



Primaljski vjesnik



Primaljski vjesnik • Broj 19 • ISSN 1848-5863 • Listopad 2015.



HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA

HRVATSKA KOMORA
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

SVJETSKI TJEDAN DOJENJA

1.- 7. kolovoza 2015.



HRVATSKA UDRUGA ZA PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR PROMOTION OF MIDWIFERY



HRVATSKA KOMORA
PRIMALJA
CROATIAN CHAMBER OF MIDWIVES

Sadržaj

RIJEČI UREDNIŠTVA.....	4
SVJETSKI TJEDAN DOJENJA.....	5
ZNANSTVENE SPOZNAJE O EPIZIOTOMIJI I PRIMJENA U PRAKSI.....	6
DISTOCIJA RAMENA – POSTOJI LI PROSTOR ZA UNAPREĐENJE PRAKSE?.....	16
MEDIKAMENTOZNI POBAČAJ ILI ARTIFICIJALNI PREKID TRUDNOĆE POMOĆU LIJEKOVA.....	32
PRAVILNA PREHRANA U TRUDNOĆI.....	34
D-MER SINDROM – iz medija.....	38
O PORTALU E-UČENJE.....	39
LISTOPAD – mjesec osvještenosti o raku dojke!.....	40

Riječi uredništva

Drage primalje!

Pred vama je vaš Vjesnik koji vam i ovog puta donosi novosti i zanimljivosti.

Nadamo se da ćete i u ovom broju pronaći nešto za sebe i uživati čitajući ga.

Radovalo bi nas kada biste podijelile s nama ono u čemu ste najbolje, te pisale o temama s kojima ste dobro upoznate. Pošaljite tekstove na našu adresu:

primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr.

Radove ćemo bodovati prema pravilniku Hrvatske komore primalja.

Hvala svima koji su svojim radom pridonijeli i ovom broju Vjesnika!

Pratite nas i na Facebook stranici: Hrvatska komora primalja



Impresum:

Izdavač:

Hrvatska komora primalja, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb, www.komora-primalja.hr

Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb, www.hupp.hr

Žiro-račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

Radove slati na: info@komora-primalja.hr / primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr

Priprema i tisak: Alfacommerce d.o.o.

Naklada: 700 primjeraka

Tekstovi su lektoriirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja.

List je besplatan.

Svjetski tjedan dojenja, od 1. do 7. kolovoza 2015. - prava zaposlenih majki

Povodom ovogodišnjeg Svjetskog tjedna dojenja, WABA (Svjetski savez za podršku dojenju) poziva na zajedničko djelovanje u cijelom svijetu kako bi se podržalo žene u usklađivanju dojenja i rada. Bez obzira na to radi li žena u javnom, privatnom ili kućnom okruženju, nužno je da je osnažena u ostvarivanju svog prava i prava svog djeteta na dojenje.

Tema Svjetskog tjedna dojenja 2015. o zaposlenim ženama i dojenju poziva se na kampanju Svjetskog tjedna dojenja 1993. i inicijativu za radno mjesto prilagođeno potrebama majki.

Mnogo toga je postignuto u protekle 22 godine globalnog djelovanja za podršku ženama u usklađivanju dojenja s radom, osobito usvajanjem izmijenjene konvencije Međunarodne organizacije rada 183 o zaštiti majčinstva kojom su osigurana veća prava roditelja i zahvaljujući većem broju akcija u pojedinim državama za poboljšanje nacionalnih zakona i praksi. Na razini radne sredine također je poduzeto više akcija za uspostavljanje radnih mjesta prilagođenih potrebama majki i dojenja što uključuje nagrade za poslodavce koji podržavaju dojenje te veću svijest u društvu o pravu zaposlenih žena da doje.

Deklaracija Innocenti (1990) utvrdila je da dojenje predstavlja idealan način prehrane za dojenčad i doprinosi njihovom zdravom rastu i razvoju. Potrebno je učiniti još mnogo toga usprkos proteklih 25 godina truda, osobito u smislu četvrtog cilja deklaracije koji poziva vlasti na "...**donošenje novih vrsta zakona koji će zaštiti pravo zaposlenih žena da doje i uspostavljanje načina za provođenje tih zakona.**"

WABA
poziva:



Photo: worldbreastfeedingweek.org/Paul Carter



“ Bez obzira na to radi li žena u javnom, privatnom ili kućnom okruženju, nužno je da je osnažena u ostvarivanju svog prava i prava svog djeteta na dojenje. ”

- na zajedničko djelovanje u cijelom svijetu kako bi se podržale žene u usklađivanju dojenja i rada, bez obzira na to rade li u javnom ili privatnom sektoru ili kod kuće;
- vlade da ratificiraju i provedu zakone i propise za zaštitu majčinstva, u skladu s Konvencijom za zaštitu majčinstva Međunarodne organizacije rada;
- na uključivanje ciljnih pokazatelja za dojenje u ciljeve održivog razvoja.

