

Serbo-croatian
Ser.

a 509/2

MATERNAL AND NEWBORN HEALTH / SAFE MOTHERHOOD UNIT
FAMILY AND REPRODUCTIVE HEALTH
WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA

Izdano od Svjetske zdravstvene organizacije 1996

Pod naslovom: **Care in normal birth: a practical guide** (WHO/FRH/MSM/96.24)

© World Health Organization 1996

*Zdravstvena zaštita pri normalnom porodu
-praktični priručnik-*

Izveštaj tehničke radne grupe

Izdanje na bosanskom jeziku:



Humanitarna nevladina organizacija
«Fenix»
Sanski Most

2002. godina

Uz bosansko izdanje priručnika «Zdravstvena zaštita pri normalnom porodu»

Misija naše nevladine organizacije «Fenix» je zdrava porodica, jer samo zdravom porodicom ćemo dobiti i zdravo društvo. Ovo je jedan u nizu naših projekata, ostvarenih na tom planu.

Prevođenje ovog priručnika smo namijenili svim onim zdravstvenim radnicima, koji rade neposredno sa trudnicama - budućim majkama, porodiljama, novorođenčadi, roditeljima, a kao podsticaj da se razmisli o svim onim postupcima i načinima rada u rađaonama širom Bosne i Hercegovine.

Prvi put kad sam vidjela ovu publikaciju, znala sam da bi obavezno morala biti prevedena i dostupna za korištenje na našem području.

Upravo smo mi zemlja, sa još uvijek visokim perinatalnim i neonatalnim mortalitetom, a prevencija i ispravno iskorišteni raspoloživi resursi su nam slaba strana.

Naše slabije materijalne mogućnosti bi nas trebale nagnati da razmišljamo o pravilnoj i efektivnoj raspodjeli zdravstvene zaštite, a naročito prilikom zbrinjavanja trudnica i porodilja.

U svojim preventivnim aktivnostima moramo naglasiti trudnoću i porođaj kao prirodne, fiziološke procese, i kao takve ih podržavati i jačati.

Ovaj priručnik je i poruka svim ginekolozima i bobicama (primaljama, akušerskim sestrama), da rade na jačanju svog tima, ali i na raspodjeli zadataka, jer samo tako njihov rad može biti efektivan. U većini evropskih zemalja sa veoma niskim perinatalni mortalitetom, fiziološke porode vode babice (primalje, akušerske sestre), što nam ovaj izvještaj opisuje. A gdje su babice Bosne i Hercegovine?

I ne mogu biti, a da ne spomenem sve one majke koje su imale loša iskustva sa svojim porodima. Porodilji je topla riječ i malo pažnje neobično važno u toku bolova. Ovaj izvještaj nam takođe kazuje, koliko je to značajno, čak što više, treba da bude sastavni dio zdravstvene zaštite pri porodu. Svaku porodilju moramo uzeti kao jedinstvenu ličnost i imati poštovanja prema njoj i njenoj porodici, kao i pobrinuti se za očuvanje njene intimnosti. Svako porodilište treba nastojati da bude otvorenog tipa i da budućem ocu dopusti pristup i podršku svojoj supruzi tokom poroda.

Ovo štivo je prihvatljivo za svakog čitaoca, koji se bavi datom problematikom. Pregledno je i čitljivo, a poglavlja su naglašena zaključcima, tako da su osnovne informacije brzo dostupne. Na samom kraju se nalaze kvalificirani zahvati i mjere, koji se mogu koristiti kao podsjetnik u svakodnevnom radu.

Nadam se da će ovaj prevod poslužiti svojoj namjeni i da će ga zdravstveni radnici u porodiljstvu moći iskoristiti u svojoj permanentnoj edukaciji.

Na kraju, svima nam je isti cilj, a to je dobrobit majke i djeteta!

Adisa Hotić

HNO «Fenix»

U Sanskom Mostu, 30.09.2002

Pred nama je prevod publikacije «Zdravstvena zaštita pri normalnom porodu» koja je nastala na materijalu preporuka Svjetske zdravstvene organizacije.

Prevod je nastao kao još jedna aktivnost u nizu aktivnosti nevladine organizacije «Fenix» iz Sanskog Mosta.

Ovo je konkretan prilog Fenix-ovog stručnog tima u cilju smanjenja perinatalnog mortaliteta i maternalne smrtnosti u Bosni i Hercegovini.

Zadnje dvije decenije porodništvo je doživjelo ogroman napredak zahvaljujući tehnološkom razvoju, te primjeni savremenih medicinskih dostignuća kao što je color doppler, kardiotokografija, amnioskopija, amniocenteza, analiza fetalne krvi u porodu, tako da je praćenje trudnoće i sam čin poroda postao jedan veoma aktivan proces.

Na žalost, tehnološki razvoj, te dobro opremljene zdravstvene ustanove nisu dostupne svim dijelovima populacije podjednako, tako da je ova publikacija prije svega nastojanje da se pomogne onima koji neposredno provode zdravstvenu zaštitu pri porodu u mjestima koja su udaljena od vrhunskih zdravstvenih ustanova, a i onima koji imaju privilegiju da rade u dobro opremljenim rodilištima da sagledaju i druge aspekte normalnog i patološkog poroda.

Ovo je jedan novi pristup nekim segmentima praktičnog porodiljstva.

Raspodjela gradiva i publikacije je jednostavna i moderna.

U uvodu su razmatrane definicija i ciljevi zdravstvene zaštite kod normalnog poroda, potom se razmatraju opći aspekti zdravstvene zaštite u pojedinim fazama poroda, na kraju je veoma značajno poglavlje u kom se razmatraju i navode zahvati i mjere koje su korisne i treba ih podsticati, zahvati i mjere za čiju primjenu još ne postoje jaki dokazi o korisnosti, te zahvati i mjere koje se ne koriste na adekvatan način.

Vjerujemo da će ovaj praktični priručnik podjednako poslužiti svim onima koji se bave praktičnim porodiljstvom od akušerske sestre do specijaliste ginekologije i akušerstva i da će bitno uticati na aktivniji stav o prirodnom vođenju poroda.

Ova publikacija je dobar podstrek i osnov svim koji se bave zdravstvenom zaštitom pri porodu za pravilniju raspodjelu resursa u cilju poticanja prevencije i podizanja zaštite majke i djeteta na visoku razinu, što nam je u stvari svima i najvažnija obaveza.

Prim.Doc.Dr Džanić Dževad, spec.gin.i akušerstva
Dr.med. Enes Karabeg, spec. ginekologije i akušerstva

ZAHVALNOST

Tehnička radna grupa želi da iskaže zahvalnost za značajni doprinos Prof. Pieter Treffers i gospođa Petra ten Hoope-Bender, koji su izvršili neophodne pripreme u dokumentacijskom smislu. Tehnička radna grupa zahvaljuje sljedećim učesnicima na njihovim prezentacijama: Dr. Raj Baveja, Stella Mpanda, Delia S. Veraguas Segura.

Tehnička radna grupa se zahvaljuje na značajnim komentarima svih učesnika tokom sastanka, kao i tokom same pripreme ovog dokumenata.

Svjetska zdravstvena organizacija se zahvaljuje Svjetskoj banci i vladi Japana na financijskoj pomoći oko održavanja sastanka i objavljivanja ovog dokumenta.

SADRŽAJ

1. UVOD

- 1.1 Predgovor
- 1.2 Kratki pregled
- 1.3 Određivanje rizika u okviru prenatalne zdravstvene zaštite
- 1.4 Definicija normalnog poroda
- 1.5 Cilj zdravstvene zaštite kod normalnog poroda,
Zadaci davanja zdravstvene zaštite pri porodu
- 1.6 Davač zdravstvene zaštite kod normalnih poroda

2. OPĆI ASPEKTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE PRI PORODU

- 2.1 Procjena općeg stanja žene prilikom poroda
- 2.2 Rutinski postupci
- 2.3 Ishrana
- 2.4 Mjesto poroda
- 2.5 Podrška tokom poroda
- 2.6 Porođajni bolovi
 - 2.6.1 Nemedikamentozne metode ublažavanja bolova
 - 2.6.2 Medikamentozno ublažavanje bolova prilikom poroda
- 2.7 Monitoring fetusa tokom poroda
 - 2.7.1 Procjena amnionske tečnosti
 - 2.7.2 Praćenje srčanih tonova fetusa
 - 2.7.3 Pregled krvi iz fetalnog tjemena
 - 2.7.4 Usporedba auskultacijskog i elektronskog promatranja fetusa
- 2.8 Higijena

3. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TOKOM PRVE FAZE PORODA

- 3.1 Procjena početka poroda
- 3.2 Položaj i kretanje tokom prve faze poroda
- 3.3 Vaginalni pregled
- 3.4 Praćenje toka poroda
- 3.5 Prevencija protražiranog poroda
 - 3.5.1 Rana amniotomija
 - 3.5.2 Intravenozna infuzija oksitocina
 - 3.5.3 Intramuskularno davanje oksitocina

4. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TOKOM DRUGE FAZE PORODA

- 4.1 Fiziološki podaci
- 4.2 Početak druge faze poroda
- 4.3 Početak potiskivanja (napinjanja) tokom druge faze poroda

- 4.4 Proces potiskivanja (napinjanja) tokom druge faze
- 4.5 Vrijeme trajanja druge faze
- 4.6 Položaj tijela majke tokom druge faze
- 4.7 Zaštita perineuma (međice)
 - 4.7.1 Zaštita perineuma tokom poroda
 - 4.7.2 Ruptura perineuma i epiziotomija

5. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TOKOM TREĆE FAZE PORODA

- 5.1 Kratki pregled
- 5.2 Profilaktička upotreba uterotonika
- 5.3 Kontrolisano povlačenje (trakcija) pupčane vrpce (Controlled Cod Traction)
- 5.4 Aktivni menadžment ili normalni tok placentarnog doba
- 5.5 Vrijeme podvezivanja pupčane vrpce
- 5.6 Neposredno zbrinjavanje novorođenčeta
- 5.7 Zdravstvena zaštita majke neposredno nakon izlaska posteljice

6. KLASIFIKACIJA ZAHVATA I MJERA KOD NORMALNOG PORODA

- 6.1 Zahvati i mjere koji su korisni i čiju primjenu treba podsticati
- 6.2 Zahvati i mjere koji su očigledno štetni ili neefektivni, te ih je usljed toga potrebno eliminisati
- 6.3 Zahvati i mjere za čiju primjenu ne postoje jaki dokazi, te koje shodno tome, treba veoma oprezno upražnjavati, dok nova istraživanja u potpunosti ne definišu ova pitanja
- 6.4 Zahvati i mjere koji se često neprimjereno koriste

7. LITERATURA

8. LISTA SARADNIKA

1 UVOD

1.1 Predgovor

Uprkos mnogim debatama i istraživanjima tokom dugog niza godina koncept "uobičajenog" nije standardizovan niti je poprimio karakteristike univerzalnog. U toku nekoliko zadnjih decenija svjedoci smo rapidne ekspanzije razvoja i upotrebe različitih praksi koje započinju, uvećavaju, ubrzavaju, reguliraju ili nadgledaju fiziološki proces porođaja u cilju poboljšanja krajnjeg ishoda za majke i novorođenčad, a ponekad i racionalizacije radnog pristupa porođajnom procesu unutar institucija. U razvijenim zemljama gdje takve prakse poprimaju opći karakter sve više se postavlja pitanje vrijednosti ili poželjnosti tako visokog nivoa intervencija. Istovremeno zemlje u razvoju tragaju za načinom kako da pruže sigurne i finansijski prihvatljive uslove porođaja dostupne za sve žene podjednako. Nekritičko prihvatanje različitih vrsta intervencija koje nisu od pomoći, koje su neblagovremene, neprilične i/ili nepotrebne i nerijetko loše procjenjene, je rizik s kojim se susreću mnogi koji teže ka poboljšanju uslova porođajskih usluga. Nakon utvrđivanja radne definicije "normalnog poroda" ovaj izvještaj identifikuje najuobičajnije pristupe koji se koriste u porođajnom procesu, te pokušava da ustanovi neke norme dobre prakse primjenjive kod poroda koji protiče bez komplikacija.

Izvještaj postavlja pitanja zaštite (porođiljstva) kod normalnog poroda bez obzira na uslove ili nivo medicinske zaštite. Preporuke sadržane u ovom izvještaju, za intervencije koje se koriste ili bi trebale biti korištene u procesu normalnog poroda, su neovisne od državne ili regionalne pripadnosti. Postoje velike razlike u medicinskoj zaštiti širom svijeta i one se uglavnom baziraju na pitanjima mjesta i nivoa medicinske zaštite, sofisticiranosti medicinskih usluga, kao i statusa davaoca medicinske zaštite prilikom normalnog poroda. Cilj ovog izvještaja je da ispita dokaze za ili protiv upotrebe nekih od uobičajenih praksi te da na osnovu čvrstih dokaza formuliše preporuke za njihovu primjenu u praksi. 1985. godine predstavnici Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) za regiju Evrope i Amerike u suradnji sa Pan-američkom zdravstvenom organizacijom u Fortalezi u Brazilu, su definisali određeni broj preporuka zasnovanih na jedinstvenoj praksi (WHO 1985). Međutim uprkos definisanju takvih preporuka, te uprkos ubrzanom porastu primjene medicinske prakse zasnovane na čvrstim dokazima, mnoge prakse su i dalje prisutne, bez prethodne procjene njihove vrijednosti za žene i novorođenčad. Ovo je prvi put da se, na sastanku kojem su prisustvovali eksperti iz svih WHO regija širom svijeta, na osnovu najnovijih naučnih dostignuća, utvrdilo mjesto primjenjivih praksi u normalnom porođajnom procesu.

Nakon razmatranja dokaza, radna grupa je klasificirala preporuke za zahvate i mjere koje se primjenjuju kod normalnog poroda u četiri kategorije:

- | | |
|----|---|
| A. | Zahvati i mjere koji su vidno korisni i koje treba podsticati |
| B. | Zahvati i mjere koji su evidentno štetni, neproduktivni i koje kao takve treba eliminisati |
| C. | Zahvati i mjere kod kojih ne postoji dovoljno dokaza kao uporište za njihovu upotrebu, te kod čije primjene je potrebno biti oprezan sve dok neka od budućih istraživanja ne podrže njihovu upotrebu u potpunosti |
| D. | Zahvati i mjere koji se često nepravilno primjenjuju. |

1.2 Kratki historijat

Prvo pitanje, koje treba pojasniti je smisao pojma, "normalno rađanje" koji se pojavljuje u okviru ovog dokumenta. Samo tumačenje ovog pojma je od vitalnog značaja kako bi se izbjegla moguća

pogrešna tumačenja. Jedna često citirana misao je "da je rođenje djeteta normalan porod samo u retrospektivi". Ova vrlo rasprostranjena predodžba navodi specijaliste akušere širom svijeta na zaključak, da medicinska zaštita kod normalnog poroda treba da bude jednaka onoj kod poroda sa mogućim komplikacijama. Ovakav koncept u sebi sadrži nekoliko nedostataka: on omogućava da se jedan normalan fiziološki događaj pretvori u medicinsku proceduru; ograničava slobodu žene da rađanje svoje djece doživi na svoj sopstveni način, u okruženju o kojem ona odlučuje; zahtijeva nepotrebne intervencije, te zbog potrebe za ekonomskom kompenzacijom zahtijeva koncentraciju velikog broja žena koje se porađaju u tehnički dobro opremljenim bolnicama sa svim popratnim troškovima.

Sa pojavom fenomena povećane urbanizacije, sve više žena se porađa u akušerskim ustanovama, bez obzira da li je u pitanju normalan ili komplikovani porod. Prisutna je sklonost da se svi porođaji tretiraju rutinski na visokom intervencijskom nivou, koji je neophodan samo kod komplikovanih poroda. Ovakav pristup, nažalost, nosi široki spektar negativnih posljedica od kojih neke izazivaju i ozbiljne komplikacije. Te negativne posljedice su različite i kreću se od čistog gubljenja vremena, nepotrebnog obučavanja i pretjerane upotrebe opreme, koju zahtijevaju mnoge od metoda koje se koriste, pa do činjenice da su mnoge žene suviše uplašene da traže medicinsku zaštitu koja im je potrebna, jer su zabrinute zbog visokog intervencijskog nivoa. Žene i njihove bebe mogu iskusiti štetne posljedice usljed primjene ovih nepotrebnih praksi. Osoblje pomenutih ustanova može da zakaže kod zbrinjavanja bolesne žene, ako su u određenom momentu svi njihovi kapaciteti zauzeti zbog velikog broja normalnih poroda. Nerijetko slučajevi normalnog poroda se tretiraju sukladno protokolarnoj proceduri, čija primjena je opravdana, samo u slučajevima komplikovanih poroda.

Ovaj izvještaj nije poziv za obezbjeđenje nekog posebnog okruženja prilikom poroda, jer on prihvata veliki broj mjesta kao podobna mjesta za porod, od kuće do ranije pomenutih tercijarnih mjesta, ovisno o mogućnostima i potrebama. Cilj ovog izvještaja je, prema tome, da definiše pretpostavke neophodne za odvijanje normalnog poroda, bez obzira gdje se taj porod odvijao. Momenat odlaska u neku od ustanova radi omogućavanja sigurnog poroda, procjena rizika, zahtijevaju posebnu razradu, ali i pored toga potrebno je izložiti jedan sažeti uvod prije nego što započnemo s diskusijom o komponentama zaštite tokom poroda.

1.3 Određivanje rizika u okviru prenatalne zdravstvene zaštite

Procjena potrebe i onog što bi se moglo okarakterisati kao "porođajni potencijal" je osnova za donošenje pravilne odluke o porodu, i predstavlja početak dobre medicinske zaštite. Ono što definišemo "pitanjem rizika" već decenijama dominira u procesu donošenja odluka o porodu, mjestu poroda, načinu poroda i onima koji pružaju medicinsku zaštitu (Enkin 1994). Problem koji se javlja kod primjene takvih sistema je da oni rezultiraju disproporcionalno velikim brojem žena koje se kategorišu kao "rizični slučajevi", sa popratnim rizikom primjene intervencije na visokom nivou. Još jedan od problema je da uprkos pažljivoj kategorizaciji ovaj pristup zasnovan na potencijalnom riziku često ne uspije da identifikira žene, kojima je zaista potrebna posebna zaštita zbog komplikovanih poroda. S druge strane mnoge žene koje se identificiraju kao "visoko rizični slučajevi" porađaju se normalno bez ikakvih popratnih komplikacija. Stoga neka forma inicijalne procjene mogućnosti normalnog poroda kod roditelja je od presudne važnosti za sprječavanje i/ili identificiranje mogućih komplikacija i donošenja odluke o adekvatnoj zaštiti.

Ovaj izvještaj stoga započinje pitanjem procjene žene kojoj predstoji porođaj. Procjena faktora mogućeg rizika započinje u prenatalnoj fazi. Ova procjena se vrši na relativno jednostavan način kroz određivanje godišta majke, visine trudnoće i sposobnosti za rađanje, pitanjima o komplikacijama vezanim za opstetričku historiju, kao što su slučajevi mrtvorodenčadi, carskog reza, te analizom mogućih anomalija u trenutnoj trudnoći, kao što su pre-eklampsija, višestruka trudnoća, ante partum hemoragija, abnormalan položaj ili teška anemija (De Groot et al 1993). Procjena rizika izražajnije diferencira individualne faktore rizika i nivoa medicinske zaštite (Nasah 1994). U Nizozemskoj, lista medicinskih indikacija, koja služi

kao uputnica specijalisti, je koncipirana tako da razlikuje niski, srednji i visoki stepen rizika (Treffers 1993). U mnogim zemljama i ustanovama gdje se primjenjuje princip distinkcije između nisko-rizičnih i visoko-rizičnih trudnoća, upotrebljavaju se slične liste.

Djelotvornost sistema za određivanje stepena rizičnosti trudnoće se mjeri mogućnošću jednog takvog sistema, da na osnovu svoje sofisticiranosti, specifičnosti, pozitivne i negativne predikativne vrijednosti, identificira žene sa visoko-rizičnom i nisko-rizičnom trudnoćom (Rooney 1992). Dobijanje tačnih podataka putem ovih sistema je teško ostvarljivo, ali iz izvještaja koji su nam dostupni da se zaključiti, da se u razvijenim zemljama i zemljama u razvoju može postići jedna razumna distinkcija u ovakvim slučajevima (Van Alten et al 1989, De groot et al 1993). Definisanje opstretičkog rizika putem demografskih faktora, kao što su sposobnost rađanja, te visina trudnoće, pruža podatke čiji je stepen specifičnosti veoma nizak, te stoga rezultira mnogim normalnim porodima, koji su tretirani kao visoko-rizični slučajevi. Pa ipak, visoko kvalitetna antenatalna medicinska zaštita o procjeni rizika, ne može zamijeniti adekvatan nadzor majke i fetusa tokom poroda.

Procjena rizika nije jednoročna mjera, već procedura koja kontinuirano traje tokom trudnoće i poroda. Komplikacije mogu postati vidljive u bilo kojem periodu, te usloviti odluku, da se žena tretira kao slučaj koji zahtjeva viši, intenzivniji nivo medicinske zaštite.

Tokom perinatalne medicinske zaštite potrebno je, na osnovu ranije pomenute procjene, izraditi plan kojim se tačno određuje gdje će se izvršiti porod i ko će pružiti medicinsku zaštitu tokom poroda. Ovaj plan je potrebno sastaviti u suradnji sa ženom trudnicom i o njemu treba biti informisan i njen suprug/partner. Opća preporuka je da familija bude upoznata sa ovim planom, jer ona nedvojbeno igra bitnu ulogu u ovakvim situacijama. U zemljama, u kojima povjerljivost i diskrecija igraju bitnu ulogu, vladaju druga pravila: familiju može da informiše samo trudnica. Ovaj plan treba da bude dostupan u momentu kada porođaj otpočne. U tom periodu vrši se ponovna procjena rizika, koja uključuje tjelesni pregled, kako bi se procijenilo opće stanje majke i fetusa, položaj fetusa i trenutni znakovi porođajnog procesa. Nisko-rizični porod počinje između 37 i 42 upotpunjene sedmice. Ako faktori rizika nisu uočljivi, porod se može tretirati kao nisko-rizičan.

1.4 Definicija normalnog poroda

Kod definisanja normalnog poroda moraju se uzeti u obzir dva faktora: stepen rizičnosti trudnoće i tok poroda. Kao što je već ranije pomenuto predikativna vrijednost tačnog određivanja stepena rizika je daleko od 100%, te tako trudnica svrstana u nisko-rizičnu grupu na samom početku poroda može imati komplikovan porod. S druge strane, mnoge visoko-rizične trudnice imaju potpuno normalne porode. Osnovni cilj našeg izvještaja je velika grupa žena koje se tretiraju kao nisko-rizične trudnice.

Mi definišemo normalnim porodom onaj koji započinje spontano, koji se definiše kao nisko-rizičan na početku porođajnog procesa i ostaje takav tokom čitavog porođajnog procesa. Novorođenče se spontano rađa iz stava glavom nakon perioda od punih 37-42 sedmice trudnoće. Nakon rođenja majka i novorođenče su u dobrom stanju.

Međutim, pošto porod kod mnogih visoko-rizičnih trudnica ima normalni porođajni tok, stoga određeni broj uputa sadržan u ovome izvještaju važi i u slučajevima medicinske zaštite ovakvih žena.

Uzimajući u obzir ovu definiciju, postavlja se pitanje: koliko poroda može biti definisano kao normalni porodi? Odgovor na ovo pitanje u mnogome zavisi od regionalne i lokalne procjene rizika i njihovih odgovarajućih stopa. Studije o "alternativnoj, akušerskoj zaštiti" ukazuju na prosječnu važeću porođajnu stopu žena upućenih na viši nivo zdravstvene zaštite od 20% u razvijenim zemljama, dok

približno isti broj žena biva upućen na viši nivo zdravstvene zaštite još tokom trudnoće. Kod slučajeva višerotkinja, broj žena upućenih na viši nivo zdravstvene zaštite, je znatno niži nego u slučajevima prvorotkinja (MacVicar et al 1993, Hundley et al 1994, Waldenstrom et al 1996). Kod ovih studija je uočeno da je veliki broj žena, koje su upućene na viši nivo zdravstvene zaštite, ustvari imao normalan porod. U drugim uslovima broj žena upućenih na viši nivo zdravstvene zaštite je znatno manji. U Keniji se došlo do podatka da je 84,8% poroda od ukupnog broja poroda prošlo bez komplikacija (Mati et al 1983). Općenito posmatrano između 70 i 80% žena se mogu smatrati nisko-rizičnim slučajevima na samom početku trudnoće.

1.5 Cilj zdravstvene zaštite kod normalnog poroda, zadaci davaoca zdravstvene zaštite pri porodu

Cilj zdravstvene zaštite je zdrava majka i zdravo dijete sa najnižom mogućom intervencijskom stopom, a da njihova bezbjednost pritom ne biva narušena. Ovakav pristup podrazumijeva:

Kod normalnog poroda mora postojati opravdan razlog za uplitanje u prirodni proces.

Pred davaoca zdravstvene zaštite pri porodu se postavlja četverostruki zadatak:

- podrška ženi, njenom partneru i porodici tokom poroda, u trenutku samog rođenja djeteta, te u kasnijem periodu.
- praćenje žene koja se porađa: promatranje stanja fetusa, te novorođenčeta nakon rođenja; procjena faktora rizika; rano otkrivanje mogućih problema.
- izvođenje, u slučaju potrebe, manjih intervencija, kao što su amniotomija i epiziotomija; zbrinjavanje novorođenčeta poslije poroda.
- upućivanje na viši nivo zdravstvene zaštite, ako su faktori rizika vidljivi, te ako dođe do komplikacija koje opravdavaju takav uput.

