязват различни промени сред жените, раждащи след цезарово сечение, като голяма част от тях предпочитат естественото раждане при следващата си бременност. Подходящата алтернатива за раждане чрез вземане на решения (проект QUALI-DEC) има за цел да създаде и приложи стратегия за оптимизиране на използването на ЦС чрез неклинични интервенции. „QUALI-DEC“ е проект, финансиран от Европейската комисия и СЗО, който има за цел да намали практиката на необоснованите от медицинска гледна точка цезарови сечения. Ако жената продължава да предпочита повторно цезарово сечение след подходяща информация и време за обмисляне, нейното предпочитание трябва да бъде уважено (т. нар. професионален консенсус).

Използвана литература:

4. Димитрова Диана. Психология на майчинството в контекста на акушерските грижи., 2019., с.131
5. Препоръки и насоки за Цезарово сечение в България Изготвен от работен екип на СБАЛАГ „Майчин дом“ гр. София; На базата на препоръки и ръководства на Royal College of Obstetrics and Gynecology и National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
6. Baranowska B. The Quality of Childbirth in the Light of Research the New Guidelines of the World Health Organization and Polish Perinatal Care Standards. J. Mother Child. 2019;23:54–59.
7. Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care https://www.internationalmidwives.org/assets/ files/definitions-files/2018/06/eng-philosophyand-model-of-midwifery-care.pdf
8. P. Reif , C. Brezinka , T. Fischer , P. Husslein , U. Lang , A. Ramoni , H. Zeisler, P. Klaritsch, Labour and Childbirth After Previous Caesarean Section, Recommendations of the Austrian Society of Obstetrics and Gynaecology (OEGGG), 2016
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Developing a Green-top Guideline. London: RCOG; 2020.
10. Sys D, Kajdy A, Baranowska B, Tataj-Puzyna U, Gotlib J, Bączek G, Rabijewski M. Women's views of birth after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2021 Dec;47(12):4270-4279. doi: 10.1111/jog.15056. Epub 2021 Oct 5. PMID: 34611958.
11. Sys D, Kajdy A, Niżniowska M, Baranowska B, Raczkiewicz D, Tataj-Puzyna U. The Experience of Women Giving Birth after Cesarean Section-A Longitudinal Observational Study. Healthcare (Basel). 2023 Jun 20;11(12):1806. doi: 10.3390/healthcare11121806. PMID: 37372923; PMCID: PMC10297878.
12. Tine S. Eri, Marie Berg, Bente Dahl, Helga Gottfreðsdóttir, Eva Sommerseth, Christina Prinds, Models for midwifery care: A mapping review, https://doi.org/10.18332%2Fejm%2F124110,http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Modelsfor-midwifery-care-A-mappingreview,124110,0,2.html
13. Topcu EG, McClenahan P, Pule K, Khattak H, Karsli SE, Cukelj M, Ubom AE, Algurjia E, Ozpinar K, Perez YR, Bunu R, Sanabria LS, Portilla FJR, Pumpure E, Roy P, Fogarty P; FIGO Education Communication and Advocacy Committee. FIGO best practice guidance in surgical consent. Int J Gynaecol Obstet. 2023 Dec;163(3):795-812. doi: 10.1002/ijgo.15174. Epub 2023 Oct 9. PMID: 37807812.
14. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles /PMC5695799/