Za WABA-u i partnera na globalnoj, regionalnoj i državnoj razini, cilj kampanje Svjetskog tjedna dojenja 2015. jest osnažiti i podržati SVE žene, one koje rade i u javnom i privatnom sektoru, da na odgovarajući način usklade rad s brigom o djeci te osobito s dojenjem. (Rad definiramo u najširem obliku, od plaćenog zaposlenja, samozapošljavanja, sezonskog rada i rada na ugovor do neplaćenih kućanskih poslova i skrbi).

Postoje različite strategije za podržavanje žena koje rade u vašoj državi ili zajednici, od dugotrajnih do kratkotrajnih akcija.

Zajedno možemo ostvariti rezultate!

Znanstvene spoznaje o epiziotomiji i primjena u praksi

Iva Podhorsky Štorek,
prvostupnica primaljstva

Sažetak

Epiziotomija ili urez međice, najčešće je izvođena opstetrička operacija. Kako je epiziotomija prihvaćena u širokoj praksi bez pravih znanstvenih dokaza o njenoj korisnosti, tako su istraživanja o njenoj učinkovitosti (ili pak neučinkovitosti) bila objavljivana kasnije. Incidencija epiziotomije u kliničkoj praksi vrlo je različita, te varira u različitim državama i različitim institucijama. Znanstvene spoznaje o epiziotomiji godinama prikazuju rezultate koji ne idu u prilog rutinskoj primjeni. Mnogi znanstveni dokazi prikupljeni o epiziotomiji pokazuju kako početno oduševljenje tim opstetričkim zahvatom i široko uvođenje u praksu u cijelom svijetu nije urođilo željenim i pretpostavljenim dobrim rezultatima. Epiziotomiju bi, prema preporukama modernog porodništva, trebalo primjenjivati restriktivno i s medicinskom indikacijom, odnosno trebalo bi je primijeniti kada je za zdravlje djeteta iznimno važno skratiti drugo doba porođaja. Danas medicina zasnovana na dokazima smatra kako bi manji centri trebali imati od 10 do 20% epiziotomija, dok veliki centri, koji se susreću s više patoloških stanja u trudnoći i porođaju, ne bi trebali imati više od 30% epiziotomija.

Ključne riječi: epiziotomija, perineum, međica, porođaj.

Summary – Scientific insight on episiotomy and its application in practice

Episiotomy, or incision of the perineum, is the most frequently performed obstetric surgery. Since episiotomy is widely accepted in practice without true scientific evidence of its usefulness, the research on its efficiency (or inefficiency) was published after the fact. The incidence of episiotomy in clinical practice varies greatly in different countries and institutions. Results of scientific research on episiotomy for years have not supported its routine use in practice. A lot of scientific evidence shows that initial exhilaration with episiotomy and its wide use in practice worldwide has not resulted in initially desired and assumed good outcomes. According to the recom-

mendations of modern obstetrics, episiotomy should be applied restrictively and with medical indication i.e., when it is of utmost importance for the baby's health to shorten the second birth stage. Today evidence-based medicine believes that smaller centres should have a 10-20% episiotomy rate, while bigger centres which encounter more pathological situations in pregnancies and births, should not have more than 30% of episiotomies.

1. Uvod i pregled područja istraživanja

Epiziotomija ili urez međice, najčešće je izvođena opstetrička operacija. Predstavlja kirurški način proširivanja mekog izlaza porođajnog kanala (perineuma, međice) kako bi se prednjačeća čest djeteta porodila brže i lakše, a trauma tkiva bila manja u odnosu na (priječeći) spontani razdor. Najčešće izvođeni tipovi epiziotomije su medijalna i mediolateralna. Dok je ispočetka služila kao rješenje kod teških i dugih porođaja, s vremenom joj je pridodata profilaktička uloga; primjenjivala bi se kao prevencija „neurednog“ pucanja tkiva međice, oštećenja debelog crijeva i anusa te se smatralo kako će u budućnosti sprječiti ili umanjiti problem stresne urinarne te fekalne inkontinencije u žena, kao i prolaps organa. Također, smatralo se da kraćenje drugog porođajnog doba koristi djetetu koje u izgonu pati zbog dugotrajnog i polaganog razvlačenja tkiva međice. Ovakvi stavovi, uz sve veći broj bolničkih porođaja kojima nazoče liječnici, velikom većinom muškarci, dovode do konačne globalne rutinske primjene epiziotomije koja sedamdesetih i osamdesetih godina prošlog stoljeća postaje, osobito za prvorotkinje, gotovo obvezan zahvat. Kako je epiziotomija prihvaćena u širokoj praksi bez pravih znanstvenih dokaza o njezinu korisnosti, tako su istraživanja o učinkovitosti (ili pak neučinkovitosti) epiziotomije bila objavljivana kasnije. Ovakav slijed događaja ne odlikuje samo epiziotomiju, nego i mnoge druge postupke i intervencije u medicini; prvo su uvedeni u praksu, a znanstveni dokazi kasnije utječu na službene preporuke o korištenju određenog zahvata, terapije ili intervencije u praksi.