Ovakav opis naznačava da je upućivanje na viši nivo zdravstvene zaštite lako ostvarljivo. Međutim u mnogim zemljama uslovi su drugačiji: u tim slučajevima neophodne su specijalne odredbe, kako bi se omogućilo primarnom davaocu zdravstvene zaštite da pristupi mjerama za spašavanje života. Ovakav pristup zahtjeva dodatno obučavanje i usvajanje zakonskih odredbi, kojima će se podržati rad davaoca zdravstvene zaštite pri porodu u okviru navedenih zaduženja. Također je neophodno da davaoci zdravstvene zaštite pri porodu međusobno postignu dogovor o svojim zaduženjima (Kwast 1992, Fathalla 1992).

1.6 Davaoci zdravstvene zaštite pri normalnom porodu

Onaj ko vodi porod treba da bude u mogućnosti da izvrši zadatke, koji se postavljaju pred davaoca zdravstvene zaštite, a koje smo ranije naveli. On ili ona mora proći odgovarajuću obuku, te mora posjedovati akušerske kvalifikacije potrebne za taj nivo usluge. To znači da je, u najmanju ruku, davalac zdravstvene zaštite u mogućnosti da izvrši procjenu faktora rizika, uoči početak komplikacija, izvrši pregled majke, te prati stanje fetusa i novorođenčeta nakon poroda. Onaj ko vodi porod treba da je sposoban, da izvrši osnovne intervencije, te da se pobrine za novorođenče nakon rođenja. Ona ili on je potrebno da bude u mogućnosti, da uputi ženu ili novorođenče na viši nivo zdravstvene zaštite, ako se jave komplikacije koje zahtjevaju intervenciju, za koju davalac zdravstvene zaštite nije edukovan ili sposoban. Osim toga, davalac zdravstvene zaštite treba da posjeduje osobine strpljivosti i empatije, kako bi pružio

neophodnu podršku porodilji i njenoj porodici. Tamo gdje je u mogućnosti, davalac zdravstvene zaštite bi trebao nastojati da zadrži kontinuitet u pružanju brige tokom trudnoće, poroda i u postpartalnom periodu. Ako nije u mogućnosti da tu zaštitu pruža lično u navedenom kontinuitetu, onda na način na koji je zdravstvena zaštita organizovana. Različite grupe profesionalnih zdravstvenih radnika se smatraju kvalifikovanim za obavljanje ove aktivnosti:

- Liječnik specijalista ginekologije i akušerstva: Ovi profesionalni zdravstveni radnici su zasigurno u mogućnosti da ispune tehničke zahtjeve različitih zaduženja davalaca zdravstvene zaštite kod poroda. Nadati se je, da oni takođe posjeduju i neophodnu osobinu empatijskog suosjećanja. Općenito posmatrano specijalisti akušeri uglavnom tretiraju slučajeve visoko-rizičnih trudnica, te slučajeve sa težim komplikacijama. Oni su uglavnom zaduženi za opstetričku hirurgiju. Kroz obuku i razvijanje profesionalnog stava, oni osjećaju dužnost da intervišu, češće od samih babica (primalja), ali često i zbog potrebe koju nalaže određena situacija. U mnogim zemljama, naročito u zemljama u razvoju, broj specijalista akušera je ograničen, a njihova regionalna podjeljenost je nejednaka, tako da većina njih radi u gradskim područjima. Njihova zaduženja oko tretiranja slučajeva sa težim komplikacijama, često im ne ostavljaju dovoljno vremena da asistiraju i pružaju podršku trudnici koja očekuje normalan porod.
- Liječnici opće prakse i opći praktičari: teorijska i praktična obuka ovih profesionalnih zdravstvenih radnika na polju akušerstva se znatno razlikuje. Zasigurno postoje dobro obučeni praktičari, koji su u mogućnosti da ispune zahtjeve, koji se postavljaju pred davaoca zdravstvene zaštite kod primarne akušerske zaštite i u slučajevima normalnog poroda. Međutim kod većine općih praktičara, akušerstvo zauzima tek jedan mali dio njihove obuke kao i dnevnih dužnosti, tako da često nisu dovoljno edukovani, niti dovoljno informisani za ovu vrstu aktivnosti. Liječnici opće prakse koji djeluju na području zemalja u razvoju, često veliki dio svog vremena posvećuju akušerstvu, te su otud poprilično obučeni za ovu vrstu aktivnosti, iako je težište njihove aktivnosti prije akušerska patologija, nego li normalan porod.
- Babice (primalje, akušerske sestre): Međunarodna definicija babice je sukladno WHO (Svjetska zdravstvena organizacija), ICM (Međunarodna konferencija babica) i FIGO (Međunarodna federacija akušera i ginekologa) vrlo jednostavna: ako je edukativni program priznat od strane vlade koja izdaje babici dozvolu za rad, onda se takva osoba u potpunosti smatra babicom (Peters 1995). Općenito posmatrano, ona ili on je kompetentni davalac zdravstvene zaštite na polju akušerstva, posebno edukovan za pružanje zdravstvene zaštite tokom normalnog poroda. Ipak, edukacija i zaduženja babica su različiti u različitim zemljama. U mnogim industrijalizovanim zemljama babice rade u bolnici, pod nadzorom specijalista akušera. Ovo obično znači da je pružanje zdravstvene zaštite kod normalnih porođaja dio zdravstvene zaštite čitavog akušerskog odjela, te da i za njih važe ista pravila i odredbe sa malom razlikom u tretiranju slučajeva visoko-rizične i nisko-rizične trudnoće.

Značaj izvođenja međunarodne definicije babice je u tome što se na taj način ukazuje na postojanje različitih obrazovnih programima za babice. Ovu uključuje mogućnost obučavanja za poziv babice bez prethodne medicinske kvalifikacije, odnosno putem "direktnog pristupa" kako se to najčešće definiše. Ova vrsta obuke postoji u mnogim zemljama i ponovo dobiva na popularnosti, kako kod organa vlasti, tako i kod budućih babica (Radford i Thompson 1987). Direktni pristup programu babica sa sveobuhvatnom obukom na polju akušerstva i srodnim predmetima kao što su pedijatrija, planiranje porodice, epidemiologija, itd. je ocjenjen kao finansijski isplativ i specifično fokusiran na potrebe trudnice i njenog novorođenčeta. Ono što je čak i bitnije od zvanične edukacije babice, je njena sposobnost da djeluje odlučno i neovisno. Upravo iz ovih razloga od vitalnog značaja je osigurati da svaki od programa za babice podstiče i razvija sposobnosti babice da vodi većinu poroda, da utvrđuje stepen rizika, te da rješava komplikacije pri porodima u slučajevima gdje lokalne potrebe to zahtjevaju (Kwast 1995b, Peters 1995, Treffers 1995). U mnogim zemljama u razvoju, babice djeluju kako unutar zajednice i medicinskih centara, tako i unutar bolnica, veoma često sa malom ili nikakvom supervizijskom podrškom. U posljednje vrijeme se ulažu napor, kako bi se proširila uloga babice, tako da bi one mogle da izvode intervencije za spašavanje života (Kwast 1992, O Heir 1996).

o Pomoćno osoblje i priučene tradicionalne babice (TBAs): u zemljama u razvoju prisutan je nedostatak edukovanog medicinskog osoblja, tako da je zdravstvena zaštita u selima i seoskim ambulantama prepuštena pomoćnom medicinskom osoblju, kao što su pomoćne medicinske sestre/babice, seoske babice ili priučene TBAs (Ibrahim 1992, Alisjahbana 1995). U određenim uslovima njihovo angažovanje je neizbježno. Ove osobe su ipak djelimično edukovane i često predstavljaju okosnicu akušerske zdravstvene zaštite u perifernim područjima. Ishod trudnoće i porođaja može se poboljšati kroz primjenu njihovih usluga, posebice ako su pod nadzorom dobro edukovanih babica (Kwast 1992). Međutim, u većini slučajeva, njihov stepen obrazovanja često je nedovoljan za ispunjenje zadataka koji se postavljaju pred davoca zdravstvene zaštite kod normalnog poroda, a njihovo ranije iskustvo često implicira jake kulturne i tradicionalne norme, koje često ograničavaju uspješnost njihovog obučavanja. Uprkos tome, bitno je naglasiti da upravo ta kulturna identifikacija često utiče na pozitivan prijem ovih žena kod porodilja u ruralnim područjima, koje se najčešće odlučuju za njihovu pomoć pri porodu (Okafor i Rizzuto 1994, Jaffre i Prual 1994).

Iz ovoga što je ranije navedeno proizilazi da su babice ili primalje najpodobniji i finansijski posmatrano, najisplativiji davaoci zdravstvene zaštite kod normalne trudnoće i poroda, čiji opis aktivnosti svakako uključuje procjenu rizika, te utvrđivanje mogućih komplikacija. Neke od preporuka koje je prihvatila Generalna skupština XIII svjetskog kongresa FIGO (Međunarodna Federacija ginekologije i akušerstva) na zasjedanju u Singapuru 1991 (FIGO 1992) su:

→ Da medicinsku zaštitu učini dostupnijom najugroženijim ženama, te da svaku od akušerskih usluga treba izvršavati na najnižem nivou, na kojem su zadovoljeni kriteriji isplativosti i bezbjednosti.

→ Da se što efikasnije iskoriste raspoloživi ljudski resursi, što znači da antenatalnu zaštitu trebaju obavljati na najnižem nivou edukovani pojedinci, koji su u mogućnosti da pruže zdravstvenu zaštitu na siguran i uspješan način.

→ U mnogim zemljama, potrebno je obezbjediti više podrške babicama i pomoćnim medicinskim sestrama, koje su smještene u manjim medicinskim centrima, ako želimo da zdravstvena zaštita trudnica i porodilja bude adekvatno zastupljena.

Ove preporuke identificiraju babice kao osnovne davaoce zdravstvene zaštite kod normalnih poroda na područjima manjih zdravstvenih ustanova, u selima, kod kuće i eventualno u bolnicama (WHO 1994). Babice predstavljaju najadekvatniji izbor u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i one bi trebale biti zadužene za zaštitu kod normalnog poroda. Međutim u mnogim razvijenim zemljama, te u zemljama u razvoju, babice nisu nikako zastupljene ili su zastupljene samo u većim medicinskim centrima, gdje djeluju kao asistenti ljekara specijalista akušera.

1992 godine u Velikoj Britaniji je objavljen izvještaj Donjeg Doma Komiteta za zdravstvo koji tretira pitanja perinatalnih usluga. U tom izvještaju, između ostalog, navodi se da je potrebno da babice imaju svoje klijentice, te da snose potpunu odgovornost za žene koje su pod njihovom zaštitom: babicama je potrebno pružiti mogućnost uspostavljanja i vođenja perinatalnih jedinica, unutar ili izvan bolnica, (Donji Dom-Houes of Commons 1992). Nedugo potom objavljen je izvještaj ekspertne grupe - Expert Maternity Group, pod nazivom "Promjene uslova poroda" ("Changing Childbirth") (Odjel za zdravstvo 1993), koji je sadržao slične preporuke. Ovi dokumenti predstavljaju prve korake ka unapređenju profesionalne neovisnosti babica u Velikoj Britaniji. U nekoliko evropskih zemalja babice su u potpunosti odgovorne za zdravstvenu zaštitu pri normalnoj trudnoći i porodu, bez obzira da li se on odvija kod kuće ili u bolnici. Ali u većini evropskih zemalja, kao i u SAD-u, gotovo sve babice (ako su zastupljene), djeluju u bolnicama pod nadzorom specijalista akušera.

U mnogim zemljama u razvoju, babica se smatra ključnom osobom u pružanju zdravstvene zaštite pri porodu (Mati 1994, Chintu i Susu 1994). Dakako ovo ne važi za sve zemlje u razvoju: neke su

primjerice suočene sa nedostatkom babica. Ovakva situacija je naročito izražena u Latinskoj Americi gdje je, na osnovu pretpostavke, da doktori mogu obavljati samostalno ovu vrstu dužnosti, došlo do zatvaranja škola za edukovanje babica. U nekim zemljama, pak dolazi do smanjenja broja babica, a one koje djeluju kao babice nisu pravilno raspoređene: većina njih radi u bolnicama u gradovima, a ne u ruralnim područjima gdje živi 80% stanovništva i gdje, analogno toj činjenici leži većina problema (Kwast i Bently 1991, Kwast 1995b). Otud i preporuka da je potrebno edukovati veći broj babica, te da je takođe potrebno uzeti u obzir lokaciju škole koja treba da bude dostupna ženama i muškarcima, koji su zainteresovani za ovu vrstu posla, te kod kojih postoji veća šansa za ostanak u mjestu iz kojeg dolaze. Od njih se očekuju, da budu u mogućnosti da uoče komplikacije, koje zahtijevaju transfer u veće medicinske centre, te da u slučajevima gdje takav transfer nije moguće izvršiti, budu spremni da sami poduzmu intervencije za spašavanje života.

2. OPĆI ASPEKTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE PRI PORODU

2.1 Procjena općeg stanja žene prilikom poroda

Tamo gdje je početak porođaja spontan, žene porodilje obično same traže medicinsku zaštitu, tako što pozivaju onoga koji je od ranije zadužen za njihov porod ili ugovaraju prijem u odgovarajuću zdravstvenu instituciju. Obaveza davaoca zdravstvene zaštite kod normalnog poroda, da pravilno ocjeni neophodni nivo medicinske zaštite, je već ranije pomenuta, kao i podrška koju takva osoba pruža porodilji. Bez obzira gdje se odvija porod, uspostavljanje dobrog odnosa između porodilje i davaoca zdravstvene zaštite je od vitalnog značaja, bez obzira da li su imali priliku da se ranije upoznaju ili ne. Kvalitet prvog susreta u nekoj od institucija i zraz dobrodošlice, koji se iskazuje ženi koja traži medicinsku zaštitu, su možda od presudnog značaja za izgradnju povjerenja između žene i njene porodice prema davaocu zdravstvene zaštite.

Tokom samog poroda neophodno je neprestano vršiti procjenu emocionalnog i fizičkog stanja porodilje. Ovo uključuje mjerenje temperature, pulsa i krvnog pritiska, te provjeravanje količine unešene i u vidu urina izlučene tečnosti, procjenu jačine bolova, te potrebe za podrškom. Ova vrsta promatranja traje tokom cijelog poroda.

Procjena općeg stanja porodilje uključuje i poklanjanje pažnje njenoj privatnosti tokom poroda, poštujući njen odabir prisutnih lica i izbjegavajući nepotrebno prisustvo drugih lica u rađaoni.

2.2 Rutinski postupci

Priprema za porod, nakon što porodilja biva primljena u bolnicu ili zdravstveni centar, često uključuje nekoliko rutinskih procedura kao što su: mjerenje temperature, pulsa i krvnog tlaka, klistiranje, potpuno ili djelomično ukljanjanje stidnih dlaka.

Prve tri navedene procedure: mjerenje temperature, pulsa i krvnog pritiska, mogu imati implikacije na konačni ishod poroda, što znači da mogu uticati na vođenje poroda. Ovi rutinski zahvati stoga ne trebaju biti izostavljeni, ali je prije njihovog izvođenja potrebno informirati porodilju ili partnera o njihovom značaju. Mjerenje temperature u intervalu od svaka četiri sata je, sukladno WHO partogramu, vrlo bitno, jer porast temperature može biti jedan od prvih znakova infekcije, pa prema tome može inicirati potrebu za ranim tretmanom, posebno u slučajevima prenešene trudnoće i prsnutog vodenjaka, što može spriječiti sepsu. Porast temperature ponekad može biti i znak gubitka tečnosti. Mjerenje krvnog tlaka u jednakim intervalima je bitna provjera općeg stanja porodilje. Iznenadni porast krvnog pritiska može ukazati na potrebu za ubrzanjem porođaja ili za hitnim transferom porodilje u instituciju koja obezbjeđuje intenzivnije medicinsko praćenje.

Klistiranje (klizma) je još uvijek široko rasprostranjeno, jer se pretpostavlja da stimulira kontrakcije maternice, te da prazna crijeva omogućavaju spuštanje djetetove glave. Smatra se takođe da klistiranje smanjuje kontaminaciju, te na taj način smanjuje učestalost infekcije kod majke i djeteta. Dakako, ova procedura je dosta neugodna i može da izazove oštećenje crijeva. Iako mnoge žene zahtijevaju da se izvrši klistiranje, većina ih to doživljava kao neugodnost. Dva kontrolirana ispitivanja po principu slučajnog uzorka (Romney i Gordon 1981, Drayton i Rees 1984) su dala sljedeće rezultate: da je primjenom klistiranja nivo fekalnog sloja nenarušen tokom prve faze poroda i smanjen tokom druge faze poroda. U slučajevima gdje ne dolazi do klistiranja, fekalni sloj je uglavnom neznan, te ga je lakše ukloniti, nego u slučajevima gdje je prethodno došlo do klistiranja. Nije uočen uticaj na dužinu trajanja poroda, učestalost neonatalnih infekcija, niti su uočene perinealne infektivne rane.

Pretpostavlja se da uklanjanje stidnih dlaka (Johnston i Sidall 1922, Kantor et al 1965) smanjuje mogućnost infekcije i olakšava šivanje, ali ne postoje čvrsti dokazi koji podržavaju ovo stanovište. Žene osjećaju nelagodnost nakon ponovnog rasta stidnih dlaka, a sam rizik od infekcije nije umanjen. Ova uvriježena rutina može čak povećati rizik infekcije HIV-om ili virusom hepatitisa, kako kod porodilje, tako i kod onoga ko pruža pomenute usluge.

Kao rezime napomenut ćemo da su procedure mjerenja temperature, pulsa i krvnog tlaka prije observacionog karaktera, nego li intervencijskog, i predstavljaju dio provjere općeg stanja porodilje prilikom poroda. One zauzimaju bitno mjesto u samom procesu zaštite, jer mogu da indiciraju potrebu za mogućim promjenama kod pomoći prilikom poroda. Dakako, one su korisne samo u određenim uslovima. Zadnje dvije procedure koje smo naveli, klistiranje i uklanjanje stidnih dlačica, već dugo se smatraju nepotrebnim i ne bi se trebale primjenjivati, osim u slučaju da sama porodilja zahtjeva te procedure. Ne postoji dokumentacija po ovom pitanju u slučaju porođaja koji se odvijaju kod kuće. Takođe ne postoje dokazi da se potrebe za njihovo poduzimanje razlikuju u slučajevima poroda kod kuće i poroda u bolnicama.

2.3 Ishrana

Teorije o ishrani prilikom poroda se bitno razlikuju širom svijeta. Strah od aspiracije želučanih sastojaka tokom opće anestezije (Mendelsonov sindrom) u mnogim razvijenim zemljama i dalje služi kao osnova za pravilo, da se hrana i tečnost ne unose u organizam tokom poroda. Za većinu žena suzdržavanje od hrane tokom poroda ne predstavlja poteškoću, pošto one svakako ne osjećaju u datim momentima potrebu za jelom, ali većina žena ima veliku potrebu za tečnošću. U mnogim zemljama u razvoju, kulturno i tradicionalno uslovljena načela, ne dopuštaju ženama pri porođaju da unose hranu i tečnost.

Strah da unošenje hrane i tečnosti prilikom poroda izaziva mogući rizik aspiracije želučanih sastojaka tokom anestezije kod porodilja, je stvaran i ozbiljan. Ali, ipak intrapartalna apstinacija od hrane i tečnosti ne garantuje smanjenje želučanog sadržaja (Crawford 1956, Taylor i Pryse-Davies 1966, Roberts i Shirley 1976, Tettamble 1983, McKay i Mahan 1988). Nekoliko pokušaja upotrebe metoda za smanjenje želučanog sadržaja i smanjenja kiselosti tih sastojaka, putem farmakoloških sredstava, te restrikcijom oralnog unošenja hrane ili tekućine, nisu za rezultat imale 100% pozitivni efekat. Granice pronađenih pH vrijednosti su različite, te je na osnovu toga izveden zaključak istraživanja, da se ne može u potpunosti osloniti na rutinsku administraciju antacida tokom porođaja kao na pouzdano sredstvo u sprječavanju Mendelsonovog sindroma, niti u smanjenju volumena želučanog sadržaja.

Rizik od moguće aspiracije je povezan sa davanjem opće anestezije. Pošto ne postoje garancije za sprječavanje Mendelsonovog sindroma, pravilan pristup kod normalnog poroda mora uključivati i anamnestičku procjenu rizika u slučaju primjene opće anestezije. Kao što je već ranije naglašeno, nisko rizični porodi bi se trebali tretirati bez primjene antacida.

Porodajni rad zahtjeva ogromnu količinu energije. S obzirom da se dužina trajanja poroda ne može predvidjeti, potrebno je obnoviti izvor energije, kako bi se na taj način osiguralo dobro stanje majke i fetusa. Stroge restrikcije oralnog unošenja, mogu prouzrokovati dehidraciju i ketozu. Ovakvo stanje se najčešće tretira davanjem intravenozne infuzije glukoze i tečnosti. Efekti ovakvog tretmana su ispitani na većem broju odabranih slučajeva, metodom slučajnog uzorka, (Lucas et al 1980, Rutter et al 1980, Tarnow-Mordi et al 1981, Lawrence et al 1982). Zaključeno je da je porast prosječnog nivoa glukoze praćen porastom inzulina kod porođilje (i redukcijom prosječnog nivoa 3-hydroxybutyrate). On takođe rezultira porastom nivoa glukoze u krvi kod novorođenčeta i može prouzrokovati smanjenje pH-vrijednosti pupčane arterije. Hiperinzulinizacija se može javiti kod novorođenčeta, ako žena tokom poroda intravenozno primi više od 25 grama glukoze. Ova pojava može dovesti do neonatalne hipoglikemije i visokih vrijednosti krvnog laktata. Pretjerana upotreba neslanih intravenoznih rastvora može prouzrokovati hiponatremiju kod majke i djeteta.

Ranije navedene komplikacije, posebno slučajevi dehidracije i ketoze, se mogu izbjeći oralnim unošenjem tečnosti i laganih obroka tokom poroda. Rutinske intravenozne infuzije narušavaju normalni proces i ograničavaju slobodu kretanja kod žene. Čak i profilaktička upotreba intravenozne kanile zahtjeva nepotrebne intervencije.

U slučajevima poroda koji se odvija kod kuće ne primjenjuje se nikakav specifičan tretman: bez upotrebe antacida, bez ograničenja unošaja tečnosti i hrane. Ponekad se žene instiktivno suzdržavaju od prekomjernog unošenja hrane i tečnosti zbog mogućih mučnina, ali s obzirom da su kod svoje kuće, ne postoji apsolutno nikakva kontrola onoga što smiju ili ne smiju unositi u organizam. U slučajevima kada žena odluči da jede, ona najčešće odabira laganu hranu, koja je lako provarljiva, te instiktivno ostavlja po strani teža jela i pića. Sa sigurnošću se može konstatovati, da kod niskorizičnih poroda nema potrebe za restrikcijom ishrane. Međutim, potrebno je ozbiljno razmotriti: da li su efekti uplitanja u ishranu porođilje opasniji od rizika od Mendelsonovog sindroma? Mnoga pitanja ostaju neodgovorena, kao na primjer: da li postoje istraživanja o porodu sa punim stomakom? Da li postoje razlike u slučajevima kada se unosi, odnosno ne unosi hrana tokom poroda? Da li postoje podaci o efektima restrikcije unošenja hrane i tečnosti u zemljama u razvoju, gdje ne postoje sredstava za nadomjestak izgubljene energije tokom dužih poroda?

Zaključak: Ishrana je jedno od veoma bitnih, ali i nerješених pitanja. Utisak je, da je možda najispravniji pristup ne uplitati se u želju ili potrebu žene porođilje za pićem i hranom, jer u uslovima normalnog poroda, neophodno je da postoji opravdan razlog za uplitanje u prirodni proces. Međutim, širom svijeta postoji puno tvrdokornih strahova i rutinskih mjera, te se na svake od njih mora ići posebno i na različite načine.

2.4 Mjesto poroda

Da li mjesto poroda može da utiče na tok porođajnih bolova i samog poroda? Ovo pitanje je aktivno izučavano u posljednje dvije decenije. (Campbell i Macfarlane, 1994). Kada je odnos prema porodu doživio metamorfozu, te od normalnog procesa prerastao u kontroliranu proceduru, mjesto poroda je promjenjeno, te je umjesto kuće ono postalo bolnica. Istovremeno se izgubio veliki dio humanosti iz ovog procesa. Bol je ublažen farmakološkim putem, a mnoge žene su ostavljane same, jer su se ionake najčešće nalazile u polusnu; istovremeno je njihovo stanje bilo pod budnom pažnjom, ali je to osmatranje vršeno sa distance. S druge strane, situacija je bila upravo obrnuta u dijelovima svijeta gdje svega 20% žena ima omogućen pristup bilo kojoj vrsti formalne zaštite pri porodu. Za ove žene porođaj kod kuće, nije samo jedna u nizu raznih opcija koje im se pružaju, već neizbježna stvarnost uslovljena ekonomskim, kulturnim, pa čak i geografskim razlozima (Mbvizo et al 1993, Onwudiego 1993, Smith 1993). Poziv za povratak prirodnom procesu poroda, u mnogim dijelovima razvijenih zemalja je otvorio vrata radaona budućim očevima, članovima familija, ali i pored toga lokacija je ostala ista: bolnica. Neke bolnice su uvele radaone koje svojim dekorom podsjećaju na kućnu atmosferu. Ova mjera se pokazala uspješnom:

zadovoljstvo žena je raslo, perinealne povrede su bile rjeđe, a želja žene da promjeni mjesto poroda kod nekih od sljedećih poroda, se smanjila. Uspjeh ovakve mjere, izveden na osnovu ispitivanja po principu slučajnog uzorka, nažalost nije prikazao dejstvo na učestalost epiduralne anestezije, porođaja sa kliještima i carskim rezom. Ova istraživanja su primarno vođena željom da se napravi privlačnija atmosfera na porođajnom odjelu, bez fundamentalne promjene samog karaktera zdravstvene zaštite; očigledno ovo nije dovoljno da bi se poboljšao kavalitet zdravstvene zaštite i dobio bolji rezultat porođajskih usluga.

Jedna druga studija nam prikazuje situaciju žene prvorođke, sa normalnim porođajnim procesom (nizak porođajni rizik), koju u toku šestosatnog poroda na jednoj klinici opslužuje 16 medicinskih radnika, a koja je ipak većinu vremena u toku poroda provela sama, bez prisustva drugih osoba (Hodnett i Osborn 1989). Rutinske, ali za porođilju nepoznate procedure, prisustvo nepoznatih osoba, osjećaj napuštenosti tokom poroda, izazivaju stresnu situaciju kod žene, a stres može da ometa tok poroda, tako što ga usporava, te da ga na taj način pretvori u nešto što se opisuje kao "kaskada intervencija".

Porođaj kod kuće je praksa koja nije podjednako zastupljena u svijetu. Uporedo sa općom institucionalizacijom procesa poroda, od 30-tih godina, porod kod kuće, kao jedna od opcija, je u potpunosti nestao u većini razvijenih zemalja, pa čak i tamo gdje nije bio zabranjen. Sistem obstetričke zdravstvene zaštite u Nizozemskoj, gdje se više od 30% žena još uvijek porođa kod kuće, je izuzetak u odnosu na ostale razvijene zemlje (Van Alten et al 1989, Treffers et al 1990). S druge strane u mnogim zemljama u razvoju, velika udaljenost između porođilja i zdravstvenih ustanova, u svakom pogledu ograničava izbor, te tako porod kod kuće često predstavlja jedinu opciju.

Iako procjenu rizika mogu kvalitetno izvršiti edukovani zdravstveni radnici (babica, akušer), njihovi savjeti o odabiru mjesta poroda se često ne primjenjuju. Postoje mnogi razlozi koji udaljavaju žene od bolje opremljenih zdravstvenih institucija. To su najčešće: troškovi poroda u bolnici, nepoznate procedure, neadekvatno ponašanje osoblja, zabrana prisustva članova porodice prilikom poroda, te često neophodnost dozvole od nekog od člana porodice (najčešće muškog člana) za traženje pomoći u nekoj od institucija (Brieger et al 1994, Paolisso i Leslie 1995). Često se žene sa rizičnom i visoko rizičnom trudnoćom ne osjećaju bolesno, niti pokazuju bilo kakve znakove bolesti, te se tako porođaju kod kuće uz prisustvo člana porodice, susjeda ili tradicionalne babice (TBA) (Kwast 1995a).

Pravilno praćen porod kod kuće svakako zahtjeva nekoliko osnovnih priprema. Onaj ko vodi jedan takav porod, mora imati pri ruci čistu vodu, a soba u kojoj se obavlja porod treba da bude topla. Također je bitno da ruke budu pažljivo oprane. Topla odjeća ili ručnici trebaju da budu spremni, kako bi se u njih zamotala beba nakon poroda. Neophodna je upotreba neke najminimalnije forme instrumenata za porod sukladno propozicijama WHO-a, kako bi se osigurali što čišći uvjeti za porod, te adekvatan tretman pupčane vrpce. Nadalje, sredstva za prevoz do zdravstvene ustanove moraju biti na raspolaganju u slučaju da se ukaže potreba za tretmanom na višem nivou zdravstvene zaštite. To znači, neophodno je da u mjestima gdje je transport problem, općina ili neki drugi organ zajednice svojim učešćem ili raspoloživim sredstvima u hitnim slučajevima obezbjeđe prevoz.

U nekim razvijenim zemljama uspostavljeni su centri za porod unutar i van bolnica u kojima se žene sa izgledima za normalan porod, mogu poroditi u atmosferi, koja podsjeća na kućnu, u okviru primarne zdravstvene zaštite, koju najčešće pružaju babice (primalje). U većini takvih centara elektronski monitoring fetusa i medikamentozno ubrzavanje poroda nije u primjeni, a upotreba analgetika je svedena na minimum. U jednom opsežnom izvještaju o zdravstvenoj zaštiti u porođajnim centrima u SAD-u, opisuje se zdravstvena zaštita u alternativnim centrima, koji mogu biti u okviru bolnica, ali i samostalni. (Rooks et al 1989). Istraživanja o porođajskim uslugama, koje su organizovale i pružale babice u bolnicama, a koja su izvršena u Britaniji, Australiji i Švedskoj, pokazuju da je zadovoljstvo žena takvom vrstom porođajstva znatno izraženije, nego u slučajevima standardne skrbi. Općenito posmatrano broj intervencija u ovakvom okruženju je bio manji, posebice onih koje su uključivale obstetričku analgeziju, indukciju i ubrzavanje poroda. Opstetrički rezultat se nije mnogo razlikovao od onog postignutog u okviru konsultovane, ljekarske zdravstvene zaštite, iako je u nekim istraživanjima uočeno da je stopa perinatalne

smrtnosti neznatno povišena kod modela zdravstvene zaštite, koje u potpunosti vode i organizuju babice (Flint et al 1989, Waldenstrom i Nilson 1993, Hundley et al 1994, Rowley et al 1995, Waldenstrom et al 1996).

U mnogim razvijenim zemljama, nezadovoljstvo zdravstvenom zaštitom koja se pruža u bolnicima, je navelo manju grupu žena i zdravstvenog osoblja na organizaciju poroda kod kuće u alternativnom okruženju, koja je najčešće provođena uz konfrontaciju sa oficijelnim sistemom zdravstvene zaštite. Statistički podaci o ovim slučajevima poroda kod kuće su nedostatni. U jednoj australijskoj studiji skupljeni su podaci, koji pokazuju, da je odabir nisko rizičnih trudnoća bio samo djelimično uspješan. Kod planiranih kućnih poroda broj slučajeva koji su dalje prebačeni u bolnicu kao i broj opstetričkih intervencija, je mali. Perinatalna smrtnost, te podaci o neonatalnoj smrtnosti su relativno niski, ali podaci o preventivnim faktorima nisu bili dostupni (Bastian i Lancaster 1992).

Holandija je razvijena zemlja sa oficijelnim sistemom kućnih poroda. Rasprostranjenost kućnih poroda je neujednačena i ona se bitno razlikuje od regije do regije, pa čak i unutar većih gradova. Studija o stopi perinatalne smrtnosti nije ukazala na bilo koju vrstu uslovljenosti regionalne hospitalizacije prilikom poroda i regionalne perinatalne stope smrtnosti (Treffers i Laan 1986). Studija koja je provedena u provinciji Gelderland, poredila je "obstetričke rezultate" kućnih poroda i onih koji su se odvijali u bolnicama. Rezultati ukazuju na činjenicu da je za prvorotkinje sa niskorizičnom trudnoćom, porod kod kuće bezbjedan, kao i sam porod u bolnici. Za višerotkinje sa niskorizičnom trudnoćom rezultati porođaja kod kuće su bili znatno bolji, nego rezultati porođaja, koji su se odvijali u bolnici (Wiegers et al 1996). Studija nije došla do podataka koji bi nam pokazali, da bi ovaj sistem zdravstvene skrbi trudnica mogao biti poboljšan medikalizacijom poroda (Buitendijk 1993).

U Nepalju je primjenjen decentralizovani pristup trudničke skrbi, usljed posebnih potreba urbanih područja u zemljama u razvoju, gdje su bolnički kapaciteti za pružanje specijalističkih opstetričkih usluga, koje su neophodne ženama sa komplikacijama u trudnoći i pri porodu, naprosto zatrpani velikim brojem žena sa niskorizičnom trudnoćom koje očekuju normalan porod - što je već uobičajen prizor u mnogim zemljama. Razvoj "nisko-tehnološke" jedinice za pružanje zaštite pri porodu u neposrednoj blizini centralne bolnice, ne smo da je u velikoj mjeri smanjio pritisak sa specijalističke jedinice, nego je i omogućio bolje pružanje adekvatne zdravstvene zaštite ženama sa niskorizičnom trudnoćom. Sličan, sveobuhvatan projekat je proveden i u Lusaki, Zambija, gdje je univerzitetski bolnički centar, koji je služio kao specijalistička jedinica za primanje slučajeva sa potrebama za višim nivoom zdravstvene zaštite za čitavu zemlju, bio pretrpan velikim brojem žena sa izgledima za normalan porod. Proširenje porođajnih kapaciteta na perifernim dijelovima, te otvaranje novih centara za niskorizične porođaje, je smanjilo broj poroda u pomenutoj bolnici sa 22.000 na približno 12.000, dok je istovremeno broj poroda u nekoliko satelitskih medicinskih centara za primarnu zaštitu porastao sa 2.000 u 1982. godini, na 15.298 poroda u 1988 godini. Zdravstvena zaštita žena sa visikorizičnom trudnoćom je poboljšana kroz smanjenje broja niskorizičnih trudnica, dok je u perifernim centrima za zdravstvenu zaštitu obezbjeđena adekvatna zaštita i pažnja neophodna za žene u takvom stanju (Nasah i Tyndall 1994).

Nakon svega ovog ranije pomenutog postavlja se pitanje, gdje bi se to žene trebale porađati. Možemo konstatovati sa sigurnošću, da se žena treba porađati tamo gdje se osjeća bezbjednom na najperifernijem nivou, na kojem je dostatna zdravstvena zaštita ostvariva i sigurna (FIGO 1992). Za žene sa niskorizičnim trudnoćama ovo može biti kod kuće, na maloj porođajnoj klinici ili u porođajnom centru ili čak na porođajnom odjelu veće bolnice. Dakako, ono treba da bude mjesto, gdje je sva pažnja i medicinska zaštita fokusirana na potrebe žene i njenu bezbjednost, te na lokaciji, koja je što je moguće bliže mjestu stanovanja ili srodnoj kulturnoj zajednici.

Ako se porod odigrava kod kuće ili u malom perifernom centru, izrada rezervnog plana za transport do adekvatnog nivoa centra za zdravstvenu zaštitu u slučaju potrebe, predstavlja jednu od predporođajnih pripremnih aktivnosti.

2.5 Podrška tokom poroda

Izvještaji i randomizirana kontrolna ispitivanja o pomoći pri porodu koju pruža jedna osoba, "duola" (čitaj dulâ), babica ili medicinska sestra, ukazuju na činjenicu da neprekidna empatijska i fizička podrška tokom porođaja rezultira višestrukom koristi, uključujući: skraćenje poroda, znatno manju upotrebu medikamenata i epiduralne anestezije, manji broj Apgar vrijednosti ispod 7, te manji broj operativnih poroda (Klaus et al 1986, Hodnett i Osborn 1989, Hemminki et al 1990, Hofmeyr et al 1991).

Pod pojmom duola ovaj izvještaj podrazumjeva davaoca zdravstvene zaštite, koja je ženskog pola, koji posjeduje osnovnu izobrazbu iz zdravstvene zaštite pri porodu, te koja je upoznata sa širokim spektrom mjera skrbi prilikom poroda. Duola pruža emocionalnu podršku kao npr. riječi pohvale ili smirivanja upućenim porodilji, te mjera za poboljšanje udobnosti majke, kao što je masaža leđa porodilji, zatim držanje za ruku, objašnjavanje procesa poroda, te neprekidno, prijateljsko prisustvo. Ove aktivnosti može izvršavati i babica ili medicinska sestra, ali one su zadužene za procedure tehničko-medicinskog karaktera, što često odvlači njihovu pažnju od same majke. Neprestano, smirujuće prisustvo jedne ženske osobe, njeno utješno djelovanje, u velikoj mjeri smanjuje zabrinutost, te još 24 sata nakon poroda, friško porođene žene su bez prevelikog osjećaja straha i osjećaja da iza sebe imaju jedan težak porod. Njihovo prisustvo ima pozitivan uticaj i na majke, koje su i nakon šest sedmica još uvijek dojile svoju djecu.

Žena koja očekuje porod treba da je okružena ljudima kojima vjeruje, te sa kojima se osjeća sigurno: njen partner/suprug, najbolji prijatelj, duola ili babica. U nekim zemljama u razvoju to može biti i tradicionalna babica (TBA). Općenito govoreći, to su ljudi s kojima se buduća majka upoznala tokom trudnoće. Profesionalni davaoci zdravstvene zaštite prilikom poroda moraju biti upoznati sa medicinskim zaduženjima, koje je potrebno da izvrše, ali i sa zadacima iz domena emocionalne podrške, koje moraju obavljati kompetentno i osjećajno. Jedan od zadataka emocionalne podrške, a koji se postavlja pred davaoca zdravstvene zaštite prilikom poroda, je da porodilji pruži sve informacije i objašnjenja o samom toku poroda kada god ona to zahtijeva. Potrebno je poštovati privatnost žene prilikom poroda. Ženi koja očekuje porod, potrebno je obezbjediti zasebnu sobu u kojoj je broj prisutnih zdravstvenih radnika i ostalih pomoćnih lica sveden na minimum.

Dakako, u stvarnoj praksi uslovi, koji su na raspolaganju, često se u mnogome razlikuju od idealnih situacija. U razvijenim zemljama, žene koje se porođaju često se osjećaju usamljeno u rađaonama velikih bolnica, okružene tehničkim uređajima i bez prijateljske podrške davaoca zdravstvene zaštite pri porodu. U zemljama u razvoju, bolnice su pretrpane ženama sa niskorizičnim trudnoćama, te je usljed toga pružanje lične podrške, kao i postojanje lične privatnosti neostvarivo. Porođe kod kuće, u zemljama u razvoju, često vode needukovani ili nedovoljno edukovani davaoci zdravstvene zaštite. Usljed ovakvih prilika podrška ženama trudnicama prilikom porođaja je često nedostatna ili nezastupljena u potpunosti, jer veliki broj žena se porođa bez ićijeg prisustva.

Uticaj ranije pomenutog, na pitanje mjesta poroda, te obezbjeđenja podrške, je dalekosežan, jer je shodno tome, neophodno rad davaoca zdravstvene zaštite pri porođaju spustiti na niži nivo. Stručnu zdravstvenu zaštitu je neophodno obezbjediti na ili u neposrednoj blizini samog mjesta, gdje se dešava porod što je, posmatrano sa aspekta trudnica, znatno prihvatljivije rješenje od odlaska u veći opstetrički centar. Veliki centri, koji dnevno izvedu od 50 do 60 porođaja, trebaju uložiti napor kako bi prestrukturirali svoje usluge, da bi bolje ispunili konkretne potrebe trudnica. Također je neophodno, da davaoci zdravstvene zaštite prilikom poroda reorganizuju svoj raspored aktivnosti, kako bi obezbjedili permanetnost u pružanju zaštite i podrške. Ovakvi pristupi iziskuju dodatne troškove, a nerijetko poprimaju i karakter političkog pitanja. Zemlje u razvoju, kao i razvijene zemlje, moraju pokrenuti i razriješiti ova pitanja na svoj specifični način.

Zaključak: Prilikom normalnog poroda, pod uslovom da je niskorizičan, pažljivo praćenje stručnog i sposobnog zdravstvenog radnika je neophodno samo da bi se uočili rani znakovi mogućih

komplikacija. U takvim slučajevima nije potrebna intervencija, već ohrabrenje, podrška i malo tople pažnje. Moguće je postaviti osnovne smjernice, kako bi se odredilo šta je potrebno da bi se zaštitio i održao fiziološki proces prilikom normalnog poroda. Međutim, svaka zemlja, koja želi da investira u ovakvu vrstu usluga, mora podesiti ove opće smjernice svojim uslovima i orjentirane prema potrebama žena. Istovremeno je potrebno obezbijediti osnovni minimum uslova za pružanje adekvatne zaštite žena u slučajevima niskorizičnog, srednjerizičnog, te visokorizičnog poroda, kao i u slučajevima patološkog razvoja poroda.

2.6 Porodajni bolovi

Skoro sve žene osjećaju bol prilikom porođaja, ali se njihove reakcije na bol znatno razlikuju. Sukladno kliničkim iskustvima, abnormalni porođaji, koji su produženi ili iskomplikovani usljed distokije, izazvani ili ubrzani oksitocinima, te okončani instrumentalnim metodama, doimaju se bolnijim od "normalnog poroda". U svakom slučaju i porod, koji je u potpunosti normalan, je bolan.

2.6.1 Nemedikamentozne metode ublažavanja bolova

Bitan zadatak onoga ko vodi porod je da pomogne ženama, da izdrže porođajne bolove. Ublažavanje bolova se može postići upotrebom farmakoloških sredstava, ali znatno bitniji pristup ovom pitanju je onaj zasnovan na nemedikamentoznom pristupu (bez primjene farmakoloških preparata), koji počinje još u toku prenatalne zdravstvene zaštite, a bazira se na pružanju ohrabrujućih informacija trudnici i njenom (bračnom) partneru, pa ako je potrebno i njenoj cjelokupnoj porodici. Suosjećajna, empatijska podrška, prije i u toku poroda, koju pružaju davaoci zdravstvene zaštite i pratioci porodilje, može da umanji potrebu za farmakološkim sredstvima protiv bolova, a s tim da poboljša porođajno iskustvo (vidi 2.5).

Pored podrške tokom poroda (najbitniji faktor), postoji još nekoliko metoda za ublažavanje porođajnih bolova. Prvi je, da se ženi omogući, da tokom poroda zauzme bilo koji položaj koji želi, bilo da je unutar ili izvan kreveta. Ovo znači da porodilju ne treba vezati za krevet, a posebno ne insistirati da bude u ležećem položaju. Porodilji treba omogućiti potpunu slobodu u odabiru odgovarajućeg položaja, bilo da je on sjedeći, stojeći ili jednostavno kretanje, hodanje. Ovakav položaj, naročito u prvoj fazi poroda, porodilja treba da odredi samostalno, bez uticaja babice ili nekog drugog zdravstvenog radnika (vidi 3.2).

Postoji nekoliko neinvazivnih, nemedikamentoznih metoda za ublažavanje bolova, koje se mogu primjeniti tokom poroda. Mnoge žene uspiju ublažiti bol tuširanjem ili kupanjem. Dodir ili masaža, koju pruža partner je također djelotvorna. Djelotvorne su i metode, koje ublažavaju porođajne bolove upotrebom tehnika za usmjeravanje pažnje, kao što su: ciljano disanje, verbalna podrška i opuštanje, relaksiranje, koje jednostavno odvlače pažnju žene od samog bola. Ove metode se ponekad primjenjuju kombinovano sa drugim strategijama, uključujući i psihosomatske pristupe kao što su hipnoza, muzika i biološka povratna sprega (biofeedback). Ovakvi postupci su se pokazali korisnim u slučajevima mnogih žena, a istovremeno su potpuno bezopasni.

Specifične, nefarmakološke metode za ublažavanje bolova, kod žena sa normalnim porodom, uključuju metode koje aktiviraju perifernu senzornu receptore (Simkin 1989). Najnovija metoda ove vrste, je transkutana nervna stimulacija (TENS). Samoprimjenjiva priroda ove tehnike, je doprinijela njenoj uspješnoj primjeni kod mnogih žena, ali je ova metoda dostupna samo u bogatim zemljama, a njena uspješnost nije demonstrirana na slučajnim pokusima (Erkolla et al 1980, Nesheim 1981, Bundsen et al 1982, Harison et al 1986, Huges et al 1986, Thomas et al 1988). Ostale tehnike su: vanjska primjena vrućeg i hladnog, akupunktura, uranjanje u vodu, biljna i aromatska terapija sa mirisnim uljima. Za većinu

ovih navedenih metoda još nisu izvršena ispitivanja na principu slučajnog uzorka, kako bi se ustvrdila njihova uspješnost. Ove prakse bi stoga trebale proći kritički proces procjene, kao one kojima podležu farmakološke intervencije. Isto važi i za semifarmakološku metodu davanja intradermalne injekcije sterilne vode na četiri određena mjesta u krstačnom dijelu leđa (Enkin et al 1995).

Zaključak: Sve kulture i tradicije imaju svoj sopstveni način podrške i zaštite porodilja, neke od njih objašnjavaju svoje metodu putem čarolije, dok drugi pak nastoje da ponude logičnije objašnjenje za sistem koji primjećuju. Zajednička karakteristika mnogih od ovih metoda, je da intenzivna pažnja pripada ženi, u toku trudnoće i poroda, i možda je upravo to razlog zbog kojeg ih mnoge žene smatraju umirujućim i djelotvornim. Izvještaji, koji izražavaju stav žena prema ovim vrstama metoda, su uglavnom observacijskog karaktera, ali i pored toga većina metoda se smatra bezopasnim, te se stoga njihova primjena u cilju ublažavanja bolova kod porodilja, može se smatrati opravdanom. Edukacija u savjetovanju i na polju interpersonalnih komunikacijskih sposobnosti, je od vitalnog značaja za sve koji pružaju zdravstvenu zaštitu porodiljama.

2.6.2 Medikamentozno ublažavanje bolova tokom poroda

Upotreba farmakoloških metoda ublažavanja bolova je dosta raširena, posebno u razvijenim zemljama. Efekti nekih od ovih tehnika su izučavani u okviru kliničkih istraživanja, te se na osnovu njih došlo do zaključka, da su ove metode efikasne u ukljanjanju bolova, ali mogući neželjeni efekti istih na majku i dijete, nisu bitnije razmatrani.

Sistemska djelujuća sredstva

Određeni broj lijekova su se koristili ranije i još uvijek se koriste protiv porođajnih bolova. To su opijajući alkaloidi, od kojih je daleko najpopularniji pethidin, a potom phenothiazin- derivati (promethazin), benzodiazepini (diazepam) i ostali. U nekim zemljama je u posljednjih nekoliko godina došlo do smanjenja upotrebe inhalacijske anestezije (ona je zamjenjena epiduralnom analgezijom), a najčešće korišteno sredstvo je azot-oksikul (smješljiv gas) koji se kombinuje sa 50%-nim oksigenom. Sva ova sredstva omogućavaju ublažavanje bolova, ali izazivaju i određene neželjene efekte (Dickersin 1989). Neželjeni efekti kod majki se javljaju u vidu petidinske i ortostatičke hipotenzije, mučnine, povraćanja i vrtoglavice. Svi sistemski lijekovi, koji se koriste protiv bolova prolaze kroz placentu i sve osim azot-oksikula izazivaju respiratorne depresije kod bebe, te neonatalne abnormalnosti u ponašanju, uključujući i odbijanje dojenja. Diazepam može izazvati neonatalne respiratorne depresije, hipotoniju, letargiju i hipotermiju (Dalen et al 1969, Catchlove i Kafer 1971, Flowers et al 1969, McCharty et al 1973, McAlister 1980).

Epiduralna anestezija

U okviru različitih regionalnih anestezija (epiduralne, kaudalne, paracervikalne, spinalne) epiduralna anestezija je najprisutnija kod normalnih poroda. Njeni efekti su ispitani kroz mnogobrojne opite, zasnovane na usporedbi epiduralne anestezije i ostalih tehnika koje se primjenjuju za ublažavanje bolova (Robinson et al 1980, Philiepsen i Jensen 1989, 1990, Swanstrom i bratteby 1981, Throp et al 1993). Ova metoda omogućava kvalitetnije i dugotrajnije uklanjanje bolova, nego ono koje se postiže sistemskim agensima. Primjena epiduralne anestezije u okviru obstreričke zdravstvene zaštite je zahtjevana i ona zahtjeva ispunjenje nekoliko bitnih preduslova kao što su: porod se mora odvijati u dobro opremljenoj bolnici, potrebno je da postoji dobra i dostatna aparatura, anesteziolog treba da bude na raspolaganju tokom poroda, te da nadzire porodilju u toku poroda.

Sa primjenom epiduralne anestezije javlja se tendencija, da se produži prva faza poroda, te da se oxytocin češće koristi. Nekoliko istraživanja je došlo do zaključka da je broj vaginalnih operativnih poroda uvećan, kod upotrebe ove metode, posebno, ako se efekat analgetika prenese i na drugu fazu

poroda, čime se zaustavlja refleks potiskivanja. U okviru nedavno provedenog istraživanja na ovu temu u Americi, uočeno je da je broj carskih sekcija uvećan kod primjene epiduralne anestezije, posebno kod slučajeva, gdje je ona započeta prije nego što je postignuta dilatacija od 5 cm (Thorp et al 1993). Postoji vrlo mali broj podataka o mogućim dugoročnim efektima epiduralne anestezije na majku ili dijete. Nijedno od istraživanja zasnovanih na principu slučajnog uzorka nije se bavilo usporedbom efekata epiduralne anestezije i "bezbolne kontrole" ili nefarmakoloških metoda, odnosno sva istraživanja ove vrste su se uglavnom bazirala na usporedbu epiduralne anestezije i ostalih metoda farmakološkog uklanjanja bolova. Osnovni efekat koji je izučavan u toku pomenutih istraživanja je stepen ublažavanja bolova, dok je pitanje zadovoljstva porodilje sa ovakvom vrstom poroda potpuno zanemareno. Zaključak jedne observacione studije (Morgan 1982) je da ne postoji direktna veza između ublažavanja bolova i samog osjećaja zadovoljstva. U okviru pokusa koji je izveden u jednom porođajnom centru u Švedskoj, zaključeno je da je upotreba epiduralne anestezije i ostalih metoda farmakološkog ublažavanja bolova, znatno niža u centrima za porod, nego kod primjene uobičajenog sistema zdravstvene zaštite. Pa ipak odnos prema pitanju bola u obe grupe u periodu nakon dva mjeseca od poroda, se nije bitnije razlikovao. Evidento je da je većina žena u ovom slučaju smatrala porođajne bolove pozitivnim, to jest nekom vrstom dostignuća, jer su ih uspjele savladati tokom poroda. Ovo pokazuje poseban karakter porođajnog bola, za razliku od onoga koji je uslovljen nekom bolešću (Waldenstrom i Nilsson 1994). U studiji koja je rađena o pitanju novo-postalih majki, podrška davaoca zdravstvene zaštite je imala pozitivan uticaj na ukupni doživljaj poroda kod porodilje, dok pitanje ublažavanja bolova nije zauzimalo bitno mjesto u odgovorima žena ispitanika (Waldenstrom et al 1996).

Nedvojbeno je, da je epiduralna anestezija od velike koristi u slučajevima komplikovanog poroda. Međutim ako se epiduralna anestezija primjenjuje kod žena sa normalnim porođajem, upitno je, da li se procedura koja se javlja kao rezultat takve primjene može i dalje smatrati "normalnim porodom". Odgovor, naravno, ovisi o tome šta definišemo kao "normalan porod", ali u svakom slučaju, epiduralna anestezija je možda njupečatljiviji primjer medikalizacije normalnog poroda, odnosno procesa transformacije fiziološkog događaja u medicinsku proceduru. Prihvatanje ove transformacije u velikoj mjeri ovisi o faktorima uticaja kulture življenja. Primjerice, veliki broj niskorizičnih trudnica u Velikoj Britaniji i SAD-u se porađa pod epiduralnom anestezijom, dok u većini zemalja u razvoju porod se odvija često kod kuće, bez ikakve upotrebe farmakoloških sredstava za ublažavanje bolova. Ova razlika u upotrebi sredstava za ublažavanje bolova, se ne zasniva samo na odnosu razvijenih zemalja i zemalja u razvoju. Tako naprimjer u Nizozemskoj, više od 30% žena se porađa kod kuće, bez upotrebe medikamentoznih sredstava za ublažavanje bolova, pa čak i ako se porađaju u bolnicama, samo manji broj žena sa niskorizičnom trudnoćom uzima sredstva za ublažavanje bolova (Senden et al 1988).

Zaključak: Zdravstvena zaštita kod normalnih poroda treba da se bazira na nemedikamentoznim metodama ublažavanja bolova, kao što je recimo posvećivanje pažnje i podrška porodilji. Metode koje zahtijevaju visok nivo tehničkih uslova, kao što je slučaj kod epiduralne anestezije, su primjenljivi u dobro opremljenim bolnicama, u kojem rade dobro obučeni zdravstveni radnici. U mnogim zemljama ovakvi tehnički uslovi nisu zastupljeni, posebno ne za normalne porode. Treba svakako imati na umu, da je većina ovih metoda uslovljena kulturom življenja određenog područja, ali da kvalitet normalnog poroda ne ovisi o raspoloživosti tehničkih uslova. Tehnički uslovi, prema tome ne predstavljaju esencijalni dio zdravstvene zaštite u toku poroda. Općenito posmatrano, farmakološke metode ublažavanja bolova, ne bi trebale, ni u kom slučaju, zamijeniti ličnu pažnju za porodilju i ljubazno pružanje zdravstvene zaštite.

2.7 Monitoring fetusa tokom poroda

Monitoring ili praćenje fetusa tokom poroda predstavlja esencijalni dio zdravstvene zaštite u toku poroda. Pojava stresa fetusa (fetal distress), najčešće zbog hipoksije, ne može nikad biti u potpunosti isključeno kao moguća opcija, pa čak i ako porod ispunjava kriterije normalnog poroda, to jest ako počinje na vrijeme, nakon trudnoće koja je protekla bez ikakvih poremećaja i bez faktora na osnovu kojih bi se

mogle predvidjeti moguće komplikacije. Opasnost od pojave stresa fetusa je veća tokom druge faze poroda i kod prolongiranih poroda.

2.7.1 Procjena amnionske tečnosti

Pojava mekonijuma može uputiti na fetal distress, patnju ploda, a povezan je i sa intrapartalnom smrću ploda, i općenito sa neonatalnim morbiditetom i mortalitetom (Matthews i Martin 1974, Gregory et al 1974, Fujikura i Klionsky 1975, Meis et al 1978, MacDonald et al 1985). Tamo gdje to zdravstvena zaštita dozvoljava, slučajevi pojave mekonijuma se smatraju dovoljnom indikacijom za upućivanje porodilje na viši stepen zdravstvene zaštite. Čvrsti, tamnozeleni mekonijum, koji se prepoznaje nakon rupture ovoja, daje najgore prognoze. Nerazblaženi mekonijum reflektuje smanjeni volumen amnionske tečnosti, koji sam po sebi predstavlja rizik od moguće komplikacije. Izostanak plodove vode u momentu rupture ovoja, treba takođe posmatrati kao mogući faktor rizika. Neznatno zamućenje amnionske tečnosti vjerovatno signalizira mnogo manju opasnost, ali ova pojava nije još uvijek dovoljno razjašnjena.

2.7.2 Praćenje srčanih tonova fetusa

Uzajamna uslovljenost rada srca i općeg stanja fetusa je do sada izučavana u mnogim istraživanjima. Evidentno je da se pojava stresa fetusa može uočiti na abnormalnostima koje se javljaju u radu srca kao što su bradikardija (manja od 120/min), tahikardija (veća od 160/min), smanjena oscilacija ili deceleracija. Postoje dvije metode praćenja srčanih otkucaja: naizmjenična auskultacija i neprekidno elektronsko promatranje.

Naizmjeničnu auskultaciju možemo izvesti pomoću monoauralnog (Pinardovog) stetoskopa, što je ustaljena praksa još od početka ovog stoljeća, ili korištenjem jednostavnog ručnog ultrazvučnog - dopler aparata. U slučajevima kada se koristi stetoskop, žena obično leži na leđima ili sa strane, iako je otkucaje srca moguće čuti i kad žena sjedi ili stoji. Dopler aparat je primjenljiv u različitim položajima. Auskultacija se obično izvodi svakih 15-30 minuta tokom prve faze poroda, a potom nakon svake kontrakcije u drugoj fazi poroda. Ako je potrebno, moguće je usporediti otkucaje srca fetusa i majčinog pulsa. Naizmjenična auskultacija je često jedino raspoloživo sredstvo ove namjene u perifernim područjima, neovisno da li se porođaj odvija kod kuće ili u zdravstvenoj ustanovi. Prednost naizmjenične auskultacije se ogleda u njenoj jednostavnosti- jasan primjer primjerene tehnologije, a opet monoauralni stetoskop je jeftin u izradi i jednostavan za upotrebu (može se lako improvizirati), te koji omogućava ženi slobodno kretanje. To znači, da je davalac zdravstvene zaštite, uz adekvatnu naobrazbu, u mogućnosti da prati rad srca fetusa bilo gdje, te da nije ograničen samo na bolničke kapacitete i visoko tehniziranu opremu, kao što je recimo monitor. Praćenje fetusa i žene koja se porađa može vršiti babica kod kuće ili u manjoj zdravstvenoj porođajnoj jedinici.

Elektronsko praćenje rada srca se praktikuje kod visokorizičnih trudnoća i takođe tokom poroda. Njegova upotreba je ograničena na institucionalizirane porode. Promatranje se najčešće izvodi primjenom vanjskog Doppler ultrazvučnog prenosnika ili primjenom unutrašnje (vaginalne) elektrode, koja se pričvršćuje na tjeme fetusa, nakon rupture ovoja. Iako je informacija dobivena na ovaj način vjerodostojnija, nego kod primjene naizmjenične auskultacije, njena interpretacija je vrlo komplikovana, jer tragove često različito tumače različiti davaoci zdravstvene zaštite, pa čak i isti ljudi u različitim vremenskim intervalima (Cohen et al 1982, van Geijn 1987, Nielsen et al 1987). Na osnovu ovoga može se zaključiti da je njihova osjetljivost velika, ali je specifičnost rezultata dobivenih ovakvim mjerenjem mala (Grant 1989). Ovo znači, da primjena ove metode ima za rezultat mnoge lažno-pozitivne signale, te shodno tome visok stepen (nepotrebnih) intervencija, posebno kada se primjenjuje kod žena sa niskorizičnim trudnoćama (Cruzen et al 1984, Borthen et al 1989). Kod visokorizičnih trudnoća i visokim

intrapartalnim rizikom, primjena ove metode se pokazala korisnom i smirujućom u toku poroda, iako ona ograničava slobodno kretanje žene.

Jedna od negativnih strana primjene elektronskog promatranja je tendencija da se sva pažnja usmjeri na aparat, umjesto na ženu i njene potrebe, a ta pojava se javlja ne samo kod davanja zdravstvene zaštite, već i kod partnera i familije. U nekim tehnički dobro opremljenim bolnicama, elektronsko promatranje je čak centralizovanog tipa, tako da zdravstveni radnik prati stanje fetusa iz druge prostorije, bez potrebe da ulazi u rađaonu.

2.7.3 Pregled krvi iz fetalnog tjemena

Mikrotehnika uzimanja uzorka krvi iz tjemena fetusa, kako bi se dijagnosticirala hipoksija je u upotrebi još od ranih 60-tih godina. Vršiti se analiza acido-baznog statusa krvi, a posebno pH vrijednosti. Postoje nedoumice oko reprezentativnosti uzorka krvi, koji se uzima iz kronično otečenog dijela kože, te oko produktivnosti iste, ali neovisno od toga, metod se u kombinaciji sa praćenjem rada srca fetusa, pokazao korisnim u kliničkoj primjeni. Primjena ove metode zahtjeva visoki tehnički nivo, ona je skupa, dugotrajna, mukotrpa i neugodna za ženu. Ponekad, kao što je slučaj i kod primjene tjemenske elektrode, primjena ove metode može izazvati traumu, infekciju i moguće bolove kod fetusa. Za potpuno izvođenje ove metode potrebno je imati na raspolaganju laboratorijske kapacitete, kao i obučeno osoblje. Njena primjena je, usljed toga, ograničena na veće bolničke odjele, na kojima se tretiraju teži slučajevi. Njegova uloga u slučajevima niskorizičnih trudnoća je ograničena i primjenjuje se samo u dijagnostičke svrhe nakon otkrivanja abnormalnosti u radu srca fetusa (Grant 1989).

2.7.4 Usporedba auskultacijskog i elektronskog promatranja fetusa

Ove dvije metode promatranja su upoređivane u okviru mnogih naučnih radova (Haverkamp et al 1976, 1979, Kelso et al 1985, McDonald et al 1985, Wood et al 1981, Neldam et al 1986). Slučajevi carskog reza i operativnog vaginalnog poroda su bili viši u grupi, u kojoj je u svim slučajevima primjenjeno elektronskog praćenje. Vjerovatno bi primjena ovih procedura bila i viša, da nisu bile na raspolaganju analize pH vrijednosti krvi uzete iz tjemena fetusa. S druge strane, vrlo je mali broj dokaza, koji bi potvrdili da su primjenjene procedure carskog reza poboljšale stanje novorođenčeta. Perinatalna smrtnost i niski Apgar rezultati nisu smanjeni u grupi u kojoj je vršeno elektronsko promatranje. Jedina vrijednost neonatalnog ishoda, koja je poboljšana upotrebom elektronskog monitoringa su neonatalne konvulzije (MacDonald et al 1985). Daljnim analizama se došlo do zaključka, da je porast opasnosti od neonatalnih konvulzija u auskultacijskim grupama uglavnom ograničen na slučajeve kod kojih je porod izazvan ili ubrzan oksitocinom. Naknadni podaci analize, koja je vršena nad novorođenčadima koji su pretrpjeli napad su pokazali podjednaku zastupljenost težih neuroloških oštećenja u obe grupe, tj. u grupama koje su koristile elektronsko praćenje i onim koje su koristile auskultaciju.

Ovi podaci imaju veliki značaj za proces praćenja fetusa tokom normalnog poroda. Značajni porast broja intervencija, prilikom primjene elektronskog praćenja, je proporcionalan niskom nivou specifičnosti ove metode u slučajevima niskorizičnih trudnoća, a njena primjena ne doprinosi poboljšanju stanja novorođenčeta. Jedini izuzetak od ove konstatacije predstavljaju slučajevi neonatalnih konvulzija. Dakako, slučajevi neonatalnih konvulzija se javljaju uglavnom kod novorođenčeta, koji su rođeni nakon primjene oksitocinske infuzije, te stoga se s pravom može postaviti pitanje: Da li je porod izazvan ili ubrzan oksitocinom zaista "normalan porod"? U zemljama sa visokim tehničkim standardom i koje imaju veliki broj institucionaliziranih, kliničkih poroda, porod koji se ubrzava ili izaziva oksitocinom ili prostaglandinom, se smatra visokorizičnim, te se kao takav odvija pod nadzorom opstetričara, a promatranje stanja fetusa se vrši primjenom elektronskog monitoringa. U jednoj naknadnoj studiji, gdje je primjenjivana naizmjenična auskultacija kod normalnih poroda, a elektronski monitoring nakon

upućivanja pojedinih slučajeva na viši nivo zdravstvene zaštite, zbog potrebe za primjenom oksitocina, broj neonatalnih konvulzija je bio veoma nizak (Van Alten et al 1989, Treffers et al 1990).

Naizmjenično elektronsko praćenje je jedna varijanta neprekidnog elektronskog praćenja. Kod ove metode, CTG se koristi u vremenu od pola sata nakon početka poroda, a potom u jednakim intervalima od oko 20 minuta. U okviru istraživanja provedenih na slučajevima izabranih metodom slučajnog uzorka Herst i Ingemarsson (1994) su poredili metode neprekidnog monitoringa, te su uočili da su rezultati u obje grupe bili podjednako dobri. Iako je intervencijska stopa u toku ovog istraživanja bila niska u obje grupe, za očekivati je, da bi se širokom primjenom ove metode u slučajevima normalnog poroda pokazali isti nedostaci, kao i kod neprekidnog monitoringa, iako bi možda bili manje očigledni. Ovi nedostaci se odnose na ograničenost u kretanju porođilje tokom primjene ove metode, kao i na nizak stepen specifičnosti mjerenja dobivenih putem pomenute metode. Rutinska upotreba ove metode bi dovela u sumnju primjenljivost naizmjenične auskultacije, ako bi se javile bilo kakve naznake da je naizmjenična auskultacija nepouzdanija od elektronskog monitoringa.

Zaključak: Najprihvatljivija metoda monitoringa u slučajevima normalnog poroda je naizmjenična auskultacija. U mnogim zemljama je to jedina dostupna metoda za veliki broj žena. Ali i u industrijaliziranim zemljama, gdje je elektronska oprema dostupnija, nego u ostalim dijelovima svijeta, auskultacija je najčešća metoda monitoringa kod normalnog poroda. Individualna zdravstvena zaštita je od suštinskog značaja za ženu porođilju, a takvu zaštitu je lakše postići kroz kontakt sa porođiljom, koji zahtjeva auskultaciju. Samo kod žena sa povećanim rizikom, odnosno žena kod kojih je porod isprovociran ili produžen, zakomplikovan usljed zamućenosti plodove vode mekonijumom ili usljed nekog drugog faktora, koji izaziva moguće komplikacije, elektronski monitoring se prihvata kao bolje rješenje. U većini normalnih poroda, koji nemaju naznake mogućih komplikacija, elektronski monitoring rezultira povećanim brojem intervencija, bez jasnih dokaza da te intervencije doprinose poboljšanju stanja fetusa, a ujedno stvaraju dodatnu nelagodnu kod porođilje.

2.8 Higijena

Bez obzira na mjesto u kojem se odvija porod, čistoća je prvi i najbitniji preduslov za sve ostale aktivnosti. Postizanje stepena sterilnosti, koji postoji u operacionim salama nije neophodan, ali nokti onoga ko učestvuje u porodu moraju biti podrezani, a ruke pažljivo oprane vodom i sapunom. U okviru ovog procesa neophodno je osigurati ličnu higijenu žene koja se porađa, osoba koje asistiraju pri porodu, materijala koji se koriste pri porodu, kao i samog ambijenta u kojem se odvija porod. U nekim zemljama se tradicionalno koriste sterilne pregače i maske da bi se žene porođilje zaštitile od infekcije. Ovakva upotreba pregača je beskorisna (Crowther et al 1989). Dakako, u područjima u kojima je prisutan veliki broj zaraženih virusom HIV i hepatitisa B i C, zaštitna odjeća je korisna, kako bi spriječila kontakt davaoca zdravstvene zaštite sa zaraženom krvlju i drugim materijalima (WHO 1995).

WHO je tačno odredila sastav pribora za higijenski porod, te načine njihove pravilne upotrebe. Uvedeni su programi koji ukazuju na pozitivan efekat upotrebe "trostrukog čišćenja" (ruke, perinealne regije, pupčane regije) koje je potrebno zadržati ili čak proširiti. Sastojci pribora za higijenski porod se razlikuju od zemlje do zemlje, ali ono što je zajedničko za sva područja je da on mora odgovarati specifičnim potrebama porođilje, te da treba da bude podjednako dostupan u svakom mjestu i u udaljenim područjima zemlje. Ovi jednostavni, ali efektivni pribori se mogu napraviti i kod kuće i tada im se najčešće dodaje novi i sterilni žilet, koji se koristi za pupčanu vrpцу. Ovaj pribor treba da bude čist u potpunosti, ali se ne mora sterilizovati. Materijali na kojima je naglašeno da su za jednokratnu upotrebu se ne trebaju ponovo koristiti.

Instrumenti koje je moguće ponovo koristiti, tj. čija upotreba nije jednokratna, moraju se pažljivo očistiti, sukladno uputama koje je navela WHO (1995). Oprema koja je bila u kontaktu sa neoštećenom kožom, se može očistiti detaljnim pranjem; oprema koja je došla u kontakt sa sluznicama ili oštećenom

kožom mora se sterilizovati, prokuhati ili dezinfikovati upotrebom hemijskih sredstava, dok se instrumenti koji prodiru kroz kožu moraju obavezno sterilizirati. Ove metode se koriste kako bi se spriječila mogućnost zaraze porodilja i davaoca zdravstvene zaštite.

Neke mjere potrebno je poduzeti kod svih poroda, kako bi se spriječila mogućnost zaraze porodilje i/ili davaoca zdravstvene zaštite. Ove mjere upućuju na izbjegavanje direktnog kontakta s krvlju ili drugim tjelesnim tečnostima, tako što će se upotrijebiti rukavice tokom vaginalnog pregleda, tokom finalnih faza poroda, te tokom obrade placente. Bitno je umanjiti potencijalnu opasnost od zaraze, tako što će se radikalne tehnike, kao što je recimo epiziotomija, svesti na minimum, te će se krajnje oprezno postupati kod upotrebe oštih instrumenata (npr. tokom šivanja) (ICN 1996).

3. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TOKOM PRVE FAZE PORODA

3.1 Procjena početka poroda

Procjena početka poroda je jedan od najbitnijih aspekata vođenja poroda. Znakovi početka poroda su:

- bolne kontrakcije koje se javljaju u jednakim vremenskim intervalima
- povlačenje i/ili širenje (dilatacija) grlića maternice
- isticanje amnionske tečnosti
- krvavo-sluzavi iscjedak.

Prsnuće vodenjaka je jasan znak da je počeo jedan nepovratan proces. Ostali simptomi su manje evidentni i uključuju kontrakcije koje se mogu javiti mnogo prije početka poroda, dilataciju grlića maternice, koja se može javiti i nekoliko sedmica prije početka poroda, a zatim se polagano razvijati do samog momenta porođaja (Crowther 1989). Uprkos navedenim poteškoćama, davalac zdravstvene zaštite mora biti u stanju, da razlikuje lažni porod od stvarnog početka poroda, te je stoga najčešće neophodno izvršiti vaginalni pregled, kako bi se ustvrdile promjene koje nastaju na grliću maternice. Procjena početka poroda je bitna i ona služi kao osnova za utvrđivanje mogućih prolongiranih poroda, koji zahtijevaju specijalnu zaštitu. Ako je dijagnoza početka poroda pogrešno izvedena, može da dovede do primjene inače nepotrebnih intervencija, kao što su amniotomija ili oksitocinska infuzija. Dijagnoza "prolongirane latentne faze" često biva zamjenjena dijagnozom "lažnog poroda", jer porod nije u stvari ni počeo. U nekim slučajevima je moguće ustvrditi razliku između "početka poroda" i "lažnog poroda" tek nakon kraćeg perioda observiranja (promatranja). WHO Multicentar, koji je vršio istraživanje ovog pitanja (WHO 1994b), je ustvrdio da je samo 13% žena registrovano kao slučajevi sa prolongiranom latentnom fazom. Osim toga, partogramom je utvrđeno da aktivna intervencija u latentnoj fazi treba početi tek nakon 8 sati.

Spontano predporođajno pucanje vodenjaka (PROM) je izazvalo žučne diskusije po pitanju rizika, koji sa sobom nosi primjena vaginalnog pregleda (Schutte et al 1983), izazivanja poroda, te profilaktička upotreba antibiotika. U okviru studije koja je provedena nad slučajevima induciranih poroda, 12 sati nakon prsnuća vodenjaka, u usporedbi sa uobičajenim postupkom čekanja oko 48 sati, ustvrđeno je, da je potreba za sredstvima protiv bolova, te intervencijama, bila znatno veća u induktivnoj grupi, koju su sačinjavale porodilje sa indukovanim porodom, dok su se lakše neonatalne infekcije u 1,6% slučajeva u induktivnoj grupi, i 3,2% u grupi sa normalnim tokom poroda (periodom iščekivanja). Tokom ove studije profilaktički nisu korišteni antibiotici, a vaginalni pregled je vršen tek nakon početka poroda (Ottervanger et al 1996). Konzervativni pristup, kojeg podupiru postojeći dokazi, zagovara praksu koja zahtjeva promatranje bez vaginalnog pregleda i upotrebe antibiotika tokom prvih 48 sati nakon PROM-a. Ako porođaj ne počne spontano u okviru tog perioda (oko 20% žena), može se razmatrati primjena oksitocinske indukcije. Svakako treba imati na umu, da su ovi rezultati dobiveni unutar grupa zdravih porodilja u razvijenim zemljama, te u bolnicama u kojima je bilo moguće zadržati visok stepen higijene tokom poroda. U nekim

drugim područjima može se savjetovati primjena aktivnijeg tretmana sa upotrebom antibiotika, te ranijom indukcijom poroda. Imajući u vidu činjenicu da u zemljama u razvoju, puerperalna sepsa predstavlja treći ili četvrti uzrok mortaliteta porodilja, potrebno je uložiti sve napore kako bi se ona izbjegla neovisno od sredstava koja se u tu svrhu primjenjuju.

3.2 Položaj i kretanje tokom prve faze poroda

Nekoliko studija ukazuju na činjenicu, da ležanje na leđima tokom prve faze poroda izaziva smanjeni dotok krvi u maternicu. Teška maternica može da prouzrokuje kompresiju vena cava i smanjen dotok krvi, koji može da se odrazi na stanje fetusa. Ležeći položaj, prema nekim drugim istraživanjima, smanjuje intenzitet kontrakcija (Flynn et al 1978, McManus i Calder 1978, Williams et al 1980, Chen et al 1987), te analogno tome, utiče na tok poroda. Stajanje, te ležanje na strani, uslovljavaju veći intenzitet i uspješnost kontrakcija (tj. njihovu sposobnost da izazovu cervikalnu dilataciju).

Uprkos ustaljenoj praksi ležanja na leđima, mnoge druge opcije stoje ženi na raspolaganju. Dakako, postoje određena ograničenja ovih opcija, a ona se odnose na dizajn rađaonskog stola, protokolarnu proceduru poroda, ili moguća rutinska primjena intravenoznih infuzija ili opreme za promatranje. Tamo gdje su ta ograničenja svedena na minimumu, žena je u mogućnosti da hoda, stoji, sjedi, u uspravljenom položaju ili u položaju četvoronoške, da se tušira ili kupa, kako bi se smirila ili eventualno da mijenja sve ove pomenute položaje. Pokusi u okviru kojeg su poređeni porodi, koji pružaju ovakve opcije kretanja i oni koji zahtijevaju od porodilje da leži, došli su do zaključka, da su porodi sa nesmetanim kretanjem doživljeni kao manje bolni (javljala se znatno manja potreba za analgezijom), a medikamentozno ubrzavanje poroda je rjeđe primjenjivano u neležecim položajima (Chan 1963, Flynn et al 1978, McManus i Calder 1978, Diaz et al 1980, Williams et al 1980, Hemminki 1983, Melzack 1991). Jedno od istraživanja (Flynn et al 1978) na ovu temu je pokazalo, da je broj patoloških otkucaja srčanih tonova fetusa znatno manji, ako se porod odvijao u uspravnom položaju, iako ostala istraživanja na ovu temu nisu uočili razlike u neonatalnom ishodu ovisno od položaja koji je korišten.

Zaključak: Ne postoje dokazi koji bi upućivali na favoriziranje ležećeg položaja tokom prve faze poroda. Jedina iznimka su slučajevi gdje je došlo do pucanja plodovih ovoja, a gdje nije došlo do spuštanja glavice fetusa u karlicu. Ako nakon pucanja ovoja, davalac zdravstvene zaštite uspije dijagnosticirati spuštanje glavice, ženi treba prepustiti odabir položaja tokom poroda i pri tome je ohrabrivati. Porodilje najčešće mijenjaju pozicije, jer nijedna nije udobna nakon izvjesnog vremenskog perioda.

3.3 Vaginalni pregled

Ovo je jedna od esencijalnih dijagnostičkih aktivnosti u okviru procesa procjene početka i daljnjeg toka poroda. Pregled može izvesti samo edukovani davaoc zdravstvene zaštite, čije ruke su čiste i u sterilnim rukavicama. Broj vaginalnih pregleda se striktno ograničava na onoliko koliko je zaista potrebno. Tokom prve faze poroda obično je dovoljno vršiti pregled svaka četiri sata, sukladno uputstvima datim u priručniku za upotrebu partograma (WHO 1993). Ako porod protiče bez ikakvih poteškoća, stručni, iskusni davaoci zdravstvene zaštite mogu ograničiti broj pregleda na jedan. U najboljem slučaju, to bi bio taj jedan pregled, koji je neophodan, kako bi se ustvrdio početak poroda, odnosno kako bi se potvrdila činjenica da je dilatacija cerviksa nastupila (to je ujedno najobjektivniji kriterij porođajnih bolova). Još jedna od mogućih praksi je da se vaginalni pregled vrši kada postoji evidentna naznaka da je on neophodan, odnosno kada se npr. smanji intenzitet kontrakcija ili kada se pojavi potreba za napinjanjem ili prije davanja analgetika.

Za svaki od gore navedenih stavova se može još mnogo navesti, ali imajući u vidu našu teoremu: "Kod normalnog poroda je potrebno da postoji dovoljno jak razlog za uplitanje u njegov prirodni tok", i zbog toga su čak zadnja dva navedena načina prihvatljivija nego ovaj prvi. Pa ipak mnoga pitanja ostaju neodgovorena, s obzirom da ne postoje čvrsti naučni dokazi, koji bi potkrijepili bilo koju od navedenih teorija. Možda je potrebno uspostaviti strožije smjernice u zemljama u kojima davaoci zdravstvene zaštite pri porodu imaju ograničeno obrazovanje i koji su geografski posmatrano izolovani ili ih velika udaljenost dijeli od većih zdravstvenih ustanova. Karakter ovih smjernica tada bi, u svakom slučaju, trebao ovisiti o osnovnim karakteristikama zemlje na koju se odnose.

U zdravstvenim ustanovama u kojima se vrši edukacija stručnog kadra, može se desiti da vaginalni pregled obavlja učenik ili student, onda se taj pregled najčešće mora ponovo provjeriti od strane instruktora/profesora/nastavnika. Ovi postupci se smiju primjeniti samo uz odobrenje porodilje. Žene ni u kom slučaju ne smiju biti primorane da pristaju na ponovne ili učestale preglede učenika, studenata ili zdravstvenih radnika pri porodu.

U prošlosti se preporučavao rektalni pregled, kako bi se izbjegla kontaminacija vagine. Ova praksa posmatrana sa stanovništa suvremene medicine nije preporučena. Istraživanja koja su se bavila poređenjem ishoda slučajeva u kojim su korišteni vaginalni i rektalni pregledi je došla do zaključka da je mogućnost javljanja puerperalne infekcije sasvim izvjesna, bez obzira da li je vršen rektalni ili vaginalni pregled tokom poroda (Crowther et al 1989). U okviru ispitivanja na principu slučajnog uzorka uočeno je da žene preferiraju vaginalni pregled (Murphy et al 1986).

3.4 Praćenje toka poroda

Praćenje toka poroda se vrši na osnovu observacije žene i njenog stanja, odnosno promatranja njenog izgleda, ponašanja, kontrakcija, te spuštanja prednjačeće česti. Najtačnija metoda procjene je dilatacija cerviksa. Odstupanja od definisane normalne stope dilatacije je indikacija da je potrebno ponovo razmotriti planove izvršenja i toka poroda. U okviru partogramske metode ustanovljene od strane WHO-a (WHO 1993), ako se dilatacija odvija sporije od 1 cm na sat stanje se smatra ozbiljnim, te se sukladno tome ovakve porodilje koje su smještene u domovima zdravlja, moraju upućivati na viši (sekundarni) nivo zdravstvene zaštite, odnosno u bolnice. Ako je napredovanje poroda izostalo više od četiri sata, onda se moraju preduzeti mjere. Prije svega, mora se kritički ispitati, iz kojeg razloga je došlo do usporavanja, te se na osnovu toga donesu primjerene odluke. Ove striktno odredbe se ne slijede u svim zemljama, iako predstavljaju vrijedne upute, posebno kod većih udaljenosti do bolnice i tamo gdje su akušeri ili babice, prepušteni sami sebi. Istraživanja o primjeni partograma su pokazala, da je u više od jedne petine partograma prekoračena linija budnosti, a u 10-11% linija djelovanja. (Philpott et Castle 1972, WHO 1994b) U Latinskoj Americi se primjenjuje jedan promijenjeni partogram, koji razlikuje nullipare i multipare, te intaktan i cureći vodenjak, kao i uspravna i ležeća pozicija tijela (Schwarcz et al 1987-1995).

Ovisnost između protrahiranog poroda i nepovoljnog ishoda za majku i dijete je upravo razlog, zbog kojeg je toliko bitno precizno vršiti stalno praćenje toka poroda. Step en uzročne povezanosti ove ovisnosti nije ni u kom slučaju pouzdan. Protrahirani tok poroda je prije razlog za procjenu, nego intervenciju. Kefalopelvična disproporcija se takođe mora uzeti u obzir, ako se porod sporo odvija. Intrapartum rendgenska pelvimetrija se nije pokazala korisnom u ovim slučajevima. Praćenje slučajeva u kojima je primjenjena redgenska pelvimetrija je uočio porast intervencija poput carskog reza, koje nisu bitnije uticale na smanjenje neonatalne stope morbiditeta (Parsons i Spellacy 1985). Primjena rendgenske pelvimetrije tokom trudnoće i poroda utiče na porast slučajeva leukemije u dojenačkom dobu, te je sukladno tome treba potpuno odbaciti (Stewart et al 1956, MacMahon 1962). Ručna pelvimetrija se pokazala efikasnom kada je primjenjuju edukovani i iskusni davaoci zdravstvene zaštite. Kod intaktnih ovoja, usporenom toku poroda obično nije uzrok disproporcija. U takvim slučajevima, prirodno vođenje poroda može da predstavlja jednu od opcija (Alberts et al 1996). S obzirom da ne postoje čvrsti dokazi bazirani na adekvatnim istraživanjima primjene prirodnog ili aktivnog vođenja poroda u slučajevima

disproporcije, nismo u mogućnosti izvesti konkretan zaključak po ovom pitanju. Kada dođe do pucanja membrana usporeni tok poroda je najčešće posljedica problema mehaničke prirode. Porodajni menadžment u slučajevima abnormalnog toka poroda, ne spada u ingerencije ovog izvještaja.

3.5 Prevencija protrahanog toka poroda

Postoji nekoliko mjera koje se preporučavaju u svrhu prevencije protrahanog poroda i ponekad se one koriste mnogo prije nego što se dostigne linija akcije ili linija uzbune na patrografu. Najaktivnije intervencije su rana amniotomija i rana oksitocinska infuzija, ili kombinovanje obe. Rana amniotomija utiče na fiziološki momenat pucanja ovoja. U normalnim uslovima u 75% slučajeva, ovoji ostaju očuvani do momenta potpune dilatacije (Schwarcz et al 1995). Amniotomija, prije potpune dilatacije, se često koristi kao metod ubrzavanja poroda.

3.5.1 Rana amniotomija

Ovaj zahvat se preporučuje kao rutinska intervencija, jedan sat nakon prijema za porod (O'Driscoll et al 1973). U jednoj kontroliranoj studiji je dokazan značajan porast fetalnih srčanih deceleracija Tip I nakon rane amniotomije. (Schwarcz et al 1973) Više randomiziranih studija objašnjavaju, da rana amniotomija skraćuje trajanje poroda u prosjeku između 60 i 120 minuta, bez djelovanja na primjenu analgetika i na ratu operativnih poroda. Iz ovih studija se ne može zaključiti niti pozitivan, niti negativan efekat rane amniotomije na stanje novorođenčeta (Fraser et al 1991, 1993, Barret et al 1992). Iz toga nije moguće zaključiti, da rana amniotomija ima značajnu prednost naspram normalnog, iščekujućeg postupka, ili obrnuto. Zbog toga je pri normalnim porodima potreban valjan razlog, da se poremeti prirodni momenat pucanja vodenjaka.

3.5.2 Intravenozna infuzija oksitocina

Ova metoda se najčešće koristi, kako bi se ubrzao porod nakon spontane ili izazvane rupture (prsnuća) vodenjaka. Kombinovanje ove metode sa ranom amniotomijom se najčešće naziva "aktivno vođenje poroda" i prvi put je u tom obliku primjenjena u Irskoj (O'Driscoll et al 1973, O'Driscoll i Meagher 1986). Ova metoda je u manje ili više modificiranom obliku prihvaćena širom svijeta. Postupak aktivnog menadžmenta je predviđao ranu amniotomiju, vaginalni pregled svakih sat vremena, a davanje oksitocina bi uslijedilo ako je cervikalna dilatacija manja od 1 cm u toku jednog sata. Ovakva primjena je ispitana na većem broju slučajno odabranih uzoraka (Read et al 1981, Hemminki et al 1985, Bidgood i Steer 1987, Cohen et al 1987, Lopez-Zeno et al 1992). Od tri pokusa koji su ispitivali dužinu trajanja poroda nakon oksitocinske primjene, samo je jedna od kontrolnih grupa pokazala kraći porod sa oksitocinom. U jednom od pokusa, žene koje su sačinjavale kontrolnu grupu, su podsticane da ustanu iz kreveta, te da se kreću, stoje ili čak sjede, ovisno od njihovih želja. U ovoj kontrolnoj grupi srednja vremenska vrijednost trajanja poroda je bila nešto kraća, nego u grupi sa vještački ubrzanim porodom. Ni Apgar rezultati, niti broj slučajeva upućenih na viši nivo zdravstvene zaštite nisu se razlikovali između kontrolnih grupa i oksitocinske stimulacije (Hemminki et al 1985). Ova studija se bavila i ispitivanjem stava žena spram pomenutih procedura. Većina žena je vještačko izazivanje i podsticanje bolova (putem infuzije) opisala kao vrlo neprijatnu. Više od 80% žena je osjetilo da je oksitocinska infuzija izazvala veće bolove. Polovina žena iz kontrolne grupe, koje su bile u pokretu, smatrale su da je upravo ta mobilnost uticala na smanjenje bolova, dok 24% žena iz ove iste grupe nije osjetilo razliku.

Zaključak: Na osnovu dostupnih naučnih podataka nije sasvim jasno, da li je velika oksitocinska primjena za stimulaciju kontrakcija ("aktivno vođenje poroda") korisna za majku i novorođenče. Ovo, naravno, ne znači da je oksitocin beskoristan u tretiranju protahiranog poroda. S druge strane, ne postoje

dokazi koji bi potvrdili, da je prevencija protražiranog poroda kroz liberalnu primjenu oksitocina pri normalnim porodima od koristi za majku i dijete. Sasvim je pravilno zapitati se, da li se porod koji je ubrzan primjenom oksitocinske infuzije i dalje može tretirati kao normalan porod. U mnogim mjestima, oksitocinske infuzije se daju samo u bolnicama i pod nadzorom opstetričara. Ovo je vrlo razumljiva mjera opreza, s obzirom na nepredvidivu prirodu vještački izazvanog poroda. Opće pravilo kod primjene oksitocinske infuzije je da je treba koristiti samo u kapacitetima, koji imaju direktnu mogućnost vršenja carskog reza, ako se javi potreba za jednom takvom intervencijom. Potreba za ubrzanjem poroda se smatra dovoljnom indikacijom za upućivanje na viši nivo opstetričkih usluga, pod specijalistički nadzor i sa operativnim kapacitetima. Tamo gdje postoji mogućnost, dalje praćenje stanja fetusa se umjesto naizmjeničnom auskultacijom, vrši putem elektronskog monitoringa. Jedno od istraživanja, koje je provedeno u Dublinu, a koje je ispitivalo intrapartum srčane tonove fetusa, upućuje na zaključak, da je u grupi koja je promatrana primjenom auskultacije, broj neonatalnih napada bio uvećan, a većinu ove novorođenčadi su rodile majke, čiji je porod bio ubrzan primjenom oksitocina. (MacDonald et al 1985). Kao što je u poglavlju 2.7 opisano, oksitocinska primjena je složena intervencija i treba je primjenjivati samo u slučajevima gdje postoje jasne indikacije. Isto važi i za modernije varijacije stimulacije i izazivanja poroda, koje se postižu sa prostaglandinima.

3.5.3 Intramuskularna primjena oksitocina

Upotreba bilo kojeg intramuskularnog uterotonika, prije rođenja novorođenčeta, se smatra opasnim, jer doza se ne može prilagoditi nivou uterusne aktivnosti. Kao rezultat može da se javi hiperstimulacija, koja je štetna za fetus. Povećanje broja slučajeva sa rupturama uterusa, sa teškim posljedicama, je takođe povezan sa primjenom ove prakse (Kone 1993, Zheng 1994). Pa ipak, intramuskularna primjena oksitocina je još uvijek u primjeni. Ponekad se daje i na zahtjev majke i familije, koja s tim očekuje brži porod. U nekim razvijenim zemljama ovaj lijek se može naći i u slobodnoj tržišnoj prodaji. Ovu štetnu praksu treba odbaciti. Isto važi i za primjenu u bilo koje vrijeme prije porođaja ostalih uterotonika, kao što je prostaglandin, ukoliko se oni primjenjuju, a da se njihov efekat ne može kontrolisati.

4. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TOKOM DRUGE FAZE PORODA

4.1 Fiziološki podaci

Tokom druge faze poroda oksigenacija fetusa se postepeno smanjuje, jer je fetus lagano potisnut iz uterusne šupljine, što rezultira skupljanjem uterusa i smanjenjem uteroplacentarne cirkulacije. Osim toga jake kontrakcije i naporno potiskivanje mogu uticati na dodatno smanjenje placentarne cirkulacije. Smanjenje oksigenizacije je praćeno acidozom. Svakako, postoje velike individualne razlike u tempu, obimu i ozbiljnosti ovog procesa, te s obzirom na to, davalac zdravstvene zaštite mora pažljivo motriti stanje fetusa.

4.2 Početak druge faze

Znakovi početka druge faze su :

- žena osjeća potrebu za potiskivanjem (napinjanjem), jer vodenjak ili prednjačeća čest izvire kroz prošireni grlić maternice i vrši pritisak na rektum;
- često dolazi do spontane rupture vodenjaka;

- u većini slučajeva dolazi do potpune dilatacije grlića maternice, iako ponekad porodilja osjeća potrebu da potiskuje, prije nego što nastupi potpuna dilatacija. Ukoliko je ostao rub cerviksa, on će biti odgurnut prednjačecom česti ploda.

Iz ranije navedenog, evidentno je da se početak druge faze ne može tačno odrediti. Žena može osjetiti potrebu da potiskuje, prije nego što nastupi potpuna dilatacija ili i kada nastupi potpuna dilatacija, još ne osjeća potrebu za potiskivanjem. Ako je potpuna dilatacija dijagnosticirana vaginalnim pregledom i tad nam ostaje nejasno, koliko dugo je dijagnosticirano stanje već prisutno.

U nekim bolnicama je uobičajeno da se žena, nakon početka druge faze poroda, iz sobe "za bolove" ili "predrađaoone" prebacuje u posebnu sobu, takozvanu "rađaonu". Takva rađaona je najčešće opremljena velikim svijetlim lampama, instrumentima i rađaonskim krevetom sa držačima za noge, kaiševima, stremenima, ili metalnim žlijebovima. Iako je takvo okruženje znatno podobnije za davanje zdravstvene zaštite, posebno u slučajevima kada se očekuje operativni zahvat, za samu porodilju možda i nije tako dobar, jer svaka vrsta prebacivanja ili nepotrebnog transporta za ženu u takvom stanju je neugodna. Kod normalnog poroda nema potrebe da se žena transportuje u drugu specijalnu sobu, nakon nastupanja druge faze. Bolovi i porod se u potpunosti mogu pratiti u jednoj te istoj prostoriji.

4.3 Početak potiskivanja (napinjanja) tokom druge faze

Često davaoci zdravstvene zaštite određuju početak druge faze, tako što u tom momentu, nakon što se konstatuje potpuna dilatacija ili čak ranije, počnu podsticati ženu da potiskuje. Fiziološki pristup je da se sačeka dok sama žena ne osjeti potrebu za potiskivanjem. Ponekad se desi da nastupi potpuna dilatacija, ali se sa njom ne javi i potreba za potiskivanjem, te se može desiti da nakon perioda iščekivanja, koji traje od deset do dvadeset minuta, spontano nastupi faza ekspulzije. Nisu zabilježena istraživanja o prednostima ranijeg odnosno kasnijeg potiskivanja, ali su neka ispitivanja o ovom pitanju rađena u okviru ispitivanja o primjeni epiduralne anestezije. Zato što je u ovom slučaju potisnut osjećaj napinjanja, bez daljnjeg se može sačekati sa napinjanjem, sve dok se glavica ne vidi u introitusu. Ova procedura je poređena sa potiskivanjem, koje je nastupilo neposredno nakon dijagnosticiranja potpune dilatacije (McQueen i Mylrea 1997, Maresh et al 1983, Buxton et al 1988). Kasnije potiskivanje nije prouzrokovalo posljedice na zdravstveno stanje majke, niti djeteta. U grupi u kojoj je ranije došlo do potiskivanja, uočen je znatno veći broj porođaja forcepsom. Iako su ovi rezultati dobijeni od žena koje su primale epiduralnu anesteziju, oni su slični slučajevima iz kliničkog iskustva babica, koje su odugovlačile fazu potiskivanja do pojave spontanog refleksa ekspulzije. Ovakav tok je lakše podnošljiv za porodilju i skraćuje fazu potiskivanja.

Na samom početku ili čak prije početka druge faze, ponekad se rutinski kateterizacijom prazni mjehur. Ovaj zahvat je nepotreban i može da izazove infekciju urinarnog trakta. Posebice tokom druge faze, kada je glava fetusa spuštена, te kateterizacija u ovoj fazi može da bude vrlo teška, pa čak i traumatična. Preporuča se da se žena podstiče da samostalno mokri tokom prve faze poroda; ovakva praksa je sasvim dovoljna kod normalnog poroda.

4.4 Proces potiskivanja (napinjanja) tokom druge faze poroda

Practiciranje suzdržanog, usmjerenog napinjanja (Valsalva, "Power-napinjanje"), tokom druge faze poroda, je široko zastupljena na mnogim porođajnim odjelima. Alternativa je da se podrži spontana šema napona kod porodilja (naponi u kombinaciji sa izdisajem prema nadole). Ove dvije prakse su poređene u okviru nekoliko istraživanja (Barnett i Humenick 1982, Knauth i Haloburdo 1986, Parnell et al 1993, Thomson 1993). Spontano potiskivanje (napinjanje) je imalo za rezultat tri do pet relativno kratkih potiskujućih napona (4-6 sekundi), sa svakom kontrakcijom, dok je suzdržano, usmjeren potiskivanje trajalo deset do trideset sekundi, istovremeno sa zadržavanjem daha. Ovaj drugi način je imao nešto kraću

drugu fazu poroda, ali on može izazvati promjene u radu srca usljed respiratornih promjena. Ako žena leži na leđima može doći do kompresije aorte i smanjenog dotoka krvi u maternicu. U objavljenim istraživanjima prosječna pH vrijednost pupčane arterije, je bila niža u grupama sa suzdržanim potiskivanjem i postojala je tendenca smanjenih Apgar-rezultata. Dostupni podaci su vrlo ograničeni, ali manje više, ustaljena šema je da suzdržani i rani naponi rezultiraju neznatnim skraćanjem druge faze poroda, ali ne rezultiraju drugim prednostima u odnosu na spontano potiskivanje i utisak je da suzbija razmjenu gasova između majke i fetusa. Kraća, spontana potiskivanja se čine superiornijim i prihvatljivijim u odnosu na suzdržano potiskivanje (Sleep et al 1989).

U mnogim zemljama je prisutna praksa primjene pritiska na fundus tokom druge faze poroda. Cilj takve prakse je da se ubrza porod i ona se nekad primjenjuje kratko prije završetka poroda, a nekad već na početku druge faze poroda. Pored toga, što ovakva praksa izaziva veliku nelagodnost kod žene, postoje određene sumnje da je ova metoda štetna za maternicu, perineum i sam fetus, iako konkretni podaci, koji bi potvrdili ovo stanovište, još uvijek ne postoje. Opći utisak je da se ova metoda primjenjuje češće nego što je to potrebno, bez evidentnih dokaza o njenoj stvarnoj koristi.

4.5 Trajanje druge faze

De Snoo je 1930 ustvrdio trajanje druge faze poroda, koju je ispitivao u 628 slučajeva žena prvorotkinja, kod kojih je fetus bio u potiljačnom stavu. Rezultat njegovog istraživanja je bio da druga faza traje $1\frac{1}{4}$ sata, odnosno srednji period trajanja je 1 sat. Ovi podaci, do kojih je došao De Snoo, su uključivali i vrlo duge porode (u trajanju od 10-14 sati). Od tog perioda, druga faza poroda je u mnogome određena vještačkim okončanjem poroda, koju su odredili davaoci zdravstvene zaštite, nakon što se dostigne maksimalna dužina trajanja poroda. Shodno tome, danas se smatra, da druga faza poroda kod žena prvorotkinja traje oko 45 minuta. Međuovisnost produžene druge faze poroda i fetalne hipoksije i acidoze, dala je povoda za skraćivanje druge faze poroda, čak i u slučajevima, gdje ne postoji opasnost za majku ili fetus. Ovakvi postupci su proučavani u okviru nekoliko kontrolisanih istraživanja (Wood et al 1973, Katz et al 1982, Yancey et al 1991). Okončanje poroda kod nekomplikovane druge faze poroda je rezultiralo znatno višim pH vrijednostima pupčane arterije, bez dodatnih dokaza da je ovaj postupak povoljan za bebu. Slučajevi trauma majke i povremeno samog fetusa, koji se često javljaju usljed pojačane hirurške aktivnosti koju uslovljava ova metoda, su neopravdani. Ako su majka i fetus u dobrom stanju, te ako porod napreduje dobro, nema razloga da se slijepo primjenjuje određeno vrijeme trajanja druge faze od, recimo, jednog sata.

Nekoliko kasnijih istraživanja su se bavili pitanjem neonatalnog stanja nakon druge faze koja je imala različite perioda trajanja. U Wormerveerovoj studiji (Van Alten et al 1989, Knuist et al 1989) ispitana je grupa koju je sačinjavalo 148 novorođenčadi, a kao osnova ispitivanja korištene su pH vrijednosti pupčane arterije i neourološki nalaz (Prechtl) u drugoj sedmici života. Vrijeme trajanja druge faze je variralo od manje od 60 minuta (66% nullipara) do 159 minuta. U okviru istraživanja nije uočena nikava uslovljenost između vremena trajanja druge faze i neonatalnog stanja. Nedavno je objavljena još jedna studija, koja se bavila istom problematikom, u okviru koje je ispitano 6.759 novorođenčadi u stavu glavicom, čija je težina bila veća od 2.500 grama i kod kojih je druga faza poroda trajala u 11% slučajeva duže od 3 sata. Nije uočena uslovljenost dužine trajanja druge faze i niskog, petominutnog Apgar nalaza, učestalosti neonatalnih konvulzija ili transfera na neonatalnu intenzivnu njegu (Menticoglou et al 1995).

Zaključak: Odluka o skraćanju druge faze poroda treba biti zasnovana na procjeni stanja majke i fetusa, te napretku poroda. Ako su uočljivi znaci stresa fetusa ili ako se plod ne spušta, onda u tom slučaju možemo konstatovati da postoji opravdan razlog za ubrzanje poroda. Ali ako uočimo da je stanje majke dobro, da je fetus u dobrom stanju, te da se glavica fetusa polagano spušta, onda nema razloga za bilo kakvu vrstu intervencije. Nakon druge faze, koja traje više od 2 sata kod prvorotkinja, odnosno duže od 1 sata kod višerotkinja, šansa za spontani porod u toku primjerenog vremenskog intervala se smanjuje, te sukladno tome treba planirati moguće ubrzanje i okončanje poroda.

Svugdje u svijetu, i u razvijenim i nerazvijenim zemljama, broj poroda operativnim putem je znatno porastao u toku zadnjih deset godina. Razlozi nisu u potpunosti poznati, ali osim ranije pomenutog striktnog držanja teorijski određenih rokova trajanja druge faze, mogući razlozi su i strah od sudskih procesa zbog profesionalnih grešaka, udobnost ili finansijska dobit. Istraživanja koja su na ovu temu provedena među opstetričarima i zdravstvenim radnicima u Nizozemskoj, su došli do zaključka da je tendencija ka povećanju broja hirurških intervencija pri porodu, smanjena prisustvom babica u bolnicama (Pel et al 1995). Očigledno da prisustvo profesionalaca, koji nisu kvalifikovani da direktno sprovedu medicinske intervencije, ali čiji zadatak je da održe nivo normalnosti (uobičajenosti) i fiziološkog toka pri porodu, može spriječiti nepotrebne intervencije. Svjetska epidemija poroda operativnim putem zaslužuje više pažnje, jer bespotrebne intervencije štetno djeluju na majku i dijete.

4.6 Položaj tijela majke tokom druge faze poroda

Veći broj studija ukazuje na to da je uspravan (vertikalni) položaj ili položaj na strani tokom druge faze poroda ugodniji, te da omogućava lakše napinjanje, nego leđni položaj (Stewart et al 1983, Liddell i Fisher 1985, Chen et al 1987, Johnstone et al 1987, Gardosi et al 1989ab, Stewart i Spiby 1989, Crowley et al 1991, Allahbadia i Vaidya 1992, Bhardwaj et al 1995).

Uspravljeni položaj je ugodniji i olakšava potiskivanje ploda, kontrakcije u ovom položaju su manje bolne, manje su šanse za javljanje perinealne/vaginalne traume i rjeđe su infekcije rana. U jednoj studiji je primjećena skraćena druga faza poroda pri uspravnom stavu porodilje. Što se tiče stanja samog fetusa, uočena je manja učestalost Apgar vrijednosti nižih od 7, pri porodima u uspravnom položaju majke.

Vertikalni ili uspravni položaj majke pri porodu sa ili bez upotrebe porođajne stolice može dovesti do češćih ruptura labija, a rezultati sugerišu povećanje perinealnih ruptura trećeg stepena, iako je broj ovih istraženih slučajeva vrlo mali. Kod žena koje su rodile u uspravnom stavu, uočen je povećan procenat sa postpartalnim krvarenjima. Razlozi ovome još uvijek nisu potpuno poznati, ali pretpostavlja se da je u vertikalnom položaju preciznije moguće procijeniti količinu izgubljene krvi ili je ono uslovljeno povećanim pritiskom vena u području pelvičnog dna i vulve (Liddell i Fisher 1985, Gardosi et al 1989, Crowley et al 1991). U jednoj studiji je uočeno da je nivo hemoglobina bio niži četvrti dan nakon poroda, iako razlika nije bila znatna.

Položaj majke u toku druge faze ima uticaja na fetus podjednako, kao i u toku prve faze poroda. Istraživanja ukazuju na rjeđe slučajeve sa patološkim radom srca kod uspravnog položaja, te u prosjeku višu pH vrijednost pupčane arterije. Nekoliko istraživanja je prikupljalo informacije od žena, o položaju koji im više odgovara i većina žena se pozitivno izjasnila spram uspravnog položaja, jer su osjećale manje bolne trudove i manje bolove u leđima. Ležeći položaj, sa dignutim nogama, je opisan kao neugodan, bolniji i da ne dopušta mogućnost kretanja. Žene koje su se porodile u tom položaju su izrazile želju, da se sljedeći put porode u uspravnom položaju (Stewart i Spiby 1989, Waldenstrom i Gottvall 1991).

Uspjeh vertikalnog položaja u mnogome ovisi od davanja zdravstvene zaštite pri porodu i njegovog ili njenog iskustva sa položajima koji nisu ležeći. Poznavanje prednosti uspravnih položaja i da se porod vodi u bilo kom mogućem položaju, kao i spremnosti podržati ženu u tome, može u mnogome poboljšati kvalitet poroda.

Zaključak: Žena može u obe faze poroda zauzeti položaj koji želi, iako je preporučljivo da se izbjegava dugo ležanje. Porodilju treba podsticati da sama odabira položaj u kojem se osjeća najudobnije. Zdravstvene radnike pri porodu treba obučiti da izvode porod u različitim, alternativnim položajima, kako oni ne bi predstavljali ograničavajući faktor pri odabiru različitih pozicija tokom poroda.

4.7 Zaštita perineuma (medice)

Povrede u području medice spadaju među najčešće traume, koje žene tokom poroda doživljavaju, čak i tamo gdje se porod smatra normalnim. Postoji više tehnika i praktika, kojima je cilj, da smanje štetu ili da je drže u nekom prihvatljivom obimu.

4.7.1 Zaštita perineuma tokom poroda

Mnogi udžbenici opisuju postupak očuvanja perineuma tokom izlaska glave fetusa. Prsti jedne ruke (najčešće desne) drže perineum, dok se drugom rukom pritišće glava fetusa, kako bi se na taj način kontrolisala brzina izlaska glave, te spriječilo ili umanjilo moguće oštećenje perinealnog tkiva. Moguće je da se ovim postupkom može spriječiti nastajanje perinealnih ruptura, ali je isto tako izvjesno da pritiskanje glave fetusa onemogućava ubrzanje kretanja glave, te je na taj način preusmjerava od pubičnog luka prema perineumu, te shodno tome povećava mogućnost povrede perineuma. S obzirom da nisu izvršena zvanična istraživanja, nemoguće je sa sigurnošću konstatovati koja od ovih dviju metoda, tj. metoda pritiskanja glave ili metoda koja isključuje svaki dodir perineuma tokom poroda, je prihvatljivija. Zaštita perineuma, koja se vrši rukama, je lakše izvodljiva kod žena, koje su u ležećem položaju. Ako se žena porađa u uspravnom položaju, onda onaj ko vodi porođaj može "na slijepo da pokuša da pridrži perineum" ili da primjeni tehniku koja isključuje svaki dodir perineuma.

Još jedna tehnika, koja ima za cilj smanjenje povrede perineuma, je primjena masaže perineuma tokom završnog dijela porođaja, kojom se pokušava razvući tkivo. Prednosti ove tehnike nisu u potpunosti izučene, ali se postavlja pitanje pozitivnosti ove tehnike, jer ona uključuje masiranje tkiva, koje je visoko vaskularizirano i edematozno.

Postoje još neke metode pored ovih ranije navedenih, ali njihova djelotvornost nije još u potpunosti ispitana, kao npr. različiti načini porođanja ramena i abdomena, nakon izlaska glave fetusa. Nije u potpunosti razmotreno pitanje djelotvornosti i općenito neophodnosti ovakvih manevara. Ne postoje adekvatni podaci zasnovani na istraživanjima ovih metoda. Nacionalna epidemiološka jedinica pri Oksfordskom univerzitetu vrši istraživanje po principu slučajnog uzorka o "Zaštiti perineuma tokom poroda-Ruke ispred ili spuštene" takozvana "HOOP" studija koja bi trebala obezbijediti podatke o djelotvornosti različitih pristupa koje tretiraju porođanje glave i ramena fetusa u odnosu na perineum (McCandlish 1996).

4.7.2 Ruptura perineuma i epiziotomija

Pucanje perineuma se često javlja, naročito kod prvorotkinja. Prvostepeno pucanje perineuma ponekad može da se tretira bez šivanja, dok se drugostepeno šivanje perineuma dosta lako izvodi pod lokalnom anestezijom i u principu zacjeljuje bez poteškoća. Trećestepeno pucanje može imati ozbiljnije posljedice i trebao bi ga tamo gdje je moguće šiti ljekar specijalista - akušer u dobro opremljenim bolnicama, kako bi se spriječile moguće fekalne inkontinencije i/ili fekalne fistule.

Epiziotomija se takođe primjenjuje, ali njena primjena varira. U SAD-u ona se primjenjuje kod 50-90 % žena prvorotkinja, te tako epiziotomija predstavlja najučestaliju hiruršku intervenciju u toj zemlji (Thacker i Banta 1983, Cunningham et al 1989, Woolley 1995). U mnogim zemljama na snazi su generalne upute, da se kod svih prvorotkinja primjenjuje epiziotomija. U Nizozemskoj babice primjenjuju epiziotomiju u 24,5% slučajeva od kojih je 23,3% mediolateralna i 1,2% medijana epiziotomija (Pel i Heres 1995). Medijane epiziotomije se lakše ušivaju i njihova je prednost što ostavljaju manje ožiljke, dok mediolateralne epiziotomije uspješnije štite sfinkter ani i rektum. Valjani razlozi za primjenu epiziotomije tokom normalnog poroda su: znakovi fetalnog stresa (Fetal Distress), sporo odvijanje poroda, opasnost od pojave trećestepene perinealne rupture (takođe stanje nakon trećestepenog pucanja u pri ranijem porodu).

Sve tri indikacije se smatraju validnim, iako je teško predvidjeti javljanje trećestepenog pucanja. Rasprostanjenost trećestepenog pucanja kod žena je 0,4%, te se shodno tome dijagnoza mogućeg "trećestepenog pucanja" može postavljati samo povremeno, jer u protivnom, ova dijagnoza se smatra besmislenom.

U medicinskoj literaturi se navodi još nekoliko razloga, pored ovih ranije navedenih, koji podržavaju liberalnu primjenu epiziotomije. Ovi razlozi sadrže argumente da epiziotomija predstavlja pravilan i uredan hirurški rez, umjesto nepravilnog pucanja koje znatno teže i nepravilnije zarasta (Cunnigham et al 1989); zatim da primjena epiziotomije sprječava perinealne povrede; da epiziotomija sprječava povrede glave fetusa; te da sprječava povrede mišića pelvičnog dna i s tim urinarnu stres-inkontinenciju

Dokazi na osnovu koji su izvedeni ranije navedeni postulati o prednostima liberalne primjene epiziotomije su ispitani u nekoliko istraživanja po principu slučajnog uzorka (Sleep et al 1984, 1987, Harrison et al 1984, House et al 1986, Argentisko istraživanje epiziotomije 1993). Podaci dobiveni u okviru ovih istraživanja ne podržavaju ovakvu praksu, odnosno liberalnu primjenu epiziotomije. Liberalna primjena epiziotomije je povezana sa porastom perinealnih povreda, te manjim brojem žena koje imaju neoštećen perineum. Obe grupe žena, odnosno onih sa i bez epiziotomije su osjetile podjednaku perinealnu bol, pri upitu 10 dana nakon poroda i 3 mjeseca post partum. Ne postoje dokazi da je primjenom epiziotomija poboljšano pitanje stanja novorođenčadi. U kasnijoj studiji koja je tretirala period do tri godine nakon poroda, nije uočen uticaj liberalne primjene epiziotomije na učestalost inkontinencije urinarnog trakta. U jednom empirijskom istraživanju od 56.471 poroda koje su vodile babice, trećestepeno pucanje se javilo u procentu od 0,4 u slučajevima gdje epiziotomija nije bila primjenjena, te u slučajevima gdje je primjenjena mediolateralna epiziotomija, dok je kod primjene medijane epiziotomije taj procenat iznosio 1,2 (Pel i Heres 1995).

Zdravstveni radnik, koji izvodi epiziotomiju, bi trebao biti osposobljen da sanira posljedice ruptura i epiziotomija. Epiziotomija se zašiva pod lokalnom anestezijom uz neophodne mjere zaštite od moguće infekcije virusom HIV i hepatitisom (vidi 2.8).

Zaključak: Ne postoje pouzdani dokazi da liberalna ili rutinska primjena epiziotomije ima pozitivne efekte, ali zato postoje evidentni dokazi, koji potvrđuju moguću štetnost primjene ove prakse. Pri normalnim porodima mogu se javiti jasne indikacije za primjenu epiziotomije, ali se i pored toga preporuča ograničena primjena ove intervencije. Procenat od 10% epiziotomija (do kojeg je došla jedna britanska studija) koje su protekle bez posljedica po majku i dijete (Sleep et al 1984) ukazuje na jedan bitan aspekt primjene epiziotomije, koje bi trebalo istražiti u okviru budućih aktivnosti.

5. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TOKOM TREĆE FAZE PORODA

5.1 Kratki pregled

U okviru ove faze poroda dolazi do odljubljivanja placente, te do njene ekspulzije. Za porodilju najveći rizik predstavlja moguće krvarenje, koje se najčešće javlja za vrijeme i nakon odljubljivanja placente, kao i kod retencije placente. Postporođajno krvarenje je jedan od najčešćih razloga mortaliteta porodilja i velika većina ovih slučajeva se javlja u zemljama u razvoju (Kwast 1991). Rasprostanjenost slučajeva postporođajnog krvarenja, te retencije placente, raste usljed prisutnosti određenih predispozicionih faktora, kao što su: višestruka trudnoća ili polihidramnion, te slučajevi komplikovanog poroda koji uključuju: produženi porod, distociju ili vaginalni operativni porod (Gilbert et al 1987). Postporođajno krvarenje i retencija placente se mogu češće javiti ukoliko su komplikacije ovog tipa bile prisutne u ranijoj porođiljskoj anamnezi žene (Doran et al 1955, Hall et al 1987, WHO 1989). Stoga je u

određenoj mjeri moguće tokom trudnoće i porođaja odabrati žene sa povećanim rizikom od mogućih komplikacija u trećoj fazi poroda. Međutim i u slučajevima nisko-rizičnih trudnoća, te nakon nekomplikovane prve i druge faze poroda može da nastupi postporođajno krvarenje ili retencija placente. Način vođenja treće faze poroda može da utiče na prisutnost ovakvih slučajeva, te na količinu krvi koja se tokom krvarenja izgubi. Predlažemo nekoliko mjera koje imaju za cilj prevenciju ovakvih komplikacija, te koje su testirane u okviru nekoliko naučnih istraživanja.

5.2 Profilaktička upotreba uterotonika

Uterotonici se mogu davati profilaktički u različitim momentima tokom treće faze poroda. Oni se najčešće daju intramuskularno, odmah nakon izlaska prednjeg ramena ili nakon poroda djeteta. Medikamenti, koji se najčešće daju i koji su ispitani u okviru istraživanja su oksitocin i ergotaminski derivati (derivati ražene snijeti), kao što je ergometrin ili kombinacija oba, sintometrin (Daley 1951, McGinty 1956, Friedman 1957, Newton et al 1961, Howard et al 1964, Hacker i Biggs 1979, Rooney et al 1985, Prendiville et al 1988, Thornton et al 1988, Begley 1990). Oksitocin i derivati ergotamina utiču na smanjenje postpartalnog gubitka krvi, iako je efekat ergotaminskih derivata nešto manji, u odnosu na efekat oksitocina. Uticaj ovog lijeka na retenciju placente još uvijek nije u potpunosti jasan, iako postoje neki podaci koji ukazuju na to da rutinsko davanje oksitocina može uticati na povećanje rizika od retencije placente.

Komplikacije kod uterotonika su mučnine, malaksalost, povraćanje, glavobolja i postporođajna hipertenzija. Navedene komplikacije se češće javljaju kod primjene ergotaminskih derivata. Osim toga, postoji rijedak, ali ozbiljan maternalni morbiditet, koji je doveden u vezu sa primjenom uterotonika, prije svega sa ergometrinom, a on uključuje komplikacije kao što su: zastoj srca, intracelebrarno krvarenje, infarkt miokarda, postporođajna eklampsija i plućni edem. S obzirom da su ovi slučajevi jako rijetki, ispitivanja po principu slučajnog uzorka ne mogu dati dovoljne korisne informacije o omjeru povezanosti ovih slučajeva sa upotrebom uterotonika. Podaci do kojih se došlo u dosadašnjim istraživanjima ukazuju na činjenicu da je oksitocin bolji izbor od ergotaminskih derivata. U tropskim zemljama je oksitocin trajniji od ergotamina ili metilergometrina (Hogerzeil et al 1992, 1994).

S obzirom da je u zemljama u razvoju upotreba tableta jednostavnija solucija, jer su tablete stabilnije od injekcija u tropskim klimatskim uvjetima, sprovedeno je ispitivanje po principu slučajnog uzorka o uticaju ergometrinskih tableta na stanje porodilje odmah nakon porođaja. Rezultat istraživanja je bio poražavajući, jer je uočeno da u poređenju sa placebom, tablete imaju mali uticaj na gubitak krvi nakon porođaja.

5.3 Kontrolisano povlačenje (trakcija) pupčane vrpce (Controlled Cord Traction)

Kontrolisana trakcija pupčane vrpce uključuje povlačenje vrpce, kombinovano sa suprotnim pritiskom na fundus uterusa, sa rukom koja se postavlja poviše simfize. Ovaj postupak je upoređen u dva kontrolna istraživanja, sa manje aktivnim postupcima, kod kojih je ponekad morao biti primjenjen pritisak na fundus (Bonham 1963, Kemp 1971). U kontrolnim traksijskim grupama uočena je manja srednja vrijednost izgubljene krvi, kao i kraće trajanje treće faze poroda, ali ova ispitivanja nisu došla do dovoljno podataka, koji bi garantovali definitivne zaključke o pojavi postporođajnog krvarenja i manuelnog uklanjanja placente. U jednom od istraživanja uočena je nelagodnost kod porodilja u slučajevima, gdje je bila primjenjena kontrolisana trakcija vrpce. Međutim u 3% slučajeva došlo je do pucanja vrpce prilikom primjene kontrolisane traksije vrpce. Rijetka, ali vrlo ozbiljna komplikacija koja se javlja kod primjene kontrolisane traksije pupčanika je inverzija maternice. Iako, pojava ove komplikacije može biti posljedica pogrešne primjene ove metode, ipak je potrebno ovo pitanje detaljnije razmotriti. Ranije pomenuti podaci se baziraju na slučajevima žena, koje su se porađale u ležećem položaju. Mišljenje babica, koje su vodile porođaje kod kojih su se žene porađale u uspravnom položaju, je da je kod ovakvih poroda treća

faza kraća, te da se odvajanje placente lakše izvodi, iako je gubitak krvi veći nego kod poroda u ležećem položaju. Osim pitanja gubitka krvi, ostali aspekti ovakvih poroda nisu ispitani. Pretpostavlja se da je kontrolisanu trakciju pupčanika, onako kako je ona opisana u medicinskoj literaturi, teže izvesti kod poroda koji se odvijaju u uspravnom položaju.

5.4 Aktivni menadžment ili normalni tok za vrijeme placentarnog doba

Kombinirani uticaji uterotonika i kontrolisana trakcije vrpce se ponekad u skraćenoj verziji nazivaju "aktivno vođenje- aktivni menadžment placentarnog doba", nasuprot "konzervativnom" ili "fiziološkom" menadžmentu. Ponekad "aktivno vođenje poroda" uključuje i rano presijecanje vrpce, jer je kod primjene metode kontrolisane trakcije vrpce, rano presjecanje pupčanika obavezno. Ali s obzirom da je ovo pitanje direktno vezano za stanje novorođenčeta, ono će biti posebno razmatrano.

U medicinskoj literaturi aktivno vođenje poroda se tretira kao prihvatljivija opcija u odnosu na konzervativni postupak, najviše zbog toga što se postpartalno krvarenje rjeđe javlja i viši je nivo hemoglobina u postporodajnom periodu (Prendiville et al 1988, Harding et al 1989, Begley 1990, Thigalathan et al 1993). Rezultati dobiveni u okviru dva obimna istraživanja u Dablinu i Bristolu, koji su se bavili ispitivanjem učestalosti transfuzije krvi i manuelnog odljubljivanja placente, nisu posve identični (Prendiville et al 1988, Begley 1990). U oba istraživanja se došlo do zaključka, da aktivno vođenje placentarnog doba ima za posljedicu komplikacije, kao što su: mučnine, malaksalost i hipertenzija, koje su najvjerovatnije izazvane upotrebom ergometrina.

Nekoliko primjedbi ovim istraživanjima su opravdane. WHO definiše postporodajno krvarenje kao gubitak krvi koji je veći od 500 ml (WHO 1990). Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničke procjene gubitka krvi; gubitak krvi se pri tome često značajno podcjenjuje. Očigledno je da je ova definicija postpartalnog krvarenja rezultat činjenice, da u velikom dijelu svijeta gubitak krvi u količini od 500 ml predstavlja smrtnu opasnost za većinu žena, usljed opasnosti od teških oblika anemija. Preciznim mjerenjem je uočeno, da je srednja vrijednost gubitka krvi kod žena sa vaginalnim porodom oko 500 ml, a samo 5% žena koje se porađaju vaginalnim putem, gubi više od 1000 ml krvi (Pritchard et al 1962, Newton 1966, De Leeuw et al 1968, Letsky 1991). U bristolskom istraživanju (Prendiville et al 1988) uočeno je, da je 18% žena sa fiziološkim, konzervativnim vođenjem trećeg doba poroda, imalo gubitak krvi manji od 500 ml, dok je samo 3% žena imalo gubitak krvi veći od 1000 ml.

Za zdravu populaciju (kakva je u većini razvijenih zemalja) postporodajno krvarenje do 1000 ml se može smatrati fiziološkim (normalnim), te sukladno tome ne zahtijeva tretman, osim uterotonicima. Međutim, u većini zemalja u razvoju, drugi standardi su na snazi. Gubitak krvi od 500 ml je limit koji WHO definiše kao liniju uzbune, odnosno krvarenje u tom i većem omjeru, predstavlja situaciju u kojoj vitalne funkcije žene dolaze u pitanje. Kod zdravih žena ovakvo stanje nastupa nakon gubitka krvi većeg od 1000 ml. Ova razlika je značajna za smanjenje broja nepotrebnih transfuzija krvi, te smanjenje rizika, koje ona sa sobom nosi, od kojih je i infekcija HIV-om.

Konačni zaključci o prednostima aktivnog menadžmenta placentarnog doba kod zdravih populacija, sa niskim rizikom, ne mogu se još u potpunosti definisati. Pojam "aktivnog menadžmenta" podrazumijeva kombinaciju različitih intervencija, sa različitim efektima i nuspojavama. Sva istraživanja u okviru kojih je poređeno aktivno i fiziološko vođenje, je vršeno u institucijama, gdje je aktivno vođenje uobičajena praksa. Potrebno je ovo pitanje ispitati u okruženju u kojem će i aktivno i fiziološko, odnosno normalno vođenje placentarnog doba, predstavljati uobičajenu proceduru. Ozbiljne, iako rijetke komplikacije (kardiološke komplikacije, eklampsija, inverzija maternice, itd.) se ne mogu u potpunosti proučiti u okviru istraživanja po principu slučajnog uzorka, ali su takva istraživanja od velike važnosti, posebno ako se teži proširenoj primjeni aktivnog vođenja. Ozbiljne nedoumice, po pitanju rutinske profilaktičke upotrebe ergometrina ili kombinacije oksitocina i ergometrina, te primjene kontrolisane trakcije vrpce, kao rutinske procedure, su sasvim opravdane.

Zaključak: Davanje oksitocina odmah po izlasku prednjeg ramena ili samog rođenja novorođenčeta se čini korisnim, posebice kod žena kod kojih postoji povećan rizik od postpartalnog krvarenja ili kod žena koje su ugrožene i najmanjim krvarenjem, npr. žene sa izraženom anemijom. Upitno ostaje, kombinacija sa Controlled Cod Traction, kao i rutinsko davanje kod zdravih žena, sa niskim rizikom. Preporuka ovakve metode znači da bi ta metoda trebala biti uspješna, te da pozitivni rezultati primjene ove metode uveliko nadmašuju negativne posljedice. Prema našem mišljenju, isuviše je rano da bi se ovaj oblik aktivnog vođenja placentalnog doba mogao preporučiti za slučajeve sa normalnom, niskorizičnom trudnoćom, iako imamo u vidu raniju preporuku WHO-a po ovom pitanju (1990, 1994c). Ako se ipak primjeni aktivno vođenje, treba imati na umu, da su mnoga pitanja u vezi ove procedure nerješena, posebice pitanje optimalnog momenta davanja profilaktičke oksitocinske injekcije.

5.5 Vrijeme podvezivanja pupčane vrpce

Pupčana vrpca se može podvezati odmah nakon rođenja ili nešto kasnije i ovaj čin može imati posljedice na majku i dijete (Prendiville i Elbourne 1989). Efekti ove procedure na majku su proučavani u okviru nekoliko studija (Dunn et al 1966, Botha 1968, Nelson et al 1980). U okviru ovih istraživanja nije uočena povezanost između vremena presijecanja pupčane vrpce i pojave postpartalnog krvarenja ili na fetomaternalnu transfuziju. Uticaji ove procedure na novorođenče su ispitani u okviru nekoliko empirijskih studija i istraživanja po principu slučajnog uzorka.

Postoji veći broj studija koje su istraživale uticaj momenta presijecanja pupčane vrpce na novorođenče (Buckels i Usher 1965, Spears et al 1966, Yao et al 1971, Nelson et al 1980). Ako se novorođenče nakon poroda postavi na nivo vulve ili ispod tog nivoa u trajanju od tri minute, prije presijecanja pupčane vrpce, oko 80 ml krvi iz placente će oteći novorođenčetu (Yao et al 1971, 1974, Dunn 1985). Eritrociti, koji se nalaze u ovoj količini krvi, bivaju nedugo potom uništeni usljed hemolize, ali i pored toga ova količina krvi će omogućiti 50 mg zaliha željeza za novorođenče, te će na taj način uticati na smanjenje veoma česte pojave anemije, izazvane nedostatkom željeza u kasnijem dojenačkom dobu (Michaelsen et al 1995, Pisacane 1996). Sa teoretske tačke gledišta, ova transfuzija krvi od placente ka novorođenčetu, može izazvati hipervolemiju, policitemiju, hiperviskoznost i hiperbilirubinemiju. Ovi uticaji su ispitani u okviru većeg broja studija (Prendiville i Elbourne 1989). Nakon ranog presijecanja pupčanika, bebe imaju niže hemoglobinske i hematokritne vrijednosti. Po pitanju neonatalnih disajnih smetnji u obje metode nije bilo signifikantnih razlika. Neonatalni nivo bilirubina je niži kod slučajeva ranog podvezivanja pupčane vrpce, ali osim ovih razlika nisu uočene neke druge klinički relevantne razlike između ovih metoda, niti je bilo razlika u neonatalnoj stopi morbiditeta.

Kasnije podvezivanje vrpce (ili čak nepodvezivanje) je fiziološki (prirodni) način tretiranja pupčanika, te analogno tome, rano presijecanje vrpce je zahvat za koji se moraju ponuditi jaki dokazi o djelotvornosti. "Transfuzija" krvi iz placente ka novorođenčetu, ako se vrpca podvezuje kasnije, je fiziološki proces, te shodno tome ne postoje negativni efekti ove pojave, bar ne u slučajevima normalnog poroda. U slučajevima komplikovanih poroda, npr. Rh-inkompatibilije ili prijevremenih poroda, kasnije podvezivanje pupčanika može da izazove dodatne komplikacije, ali u slučajevima normalnog poroda, moraju postojati jaki razlozi za narušavanje normalnog procesa.

Ako se primjenjuje kontrolisana trakcija vrpce nakon adiministriranja oksitocina, što je slučaj u mnogim porodiljski odjelima širom svijeta, rano ili relativno rano presijecanje vrpce je obavezno. Međutim, tamo gdje je podučavano i primjenjeno kasno podvezivanje pupčane vrpce, koje se primjenjuje nakon prestanka pulsiranja vrpce, najčešće nakon 3-4 minute, nisu uočeni negativni uticaji. Pored toga, novija istraživanja podržavaju kasnije podvezivanje pupčanika, jer smatraju da ono sprječava anemiju u djetinstvu, izazvanu nedostatkom željeza, što je od velike važnosti za zemlje u razvoju (Michaelsen et al 1995, Piscane 1996). Evidentno je da ne postoji dovoljno dokaza, koji bi nas opredjelili za primjenu jedne ili druge metode, te da ovo pitanje zaslužuje više pažnje.

5.6 Neposredno zbrinjavanje novorođenčeta

Novorođenčetu je potrebno pružiti zdravstvenu zaštitu odmah po rođenju. Takva zaštita novorođenčeta je integralni dio zdravstvene zaštite, koja se pruža kod slučajeva normalnog poroda, a Svjetska zdravstvena organizacija naglašava važnost jedinstvenog stava po pitanju zdravstvene zaštite majke i djeteta (WHO 1994c). Neposredna zdravstvena zaštita treba u okviru svojih aktivnosti da obezbijedi dotok vazduha, održavanje tjelesne temperature, podvezivanje i presijecanje pupčane vrpce, te stavljanje djeteta na grudi majke, što je prije moguće. Svaki od ovih elemenata se već duže proučava i definiše u okviru mnogobrojnih studija, ali Tehnička radna grupa za pitanja normalnog poroda ima tu prednost da se u svom radu osloni na rad i preporuke Tehničke radne grupe za pitanja esencijalne zdravstvene zaštite novorođenčeta (WHO 1996). U ovom izvještaju pomenut ćemo samo neke izabrane aspekte neposredne zdravstvene zaštite novorođenčeta.

→ Odmah po rođenju bebu treba posušiti toplim peškirima ili odjećom, dok leži na majčinim grudima ili abdomenu. Istovremeno se procjenjuje opće stanje djeteta, te se omogućava dotok vazduha, ako je potrebno i primjenom stimulacije. Održavanje temperature djeteta je jako bitno. Kod novorođenčeta koje je izloženo hladnoći u rađaoni, dolazi do pada tjelesne temperatura i za nekoliko podioka, što ima za posljedicu metaboličke probleme. Opadanje tjelesne temperature novorođenčeta se može umanjiti dodiranjem kože na kožu između majke i bebe.

→ Rani kontakt kožom između majke i novorođenčeta je bitan zbog nekoliko razloga. Takva vrsta kontakta, psihološki posmatrano, stimuliše upoznavanje majke i djeteta. Nakon rođenja djeca su izložena ekspanziji bakterija, te je stoga bitno da u kontaktu sa majčinom kožom dođu u dodir sa njenom kolonijom bakterija, umjesto bakterija davaoca zdravstvene zaštite ili bolnice općenito. Sve ove navedene prednosti je naučno teško dokazati, ali se one ipak čine vjerovatnim. Rano stavljanje bebe na prsa i dojenje treba podržati već u toku prvog životnog sata bebe (WHO/UNICEF 1989). Uticaj stimulacije, koju izaziva beba sisanjem bradavice na kontrakcije maternice i postpartalno krvarenje, treba ispitati detaljnije u budućnosti. Jedna studija po principu slučajnog uzorka, koja je tretirala ovu problematiku je provedena (Bullough et al 1989), ali je ona tretirala samo slučajeve poroda koje su vodili tradicionalni davaoci zdravstvene zaštite. Nije utvrđen uticaj ranog sisanja na gubitak krvi, ali bez obzira na tu činjenicu, potrebno je ponovo provesti navedenu studiju, ali ovaj put sa učešćem profesionalnih davaoca zdravstvene zaštite.

→ Presijecanje pupčane vrpce se vrši sterilnim instrumentima, koji su za jednokratnu upotrebu i predstavljaju jedan od instrumenata seta za porod ili su adekvatno očišćeni i sterilizirani. Upotreba ovakve vrste instrumenata je od velike važnosti, kako bi se spriječile moguće infekcije.

5.7 Zdravstvena zaštita majke neposredno nakon izlaska posteljeice

Posteljica se mora detaljno pregledati kako bi se uočile moguće abnormalnosti (infarkt, hematomi, abnormalno insercija pupčane vrpce), ali iznad svega kako bi se ustvrdilo da li je potpuna. Ako postoji sumnja da nedostaje dio posteljice, neophodno je u tom slučaju pristupiti pripremama za pregled maternice (cavum uteri). Ako nedostaje samo dio ovoja, onda u tom slučaju nije potrebno vršiti pregled maternice.

U nekim zemljama je uvriježena praksa rutinskog pregleda maternice nakon svakog poroda, tzv. "revizija maternice". Ne postoji ni najmanji dokaz, koji bi podržao ovakvu praksu, odnosno koji bi ukazao na svrsishodnost ovakve prakse. Čak naprotiv, ovakva procedura može izazvati infekcije ili mehaničku povredu, pa čak i šok. Isto važi i za praksu "izapiranja maternice", koja uključuje izapiranje ili tuširanje maternice nakon poroda.

Stanje porodilje treba pažljivo pratiti u periodu od sat vremena nakon poroda. Najbitnija procjena je procjena gubitka krvi, te procjena visine fundusa, jer ako se uterus nedovoljno kontrahuje, krv se može akumulirati u materičnoj šupljini. Ako je gubitak krvi veći, te ako su kontrakcije maternice slabe, u tom slučaju od pomoći može biti nježna abdominalna masaža maternice. U okviru ovih aktivnosti je veoma bitno ustvrditi, da smetnju kontrakcijama maternice ne predstavlja pun mokraćni mjehur. Gubitak krvi, koji je veći od normalnog, odnosno koji prelazi granicu od 500 ml, treba tretirati uterotonicima, tj. ergometrinom ili oksitocinom, koji se daje intramuskularno. Opće zdravstveno stanje majke je takođe bitno, te je u svrhu ove procjene potrebno kontrolisati krvni pritisak, puls i temperaturu, vršiti procjenu općeg zdravstvenog stanja.

6. KLASIFIKACIJA ZAHVATA I MJERA KOD NORMALNOG PORODA

Ovo poglavlje klasificira sve postupke, koji su uobičajeni kod vođenja normalnog poroda u četiri kategorije, ovisno od njihovoj svrsishodnosti, djelotvornosti te štetnosti. Ova klasifikacija odgovara stajalištu "Tehničke radna grupe za normalni porod"-*"Technical Working Group on Normal Birth"*. Argumenti na kojima je zasnovana ova klasifikacija, nisu navedeni u ovom poglavlju, ali se čitalac upućuje na prethodna poglavlja koji predstavljaju rezultat debata Radne grupe, zasnovanih na dostupnim podacima (brojevi poglavlja su navedeni u zagradi).

A KATEGORIJA:

6.1 Zahvati i mjere koji su dokazano korisni i čiju primjenu treba podsticati

1. Lični plan, u okviru kojeg je određeno mjesto poroda, kao i ko će biti davaoc zdravstvene zaštite pri porodu. Ovaj plan sastavlja porodilja tokom trudnoće i s njim je upoznat muž ili partner, te ako je potrebno i familija (1.3).
2. Procjena rizika trudnoće koja se vrši tokom trudnoće i provjerava svaki put kada se trudnica nađe u nekoj od zdravstvenih institucija, potom nakon prvog kontakta sa zdravstvenim radnikom pri porodu, te tokom samog poroda (1.3).
3. Promatranje općeg stanja porodilje, koje podrazumijeva i fizički i emocionalni aspekt tokom poroda, te nakon poroda (2.1).
4. Davanje tečnosti tokom poroda (2.3)
5. Poštivanje odluke porodilje o mjestu poroda, koje je ona ranije utvrdila (2.4)
6. Obezbjedenje zdravstvene zaštite na što je moguće perifernijem nivou, gdje je moguće obezbijediti uslove za uslovan i bezbjedan porod, te gdje se porodilja osjeća sigurno (2.4, 2.5).
7. Poštivanje prava porodilje na privatnost na mjestu gdje se porađa (2.5)
8. Izražena empatijska podrška davaoca zdravstvene zaštite porodilji tokom poroda (2.5)
9. Poštivanje odluke porodilje o odabiru prisutnih lica tokom poroda (2.5)

10. Pružanje svim objašnjenja i informacija koje trudnica zatraži tokom poroda (2.5)
11. Primjena nemedikamentoznih i neinvazivnih metoda za ublažavanje bolova tokom poroda, kao što su masaža i tehnike relaksacije (2.6)
12. Promatranje stanja fetusa primjenom naizmjenične auskultacije (2.7)
13. Jednokratna upotreba potrošnih materijala, te odgovarajuća dekontaminacija višekratnih materijala tokom poroda (2.8).
14. Upotreba rukavica tokom vaginalnog pregleda, tokom poroda, te prilikom zbrinjavanja posteljice (2.8).
15. Sloboda pri odabiru tjelesnog položaja kod poroda, te sloboda kretanja prilikom poroda (3.2)
16. Podrška ženi pri zauzimanju položaja tokom bolova koji nisu ležeći (3.2, 4.6).
17. Pažljivo praćenje poroda, primjerice primjenom WHO partograma (3.4).
18. Profilaktička upotreba oksitocina kod žena kod kojih postoji opasnost od postpartalnog krvarenja, te onih čije je stanje ugroženo i najmanjim gubitkom krvi (5.2, 5.4).
19. Obezbjedenje odgovarajućeg nivoa sterilnosti prilikom presjecanja pupčane vrpce (5.6).
20. Sprječavanje pojave hipotermije kod novorođenčeta (5.6).
21. Rani kontakt putem kože između majke i djeteta, te podsticaj dojenja u periodu od jednog sata nakon poroda, sukladno smjernicama WHO-a o dojenju (5.6).
22. Rutinski pregled posteljice i ovoja (5.7).

B KATEGORIJA:

6.2 Zahvati i mjere, koji su očigledno štetni i neefektivni, te ih je usljed toga potrebno eliminisati

1. Rutinsko klistiranje (2.2).
2. Rutinsko uklanjanje stidnih dlačica (2.2).
3. Rutinsko davanje intravenozne infuzije tokom poroda (2.3).
4. Rutinsko profilaktičko stavljanje intravenozne kanule (2.3).
5. Rutinska primjena ležećeg položaja prilikom poroda (3.2, 4.6).
6. Rektalni pregled (3.3).
7. Primjena redgenske pelvimetrije (3.4).

8. Davanje uterotonika u bilo koje vrijeme prije poroda, bez mogućnosti uticaja na njihovo djelovanje (3.5).
9. Obaveza ležanja na leđima, sa ili bez podupirača za noge, tokom poroda (4.6).
10. Suzdržano, prema dole usmjereno napinjanje (Valsalva manevar) tokom druge faze poroda (4.4).
11. Masiranje i rastezanje perineuma tokom druge faze poroda (5.2).
12. Oralno davanje ergometrina tokom treće faze poroda, u cilju prevencije ili terapije pojačanog krvarenja (5.2, 5.4).
13. Rutinska upotreba parenteralnog ergometrina u placentarnoj fazi (5.2).
14. Rutinsko izapiranje maternice post partum (5.7).
15. Rutinska revizija maternice (manuelle Exploration) post partum.

C KATEGORIJA:

6.3 Zahvati i mjere za čiju primjenu ne postoje jaki dokazi, te koje shodno tome treba veoma oprezno upražnjavati, dok nova istraživanja u potpunosti ne definišu ova pitanja

1. Nemedikamentozne metode ublažavanja bolova tokom poroda, kao što su ljekovito bilje, kupke, te nervna stimulacija (2.6).
2. Rutinska rana amniotomija tokom prve faze poroda (3.5).
3. Pritisak na fundus tokom poroda (Kristeller zahvat) (4.4).
4. Ručni zahvati, koji su usmjereni ka zaštiti perineuma, te usmjeravanje glave fetusa u momentu poroda (4.7).
5. Aktivni razvoj tijela fetusa u momentu poroda (4.7).
6. Rutinsko davanje oksitocina, kontrolisano povlačenje pupčanika, ili kombinacija obje mjere tokom treće faze poroda (5.2, 5.3, 5.4).
7. Rano podvezivanje pupčane vrpce (5.5).
8. Stimulacija bradavica, kako bi se pojačale kontrakcije maternice tokom placentarnog doba (5.6).

D KATEGORIJA:**6.4 Zahvati i mjere koji se često neprimjereno koriste**

1. Ograničavanje unošenja tečnosti i hrane tokom poroda (2.3).
2. Ublažavanje bolova upotrebom sistemskih sredstava (2.6).
3. Ublažavanje bolova primjenom epiduralne anestezije (2.6).
4. Elektronsko praćenje fetusa (2.7).
5. Upotreba sterilnih maski i pregača tokom vođenja poroda (2.8).
6. Ponovljeni ili česti vaginalni pregledi, posebno od strane više davaoca zdravstvene zaštite prilikom poroda (3.3).
7. Primjena oksitocina (3.5).
8. Rutinski transfer porodilje u drugu prostoriju na početku druge faze poroda (4.2).
9. Kateterizacija mokraćnog mjehura (4.3).
10. Podsticanje porodilje da otpočne sa naponima onda kada se ustanovi potpuna ili skoro potpuna dilatacija cerviksa, prije nego žena osjeća potrebu za naponima (4.3).
11. Strogo pridržavanje teoretski definisanog perioda trajanja druge faze poroda, kao što je jedan sat, ako je stanje majke i fetusa dobro, i ako porod napreduje (4.5).
12. Porod operativnim putem (4.5).
13. Liberalna ili rutinska primjena epiziotomije (4.7).
14. Manuelno opipavanje uterusa nakon poroda (5.7).

7. LITERATURA

- Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The Length of Active Labor in Normal Pregnancies. Obstet Gynecol 1996; 87:355-9.
- Alisjahbana A, Williams C, Dharmayanti R, Hermawan D, Kwast BE, Koblinsky M. An integrated village maternity service to improve referral patterns in a rural area in West-Java. Int J Gynecol Obstet 1995; 48 (Suppl):S83-S94.
- Allahbadia GN, Vaidya PR. Why deliver in the supine position? Aust NZ J Obst Gynaecol 1992; 32/2:104-106.
- Argentine episiotomy trial collaborative group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Lancet 1993; 342:1517-1518.
- Bhardway N, Kukade JA, Patil S, Bhardwaj S. Randomised controlled trial on modified squatting position of delivery. Indian J Maternal and Child Health 1995; 6(2):33-39.
- Barnett MM, Humenick SS. Infant outcome in relation to second stage labor pushing method.) Birth 1982; 9:221-228.
- Barrett JFR, Savage J, Phillips K, Lilford RJ. Randomized trial of amniotomy in labour vs the intention to leave membranes intact until the second stage. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99:5-10.
- Bastian H, Lancaster PAL. Home births in Australia. 1985-1987, 1988-1990. Sidnej, AIHW National Perinatal Statistics Unit 1992.
- Begley CM. A comparison of «active» and «physiological» management of the third stage of labour. Midwifery 1990; 6:3-17.
- Bidgood KA, Steer PJ. A randomized control study of oxytocin augmentation of labour. Br J Obstet Gynaecol 1987; 94:512-517.
- Bonham DG. Intramuscular oxytocics and cord traction in third stage of labour. Br Med J 1963; 2:1620-1623.
- Borthen I, Lossius P, Skjaerven R, bergsjo P. Changes in frequency and indications for cesarean section in Norway 1967-1984. Acta Obstet Gynecol Scand 1989; 68:589-593.
- Botha MC. The management of the umbilical cord in labour. S Afr J Obstet Gynaecol 1968; 6:30-33
- Brieger WR, Luchok KJ, Eng E, Earp JA. Use of maternity services by pregnant women in a small Nigerian community. Health Care for Woman International 1994; 15:101-110
- Buckels LJ, Usher R. Cardiopulmonary effects of placental transfusion. J Pediatr 1965; 67:239-246.
- Buitendijk Se. How safe are Dutch home births? In: Abraham – Van der Mark E (ed) . Successful home birth and midwifery. Westport, Bergin and Garvey 1993.
- Bullough CHW, Msuku RS, Karonde L. Early suckling and postpartum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. Lancet 1989; ii 522-525.
- Bundsen P, Ericson K, Peterson L, Thiringer K. Pain relief in labor by transcutaneous nerve stimulation. Testing of modified technique and evaluation of the neurological and biochemical condition of the newborn infant. Acta Obstet Gynecol Scand 1982; 61:129-136.
- Buxton EJ, Redman CWE, Obhrai M. Delayed pushing with epidural in labour – does it increase the incidence of spontaneous delivery ? J Obstet Gynaecol 1988; 8:258-261.

- Campbell R, Macfarlane A.** Where to be Born ? The debate and the evidence. National Perinatal Epidemiology Unit, Oxford 1994.
- Catchlove FH, Kafer ER.** The effects of diazepam on the ventilatory response to carbon dioxide and on steady-state gas exchange. Anesthesiology 1971; 34:9-13.
- Chan DPC.** Positions during labour.(Položaji tokom poroda.) Br Med J 1963; i:100-102.
- Chapman MG, Jones M, Spring JE, De Swiet M, Chamberlain GVP.** The use of a birthroom: a randomized trial comparing delivery with that in a labour ward. Br J Obstet Gynaecol 1986; 93:182-187.
- Chen SZ, Aisaka K, Mori H, Kigawa T.** Effects of sitting position on uterine activity during labor. Obstet Gynecol 1987; 79:67-73.
- Chintu MK, Susu B.** Role of the midwife in maternal health care. In : Nasah BT, Mati JKG , Kasode JM (eds). Contemporary issues in maternal health care in Africa. Luxembourg, Harwood Academic Publishers 1994.
- Cohen AR, Klapholz H, Thompson MS.** Electronic fetal monitoring and clinical practice – a survey of obstetric opinion. Med Decision Making 1982; 2:79-95.
- Cohen GR, O'Brien WF, Lewis L, Knuppel RA.** A prospective randomized study of the aggressive management of early labor. Am J Obstet Gynecol 1987; 157:1174-1177.
- Crawford JS.** Some aspects of obstetric anaesthesia. Br J Anaesth 1956; 28:146-158, 201-208.
- Crowley P, Elbourne DR, Ashhurst H, Garcia J, Murphy D, Duignan N.** Delivery in an obstetric birth chair: a randomized controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98:667-674
- Crowther C, Enkin M, Keirse MJNC, Brown I.** Monitoring the progress of labour. In: Chalmers I et al (eds). Effective Care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press, 1989.
- Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF.** Williams, Obstetrics. 18 th ed. East Norwalk, Appleton 1989.
- Curzen P, Bekir JS, McLintock DG, Patel M.** Reliability of cardiotocography in predicting baby's condition at birth. Br Med J 1984; 289:1345-1347.
- Dalen Je, Evans GL, Banas JS, Brooks HL, Paraskos JA, Dexter L.** The hemodynamic and respiratory effects of diazepam (Valium). Anesthesiology 1969; 30:259-263.
- Daley D.** The use of intramuscular ergometrine at the end of the second stage of normal labour. J Obstet Gynaecol Br Commnwth 1951; 57:388-397.
- De Groot ANJA, Slort W, Van Roosmalen J.** Assessment of the risk approach to maternity care in district hospital in rural Tanzania. Int J Gynaecol Obstet 1993; 40:33-37.
- De Groot ANJA, Van Roosmalen J, Van Dongen PWJ, Borm GF.** A placebo-controlled trial of oral ergometrine to reduce postpartum hemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand 1996 (IN PRESS)
- De Leeuw NKM, Lowenstein L, Tucker EC, Dayal S.** Correlation of red cell loss at delivery with changes in red cell mass. Am J Obstet Gynecol 1968; 100:1092-1101.
- Department of Health.** Changing childbirth Report of the Expert Maternity Group. HMSO, London, 1993.
- De Snoo K,** Leerboek der Verloskunde (Textbook of Obstetrics) Groningen, Wolters 1930.
- Diaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R.** Vertical position during the first stage of the course of labor and neonatal outcome. Eur J Obstet Gynecol reprod Biol 1980; 11:1-7.

- Dickersin K.** Pharmacological control of pain during labour. In: Chalmers et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press 1989.
- Doran JR, O'Brien SA, Randall JH.** Repeated postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 1955;5:186-192.
- Drayton S, Rees C.** They know what they're doing. Do nurses know why they give pregnant women enemas. Nurs Mirror 1984; 5:4-8.
- Dunn PM, Fraser ID, Raper AB.** Influence of early cord ligation on the transplacental passage of foetal cells. J Obstet Gynecol Br Commnwlth 1966; 73:757-760.
- Dunn PM.** The third stage and fetal adaptation. I: Clinch J, Matthews T (eds). Perinatal medicine. Proceedings of the IX European Congress of perinatal medicine held in Dublin, Ireland, 1984. Lancaster, MTP Press, 1985.
- Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew M, Neilson J.** Effective Care in Pregnancy and Childbirth, drugo izdanje, Oxford University Press, 1995.
- Erkkola R, Pikkola P, Kanto J.** Transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a controlled study. Ann Chir Gynaecol 1980; 69:273-277.
- Fathalla MF,** FIGO Workshop Conclusion. Int J Gynecol Obstet 1992; 38(dodatak):S75-S77.
- FIGO.** Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics. Int J Gynecol Obstet 1992; 38(dodatak):S79-S80.
- Flint C, Poulengeris P, Grant A.** The «Know Your Midwife» scheme – a randomised trial of continuity of care by a team of midwives. Midwifery 1989; 5:11-16.
- Flowers CE, Rudolph AJ, Desmond MM.** Diazepam (Valium) as an adjunct in obstetric analgesia. Obstet Gynecol 1969; 34:6881.
- Flynn AM, Kelly J, Hollins G, Lynch PF.** Ambulation in labour. Br med J 1978; 2:591-593.
- Fraser AM, Kelly J, Hollins G, Lynch PF.** Ambulation in labour. Br Med J 1978; 2:591-593.
- Fraser WD, Marcoux S, Moutquin JM, Christen A.** Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. N Engl J Med 1993; 328: 1145-1149.
- Fredman EA.** Comparative clinical evaluation of postpartum oxytocics. Am J Obstet Gynecol 1957; 73:1306-1313.
- Fujikura T, Klinosky B.** The significance of meconium staining Am J Obstet Gynecol 1975; 121:45-50.
- Gardosi J, Sylvester S, Lynch CB.** Alternative position in the second stage of labour, a randomized controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1989a; 96:1290-1296.
- Gardosi J, Hutson N, Lynch CB.** Randomised, controlled trial of squatting in the second stage of labour. Lancet 1989b; 2:74-77.
- Gilbert L, Porter W, Brown VA.** Postpartum haemorrhage – a continuing problem. Brit J Obstet Gynaecol 1987; 94:67-71.
- Grant J, Keirse MJNC.** Prelabour rupture of the membranes at term. In: Chalmers I et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press 1989.
- Gregory GA, Gooding CA, Phibbs RH, Tooley WH.** Meconium aspiration in infants – a prospective study. Br J Pediatr 1974; 85:848-852.

Hacker NF, Biggs JSG. Blood pressure changes when uterine stimulants are used after normal delivery. Br J Obstet Gynaecol 1979; 86:633-636.

Hall MH, Halliwell R, Carr-Hill R. Concomitant and repeated happenings of complications of the third stage of labour. Brit J Obstet Gynaecol 1985; 92:732-738

Harding JE, Elbourne DR, Prendiville WJ. Views of mothers and midwives participating in the Bristol randomized, controlled trial of active management of the third stage of labor. Birth 1989; 16:1-6.

Harrison RF, Brennan M, North PM, Reed JV, Wickham EA. Is routine episiotomy necessary? Br med J 1984; 288:1971-1975.

Harrison RF, Woods T, Shore M, Mathews G, Unwin A. Pain relief in labour using transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). Br J Obstet Gynaecol 1986; 93:739-746.

Haverkamp AD, Thompson HE, McFee JG, Cetrulo C. The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring in high - risk pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1976; 125:310-320.

Haverkamp AD, Orleans M, Langendoerfer S, McFee J, Murphy J, Thompson HE. A controlled trial of the differential effects of intrapartum fetal monitoring. Am J Obstet Gynecol 1979; 134:399-412.

Hemminki E, Saarikoski S. Ambulation and delayed amniotomy in the first stage of labor. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1983; 15:129-139.

Hemminki E, Lensk M, Saarikoski S, Henriksson L. Ambulation vs oxytocin in protracted labour: a pilot study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1985; 20:199-208.

Hemminki E, Virta AL, Koponen P, Malin M, Kojo-Austin H, Tuimala R. A trial on continuous human support during labor: Feasibility, interventions and mothers' satisfaction. J Psychosom Obstet Gynaecol 1990; 11:239-250.

Herbst A, Ingemarsson I. Intermittent versus continuous monitoring in labour: a randomized study. Br J Obstet Gynaecol 1994; 101:663-668.

Hodnett ED, Osborn RW. A randomized trial of the effect of monitrice support during labor: mothers' views two to four weeks postpartum. Birth 1989a; 16:177-183

Hodnett ED, Osborn RW. Effects of intrapartum professional support on childbirth outcomes. Res Nurs Health 1989b; 12:289-297

Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98:756-764.

Hogerzeil HV, Battersby A, Srdanović V, Stjernstrom NE. Stability of essential drugs during shipment to the tropics. Br Med J 1992; 304: 210-212.

Hogerzeil HV, Walker GJA, De Goeje MJ. Oxytocin more stable in tropical climates. Br Med J 1994; 308:59.

House of Commons. Session 91-92. Health Committee 2nd Report. Maternity Services. Vol 1. HMSO, London, 1992. (Chair: Mr. Nicholas Winterton).

House MJ, Cario G, Jones MH. Episiotomy and the perineum: a random controlled trial. J Obstet Gynaecol 1986; 7:107-110.

Howard WF, McFadden PR, Keettel WC. Oxytocic drugs in fourth stage of labor. JAMA 1964; 189:411-413.

Huges SC, Dailey PA, Partridge C. Transcutaneous electrical nerve stimulation for labor analgesia. Anesth Analg 1988; 67:S99.

Hundley VA, Cruickshank FM, Lang GD, Glazener CMA, Milne JM, Turner M, Blyth D, Mollison J, Donaldson C. Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant care. Br Med J 1994; 309:1400-1404.

Ibrahim SA, Omer MIA, Amin IK, Babiker AG, Rushwan H. The role of the village midwife in detection of high risk pregnancies and newborns. Int J Gynecol Obstet 1992; 39:117-122.

ICN. Reducing the impact of HIV / AIDS on Nursing / Midwifery personnel: guidelines for National Nurses' Associations and others. International Council of Nurses. Geneva. 1996.

Jaffre Y, Prual A. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. Soc Sci Med 1994; 38:1069-1073.

Johnston RA, Sidall RS. Is the usual method of preparing patients for delivery beneficial or necessary? Am J Obstet Gynecol 1922; 4:645-650.

Johnstone FD, Abdoelmagd MS, Harouny AK. Maternal posture in second stage and fetal acid-base status. Br J Obstet Gynaecol 1987; 94:753-757.

Kantor HI, Rember R, Tabio P, Buchanon R. Value of shaving the pudendal - perineal area in delivery preparation. Obstet Gynecol 1965; 25:509-512.

Katz Z, Lancet M, Dgani R, Ben-Hur H, Zalel Y. The beneficial effect of vacuum extraction on the fetus. Acta Obstet Gynecol Scand 1982; 61:337-340.

Kelso IM, Parsons RJ, Lawrence GF, Arora SS, Edmonds DK, Cooke ID. An assessment of continuous fetal heart rate monitoring in labor. Am J Obstet Gynecol 1978; 131:526-532.

Kemp J. A review of cord traction in the third stage of labour from 1963 to 1969. Med J Aust 1971; 1(17):899-903.

Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. Br Med J 1986; 293:585-587.

Klein M, Papageorgiu AN, Westreich R, Spector-Dunsky L, Elkins V, Kramer MS, Gelfand MM. Care in a birthroom vs a conventional setting: a controlled trial. Can Med Assoc J 1984; 131: 1461-1466.

Knauth DG, Haloburdo EP. Effect of pushing techniques in birthing chair on length of second stage of labor. Nurs Res 1986; 35:49-51.

Knuist M, Eskes M, Van Alten D. Uidrijvingsduur en toestand van de pasgeborene bij door vroedvrouwen geleide bevallingen (Duration of the second stage and condition of the neonate in deliveries attended by midwives.) Ned Tijdschr Geneeskde 1989; 133:932-936.

Kone MB. Utilisation de l'oxytocine dans les maternités de Bamako; résumé des résultats d'étude. Thèse en pharmacie, 1994. (inédit) Bamako.

Kwast BE, Bentley J. Introducing confident midwives: Midwifery education - Action for safe motherhood. Midwifery 1991; 7:8-19.

Kwast BE. Midwives: key rural, health workers in maternity care. Int J Gynaecol Obstet 1992; 38(Suppl):S9-S15.

Kwast BE. Maternity care in developing countries. In: Health matters. Public health in North-South perspective. Van der Valden K et al (eds). Houten, Bohn Stafleu Van Loghum 1995b.

Lawrence GF, Brown VA, Parsons RJ, Cooke ID. Feto-maternal consequences of high-dose glucose infusion

during labour. Br J Obst Gynaecol 1982; 89:27-32.

Letsky E. The haematological system. In: Hytten F, Chamberlain G (eds). Clinical physiology in obstetrics. 2nd edition. Oxford, Blackwell 1991.

Liddell HS, Fisher PR. The birthing chair in the second stage of labour. (Porodajna stolica tokom druge faze poroda.) Aus NZ J Obstet Gynaecol 1985; 25:65-68.

Lopoez-Zeno JA, Peaceman AM, Adashek JA, Socol ML. A controlled trial of a program for the active management of labor. N engl J Med 1992; 326:450-454.

Lucas A, Adrian TE, Aynsley-Green A, Bloom SR. Iatrogenic hyperinsulinism at birth. Lancet 1980; 1:144-145.

MacDonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M, Boylan P, Chalmers I. The Dublin randomized trial of intrapartum fetal heart monitoring. Am J Obstet Gynecol 1985; 152:524-539.

MacMahon B. Prenatal X-ray exposure and childhood cancer. J Natl Cancer Inst 1962; 28:1173-1191.

MacVicar J, Dobbie G, Owen-Johnstone L, Jagger C, Hopkins M, Kennedy J. Stimulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1993; 100:316-323.

Maresh M, Choong KH, Beard RW. Delayed pushing with lumbar epidural analgesia in labour. Br J Obstet Gynaecol 1983; 90:623-627.

Mati JKG, Aggarwal VP, Sanghavi HCG, Lucas S, Corkhill R. The Nairobi birth survey III. Labour and delivery. J Obst Gyn East Cent Afr 1983; 2:47-56.

Mati JKG. Human resources development and training. In Nasah BT, Mati JKG, Kasonde JM. Contemporary issues in maternal health care in Afrika. Luxembourg, Harwood Academic Publishers 1994.

Matthews CD, Martin MR. Early detection of meconium-stained liquor labor: A contribution to fetal care. Am J Obstet Gynecol 1974; 120:808-811.

Mbizvo MT, fawcus S, Lindmark G, Nystroem L, i Maternal Mortality study group. Operational factors of maternal mortality in Zimbabwe. Health Pol i Plann 1993; 8(4):369-378.

McAllister CB. Placental transfer and neonatal effects of diazepam when administered to women just before delivery. Br J Anaesth 1980; 52:423-427.

McCandlish R. National Perinatal Epidemiology Unit, Oxford, 1996, Personal Communication.

McCarthy GT, O Connell B, Robinson AE. Blood levels of diazepam in infants of two mothers given large doses of diazepam during labour. J Obstet Gynaecol Br Commonwlth 1973; 80:349-352.

McGinty LB. A study of the vasopressor effects of oxytocics when used intravenously in the third stage of labour. West J Surg 1956; 64:22-28.

McKay S, Mahan C. Modifying the stomach contents of labouring women: why, how, with what success, and at what risks? How can aspiration of vomitus in obstetrics best be prevented? Birth 1988; 15(4):213-221.

McManus TJ, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labour. Lancet 1978; 1:72-74.

McQueen J, Mylrea L. Lumbar epidural analgesia in labour. Br Med J 1977; 1:640-641.

Meis PJ, Hall M, Marshall JR, Hobel CJ. Meconium passage: a new classification for risk assessment during labor. Am J Obstet Gynecol 1978; 131:509-513.

Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain, effect of maternal position on front and back pain. J Pain Symptom

Managem 1991; 6:476-480.

Menticoglou SM, Manning F, Harman C, Morrison I. Perinatal outcome in relation to second – stage duration. Am J Obstet Gynecol 1995, 173:906-912.

Michaelsen KF, Milman N, Samuelson G. A longitudinal study of iron status in healthy Danish infants: effects of early iron status, growth velocity and dietary factors. Acta Paediatr 1995; 84:1035-1044.

Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 mother survey. Lancet 1982; 2:808-810.

Murphy K, Grieg V, Garcia J, Grant A. Maternal considerations in the use of pelvic examinations in labour. Midwifery 1986, 2:93-97.

Nasah BT, Tyndall M. Emerging problems of maternity care in urban settings In : Nasah BT, Mati JKG, Kasonde JM (eds). Contemporary issues in maternal health care in Africa. Luxembourg, Harwood Academic Publishers 1994.

Neldam S, Osler M, Hansen PK, Nim J, Smith SF, Hertel J. Intrapartum fetal heart rate monitoring in a combined low-and high-risk population: a controlled clinical trial. Eur J Obstet Gynecol reprod Biol 1986; 23:1-11.

Nelson Nm, Enkin MW, Saigal S, Bennett KJ, Milner R, Sacket DL. A randomized clinical trial of the Leboyer approach to childbirth. New Engl J Med 1980; 302:655-660.

Nesheim B. The use of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a controlled clinical study. Acta Obstet Gynecol Scand 1981; 60:13-16.

Newton M, Mosey LM, Egli GE, Gifford WB, Hull CT. Blood loss during and immediately after delivery. Obstet Gynecol 1961; 17: 9-18.

Newton M. Postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 1966; 94:711-717.

Nielsen PV, Stigsby B, Nickelson C, Nim J. Intra- and interobserver variability in the assessment of intrapartum cardiotocograms. Acta Obstet Gynecol Scand 1987; 66:421-424.

O' Driscoll K, Stronge JM, Minouge M. Active management of labour. Br Med J 1973; 3:135-137.

O'Driscoll K, Meagher D. Active management of labour: the Dublin experience. 2nd ed. Baillere Tindall, London 1986.

O' Heir J, From Kobe to Oslo; the WHO Midwifery Education Modules. Proceedings of the 24th triennial International Confederation of Midwives Congress, ICM, Oslo 1996, pp. 520-522.

Okafor CB, Rizzuto RR. Women's and health-care providers' Views of maternal practices and services in rural Nigeria. Studies Fam Plann 1994; 25:353-361.

Onwudiegwu U. The effect of a depressed economy on the utilisation of maternal health services: the Nigerian experience. J Obstet Gynaec 1993; 13:311-314.

Ottervanger HP, Keirse MJNC, Smit W, Holm JP. Controlled comparison of induction versus expectant care for prelabor rupture of the membranes at term. J. Perinat Med 1996 (u štampanju).

Paolisso M, Leslie J. Meeting the changing health needs of women in developing countries. Soc Sci Med 1995; 40:55-65.

Parnell C, Langhoff-Roos J, Iversen R, Damgaard P. Pushing method in the expulsive phase of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; 72:31-35.

- Parsons MT, Spellacy WN.** Prospective randomized study of X-ray pelvimetry in the primigravida. Obstet Gynecol 1985; 66:76-79.
- Pel M, Heres MHB.** Obint. A study obstetric intervention. Thesis, University of Amsterdam, 1995.
- Pel M, Heres MHB, Hart AAM, Van der Veen F, Treffers PE.** Provider-associated factors in obstetric interventions. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 61:129-134.
- Peters MH.** Midwives and the achievement of safer motherhood. Int J Gynecol Obstet 1995; 50(Suppl.2):S89-S92.
- Philipsen T, Jensen NH.** Epidural block or parenteral pethidine as analgesic in labour; a randomised study concerning progress in labour and instrumental deliveries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1989; 30:27-33.
- Philipsen T, Jensen NH.** Maternal opinion about analgesia in labour and delivery. A comparison of epidural blockade and intramuscular pethidine. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1990; 34:205-210.
- Philpott RH, Castle WM.** Cervicographs in the management of labour in primigravidae. J Obstet gynaecol Br Commnwth 1972; 79:592-598, 599-602.
- Pisacane A.** Neonatal prevention of iron deficiency. Placental transfusion is a cheap and psychological solution. Br Med J 1996; 312:136-137.
- Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM.** The Bristol third stage trial: active vs psychological management of third stage of labour. Br Med J 1998; 297:1295-1300.
- Prendiville W, Elbourne D.** Care during the third stage of labour. In: Chalmers I et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press 1989.
- Pritchard JA, Baldwin RM, Dickey JC, Wiggins KM.** Bloodvolume changes in pregnancy and the puerperium. Am J Obstet Gynecol 1962; 84:1271.
- Radford N i Thompson A..** A Pathway to Practice: Direct Entry Midwifery. Department of Health and Social Services. HMSO. 1987.
- Read JA, Miller FC, Paul RH.** Randomized trial of ambulation vs oxytocin for labor enhancement: a preliminary report. Am J Obstet Gynecol 1981; 139:669-672.
- Roberts RB, Shirley MA.** The obstetrician's role in reducing the risk of aspiration pneumonitis. With particular reference to the use of oral antacids. Am J Obstet Gynaecol 1976; 124:611-617.
- Robinson JO, Rosen M, Evans JM, Revill SI, David H, Rees GAD.** Maternal opinion about analgesia for labour. A controlled trial between epidural block and intramuscular pethidine combined with inhalation. Anaesthesia 1980; 35:1173-1181.
- Romney ML, Gordon H.** Is your enema rally necessary? Br Med J 1981; 282.1269-1271.
- Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EKM, Stapleton S, Rosen D, Rosenfield A.** Outcomes of care in birth centers: the National Birth Center Study. N Engl J Med 1989; 321:1804-1811.
- Rooney C.** Antenatal care and maternal health: How effective is it? A review of the evidence. Geneva, World Health Organization 1992.
- Rooney I, Hughes P, Calder AA.** Is routine administration of syntometrine still justified in the management of the third stage of labour? Health Bull 1985; 43:99-101
- Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead MW, Wlodarczyk JH.** Continuity of care by a midwife team versus routine care pregnancy and birth: a randomised trial. Med J Australia 1995; 163:289-293.

Rutter N, Spencer A, Mann N, Smith M. Glucose during labour. Lancet 1980; 2:155.

Schutte MF, Treffers PE, Kloosterman GJ, Soepmati S. Management of premature rupture of the membranes. The risk of vaginal examination to the infant. Am J Obstet Gynecol 1983; 146:395-400.

Schwarcz RL, Althabe O, Belitzky R, Lanchares JL, Alvarez R, Berdaguer P, Capurro H, Belizan JM, Sabatino JH, Abusleme C, Caldeiro-Barcia R. Fetal heart rate patterns in labors with intact and with ruptured membranes. J Perinat med 1973; 1:153-165.

Schwarcz RL, Diaz AG, Nieto F. Partograma con curvas de alerta; guia par la vigilancia del parto. Salud perinatal. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, 1987; 2(8):93-96.

Schwarcz RL, Diaz AG, Fescina RH, Belitzky R, Rossello JLD. Low-risk pregnancy and delivery. Guidelines for the management of antenatal care, labor and delivery. Latin American Center for Perinatology and Human Development. CLAP Scientific Publication No 1321.02. Montevideo, Pan American Health Organisation-World Health Organization 1995.

Senden IPM, Wetering MD, Eskes TKAB, Bierkens PB, Laube DW, Pitkin RM. Labor pain: A comparison of parturients in a Dutch and an American teaching hospital. Obstet Gynecol 1988; 71:541-544.

Simkin P. Non-pharmacological methods of pain relief during labour. In: Chalmers I et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press 1989.

Sleep J, Grant AM, Garcia J, Elbourne DR, Spencer JAD, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. Br Med J 1984; 289:587-590.

Sleep J, Grant AM. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. Br Med J 1987; 295:749-751.

Sleep J, Roberts J, Chalmers I. Care during the second stage of labour. In: Chalmers I et al (eds). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford University Press 1989.

Smith DG. Safe Motherhood: listening to women. Tropical Doctor 1993, 23:1-2.

Spears RL, Anderson GV, Brotman S, Farrier J, Kwan J, Masto A, Perrin L, Stebbins R. The effect of early versus late cord clamping on signs of respiratory distress. Am J Obstet Gynecol 1966; 95:564-568.

Stewart A, Webb J, Giles D, Hewitt D. Malignant disease in childhood and diagnostic irradiation in utero. Lancet 1956; ii:447.

Stewart P, Hillan E, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labour. Lancet 1978; i:72-74.

Stewart P, Spiby H. A randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. Br J Obstet Gynecol 1989; 96:327-333.

Swanstrom S, Bratteby LE. Metabolic effects of obstetric regional analgesia and of asphyxia in the newborn infant during the first two hours after birth. Acta Paed Scand 1981; 283:639-642.

Tarnow-Mordi WO, Shaw JCL, Liu D, Gardner DA, Flynn FV. Iatrogenic hyponatraemia of the newborn due to maternal fluid overload; a prospective study. Br. Med J 1981, 283:639-642.

Taylor G, Pryse-Davies J. The prophylactic use of antacids in the prevention of the acid-pulmonary-aspiration syndrome (Mendelson's syndrome). Lancet 1966; 1:288-291.

Tettambel MA. Preoperative use of antacids to prevent Mendelson's syndrome in caesarean section, a pilot study. J Am Osteopath Assoc 1983; 82:858-860.

Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv 1983; 38:322-338.

Thilganathan B, Cunter A, Latimer J, Beard R. Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993; 48:19-22.

Thomas IL, Tyle V, Webster J, Neilson A. An evaluation of transcutaneous electrical nerve stimulation for pain relief in labour. Aust NZ J Obstet Gynecol 1988; 28:182-189.

Thomson Am. Pushing techniques in the second stage of labour. J Adv Nurs 1993; 18:171-177.

Thornton S, Davison JM, Baylis PH. Plasma oxytocin during third stage of labour: comparison of natural and active management. Br Med J 1988; 297:167-169.

Thorp JA, Hu DH, Albin RM, McNitt J, Meyer BA, Cohen GR, Yeast JD. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. Am J Obstet Gynecol 1993; 169:851-858.

Treffers PE, Laan R. Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery in The Netherlands. Br J Obstet Gynaecol 1986; 93:690-693.

Treffers PE, Eskes M, Kleiverda G, Van Alten D. Home births and minimal medical interventions. JAMA 1990; 264:2203-2208.

Treffers PE. Selection as the basis of obstetric care in the Netherlands. In: Abraham-Van der Mark E (ed). Successful home birth and midwifery. The Dutch model. Westport, Connecticut, Bergin i Garvey 1993.

Treffers PE. Obstetric care in developed countries: the case of the Netherlands. In: Health matters. Public health in North-South perspective. Van der Velden K et al (eds) Houten, Bohn Stafleu Van Loghum 1995.

Van Alten D, Eskes m, Treffers PE. Midwifery in the Netherlands; the Wormerveer study, selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity. Br J Obstet Gynaecol 1989, 96:656-662.

Van Geijn HP. Fetal monitoring-present and future: the evaluation of fetal heart rate patterns. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1987; 24:117-119.

Waldenstroem U, Gottvall K. A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labour. Birth 1991; 18:1:5-10.

Waldenstroem u, Nilsson CA. Women's satisfaction with birth center care: a randomized, controlled study. (Zadovoljstvo žena sa zdravstvenom zaštitom u porođajnim centrima; kontrolisano istraživanje po principu slučajnog uzorka.) Birth 1993, 20:3-13.

Waldenstroem U, Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73:547-554.

Waldenstroem U, Nilsson CA, Winbaldh B. The Stockholm birth center trial. Maternal and infant outcome. Brit. J Obstet Gynaecol 1996 (u štampanju).

Waldenstroem U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wald S. The Birth Experience. A study of 295 new mothers. Birth 1996 (u štampanju).

Wiegers TA, Keirse MJNC, Berghs Gah, Van der Zee J. An approach to measuring the quality of midwifery care. J Clin Epidemiol 1996; 49:319-325.

Williams RM, Thorn MH, Studd JWW. A study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. Br J Obstet Gynaecol 1980; 87:122-126.

Wood C, Ng KH, Hounslow D, Benning H. Time – an important variable in normal delivery. J Obstet Gynaecol Br Commonwealth 1973; 80:295-300.

Wood C, Renou P, Oats J, Farrell E, Beischer N, Anderson I. A controlled trial of fetal heart rate monitoring in a low-risk population. Am J Obstet Gynecol 1981, 141:527-534.

Wolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English- language literature since 1980. Obstet Gynecol Surv 1995; 50:806-802, 821-835.

World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. Lancet 1985; ii:436-437.

World Health Organization/Unicef. Proceting, promoting and supporting breast- feeding: the special role of maternity services. Geneva, World Health Organization 1989.

World Health Organization. The prevention and managment of postpartUm haemorrhage. Report of a Technical Working Group, Geneva 3-6 July 1989. Unpublished document WHO/MCH/90.7. Geneva, World Health Organization 1990.

World Health Organization. Preventing prolonged labour: a practical guide. The partograph. Unpublished document WHO/FHE/MSM/93.8/9/10/11. Geneva, World Health Organization 1993.

World Health Organization. Clean delivery for the prevention of tetanus and sepsis; Strengthening of country-wide programmes. Unpublished document CHD/MSM/94.1. Geneva, World Health Organization 1994a.

World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood programme. World Health Organization partograph in managment of labour. Lancet 1994b: 343:1399-1404.

World Health Organization. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. Unpublished document FHE/MSMS/94.11. Geneva, World Health Organization 1994c.

World health Organization. Global Programme on AIDS. Preventing HIV Transmission in Health Facilities. Unpublished document GPA/TCO/HCS/95.16. Geneva, World Health Organization 1995.

World Health Organization. Preventing HIV transmission in Health Facilities. Geneva. WHO Global Programme on AIDS 1995.

World Health Organization. Report of the Technical Working Group on Essential Care of the Newborn 1996 (in press)

Yancey MK, Herpolsheimer A, Jordan GD, Benson WL, Brady K. Maternal and neonatal effects of outlet forceps delivery compared with spontaneous vaginal delivery compared in term pregnancies. Obstet Gynecol 1991; 78:646-650.

Yao AC, Lind J, Vourenkosky V. Expiratory grunting in the late cord clamped normal infant. Pediatrics 1971; 48:865-870.

Yao AC, Lind J. Placental transfusion. Am J Dis Child 1974; 127:128-141.

Zheng Qiao-ling, Zhang Xiao-min. Analysis of 39 cases of maternal deaths caused by incorrect use of oxytocin. Chin J Obstet Gynecol 1994; 29:317

THE COCHRANE PREGNANCY and CHILDBIRTH DATABASE (issue 1995-1) CCPC reviews used in this report:**Elbourne DR**

- Prophylactic oxytocics in third stage of labour. Review 02974
- Prophylactic syntometrine vs oxytocin in third stage of labour. Review 02999
- Prophylactic oxytocin vs ergot derivatives in third stage of labour. Review 03000
- Prophylactic syntometrine vs ergot derivatives in third stage of labour. Review 03001
- Early umbilical cord clamping in third stage of labour. Review 3818
- Cord traction vs fundal pressure in third stage of labour. Review 03004
- Active vs conservative third stage management. Review 05352
- Active vs conservative third stage management-low risk women. Review 05353

Fraser WD

- Amniotomy to shorten spontaneous labour. Review 04134
- Early amniotomy and early oxytocin for dealy in labour compared to routine care. Review 06949

Grant AM

- EFM vs intermittent auscultation in labour. Review 03884
- EFM and scalp sampling vs intermittent auscultation in labour. Review 03297
- EFM alone vs intermittent auscultation labour. Review 03298
- Fetal blood sampling as adjunct to heart rate monitoring. Review 07018
- Liberal vs restricted use of EFM in labour (low risk labours). Review 03886
- Liberal vs restricted use of EFM in labour (all labours). Review 03885

Hodnett ED

- Support form caregivers during childbirth. Review 03871
- Birth room vs conventional delivery setting. Review 05753
- Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth. Review (07672)

Howell CJ

- Transcutaneous nerve stimulation (TENS) in labour. Review 05253
- Transcutaneous nerve stimulation (TENS) vs pethidine in labour. Review 05254
- Sistematic narkotics for analgesia in labour. Review 03398
- Diazepam in labour. Review 03401
- Methoxyflurane vs nitrous oxide/oxygen for analgesia in labour. Review 03400
- Epidural vs non- epidural analgesia in labour. Review 03399

Nikodem C

- Upright vs recumbent position during first stage of labour. Review 03334
- Upright vs recumbent position second stage of labour. Review 03335
- Birth chair vs recumbent position for second stage of labour. Review 04735
- Lateral tilt vs dorsal position for second stage of labour. Review 03402
- Sustained (Valsalva) vs exhalatory bearing down in second stage of labour. Review 03336

Renfrew MJ

- Routine perineal shaving on admission labour. Review 03876
- Liberal use of episiotomy for spontaneous vaginal delivery. Review 03695

Renfrew MJ, Hay-Smith J

- Routine enema on admission in labour. Review 03877

Sinclair JC

- Intubation and suction in vigorous meconium- stained babies. Review 05946

Specijalno priznanje odajemo autorima sljedećih publikacija koje su često korištene:

Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC (eds). Efektivna zdravstvena zaštita u trudnoći i kod poroda. Oxford, Oxford University Press 1989.

Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson J. Vodič za uspješnu zdravstvenu zaštitu tokom trudnoće i poroda, drugo izdanje Oxford, Oxford University Press 1995.

8. LISTA SARADNIKA

Dr Jusuf Ahmed, Viši lektor, Odsjek za porodiljstvo i ginekologiju, Univerzitetska bolnica, P.O. Box 50001, Lusaka, Zambia

Dr Raj Baveja, Honorari medicinski viši nadzornik, Kamala Nehru Memorijalna bolnica, Allahabad, India

Gđa. Frances Foord, Dunn Nutriton Group (Keneba), MRC Laboratories, Fajara, Nr Banjul, P.O. Box 273, The Gambia

Gđa. Ricardo Gonzales, Dr Jose Fabella Memorijalna bolnica, Lope de Vega SSt. Sta Cruz, Manila, Filipini

Gđa. Stella Mpanda, predavač, Fakultet za sestrinstvo, P.O.Box 65004, Dar Es Salaam, Tanzania

Gđa. Azizah Musbah, Glavna sestra- babica tutor, Škola za babice, Bolnica Kuala Lumpur, Jala Pahang, 50586 Kuala Lumpur, Malezija

Dr Filip N. Mwalali, MSCI Glavni tehnički savjetnik, Odjel za porodično zdravlje, Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi, Maseru, Lesotho

Gđica. Margaret Peters, Direktor, Međunarodna konferencija babica, Kraljevska ženska bolnica, 132 Grattan Street, Carlton 3053, Victoria, Australija

Dr Ezzat h. Sayed, Profesor akušerstva i ginekologije, Fakultet medicinskih nauka, Assuit University, P.O.Box 174, Assiut, Egipat

Dr Ricardo Schwarcz, Direktor centra za perinatologiju i ljudski razvoj (CLAP), Hospital de Clinicas, Casilia de Correo 627, Piso 16, 11000 Montevideo, Uruguay

Gđica. Delia S. Veraguas Segura, Avendia Gomez Carreno, 3443, V Sector, DTO 4, Vina del Mar, Chile

Preofesor Ulla Waldenstroem, La Trobe University, RHW Campus, Kraljska ženska bolnica, Kathleen Syme Obrazovni centar, 132 Grattan Street, carlton 3053, Viktorija, Australija

PROMATRAČI

Gđica. Jeanne McDermott, Projekat zaštite majki, John Snow Incorporated, 1616 N, Fort Myer Drive, Suite 1100, Arlington, Virginia 22209, SAD

Gđica. Susan F. Murray, Viši lektor, Institut za zdravlje djece, 30 Guilford Street, London WC1N 1EH, Velika Britanija

SEKRETARIJAT

Dr Susan Holck, Direktor programa za reproduktivno zdravlje

Gđa. Carla AbouZahr, Maternal Health and Safe Motherhood

Dr Agistino Borra, Maternal Health and Safe Motherhood

Gđica. Karen Christiani, Maternal Health and Safe Motherhood/Ljudski potencijali u očuvanju zdravlja

Dr Richard Guidotti, Maternal Health and Safe Motherhood

Dr Suman Mehta, Maternal Health and Safe Motherhood

Sestra Anne Thompson, Maternal Health and Safe Motherhood

Dr Jose Villar, Specijalni program za istraživanje

Dr Jelka Župan, Maternal Health and Newborn Care

Gđa Petra ten Hoope-Bender, Privremeni savjetnik, Jac Van Vessemsingel 37, 3065 NH Rotterdam, Nizozemska

Profesor Pieter Eric Treffers, Privremeni savjetnik, Henriette Bosmansstraat 4, 1077 XH Amsterdam, Nizozemska