1.1. Znanstvene spoznaje o epiziotomiji

1.1.1. Povijesni osvrt

Epiziotomija se prvi put spominje 1742. godine, kada irski liječnik Sir Fielding Ould u svom djelu „Rasprava o primaljstvu, u tri djela“; preporučuje ovaj postupak u slučaju da je porođaj opasno produljen zbog čvrstog i rigidnog vaginalnog otvora. Više od sto godina kasnije u Sjedinjenim Američkim Državama liječnik Taliaferro objavljuje u časopisu The Stethoscope and Virginia medical Gazette slučaj mlade eklamptične žene, kojoj je urezao malu mediolateralnu epiziotomiju, kako bi brže dovršio porođaj. Dok je za žene u 18. i 19. stoljeću epiziotomija bila primjenjivana iznimno rijetko i kod neobično teških i dugih porođaja, 1921. godine dolazi do novog momenta, kada se američki liječnik Joseph DeLee javno zalaže za uvođenje mediolateralne epiziotomije kao obavezne za prvorotkinje, odlučno tvrdeći kako je prirodni porođaj patološki proces, koji opetovanje oštećuje i žene i djecu, pri čemu 4% djece umire, a neutvrđeni broj biva oštećen. Objavljuje djelo „Profilaktička operacija forcepsom“, te se intenzivno zalaže za rutinsku uporabu forcepsa u kombinaciji s mediolateralnom epiziotomijom, postupak za koji je bio uvjeren da štiti dijete od ozljede mozga, čuva integritet dna zdjelice, a porođajni kanal ostavlja „gotovo savršenim“. (1) U isto vrijeme, tijekom prvih desetljeća 20. stoljeća, porođaj se prvi puta masovno seli iz vlastitih domova u bolnice, a liječnici sve više interveniraju u porođaj pokušavajući poboljšati ishod i za majku i za dijete; preporuke DeLeeja mnogim porodničarima zvuče uvjerljivo, te epiziotomija uskoro biva široko primjenjivana. Liječnik Diethelm 1938. godine konstatira kako su indikacije za epiziotomiju čvrste i potpuno osnovane te ne trebaju obranu. Mišljenja mnogih uglednih porodničara podržavaju rastući trend uporabe epiziotomije. Do sedamdesetih godina 20. stoljeća u SAD-u postotak epiziotomije ukupno iznosi 63%, dok u isto vrijeme u Velikoj Britaniji postotak epiziotomija iznosi 14 do 96% za prvorotkinje, a 16 do 71% za višerotkinje.

1.1.2. Istraživanja o epiziotomiji

Jedno od najranijih kvalitetnih istraživanja o epiziotomiji proveli su Thacker i Banta 1983. godine. (2) Ova dvojica autora objavila su interpretativni pregled literature na engleskom jeziku izdane od 1860. do 1980. godine, ukupno 350 knjiga i članaka. Navode već tada kako nema jasnih znanstvenih dokaza o efikasnosti epiziotomije, a posebno oni ne postoje kad se radi o rutinskoj primjeni. Također dodaju kako epiziotomija uzrokuje izrazitu nelagodu i bol, ali i ozbiljne komplikacije koje čak mogu dovesti do smrti majke. Ističu kako ne nalaze dokaze da epiziotomija sprečava duboke razdore perineuma, a ne može se dokazati niti dobrobit za novorođenče. No, zato



napominju kako postoji rizik od većeg gubitka krvi, jaču postpartalnu bol i veći rizik za dispareuniju. Zaključuju da je rutinska primjena epiziotomije neopravdana, a rizike i posljedice takve primjene praksa je potpuno previdjela; potrebne su pažljivo konstruirane kontrolirane studije kako bi se donijeli ispravni zaključci o rizicima i dobrobiti epiziotomije. Dalekovidne i točne zaključke ove dvojice znanstvenika kasnije će potvrditi mnoge studije.

Autori Green i Soohoo 1989. godine objavljaju istraživanje o ozljedama rektuma tijekom porođaja, u koje je uključeno 2.706 spontanih porođaja kod stava glavicom. (3) Proučavaju rizične čimbenike za ozljedu rektuma (paritet, masa djeteta, provedene intervencije), a među njima i epiziotomiju. Zaključuju kako je protektivna uloga epiziotomije osobito kontroverzna, s obzirom na to da potvrđuju kako je rizik za ozljedu rektuma značajno povezan s medijalnom epiziotomijom (8,9 puta u usporedbi s grupom bez epiziotomije). Tada nalaze i da žene čijim porođajima nazoči porodničar imaju više šanse za ozljedu rektuma, nego žene kojima kod porođaja nazoči primalja, i to više nego dvostruko. Autori zaključuju kako je praksa medijalne epiziotomije u profilaktičke svrhe ozbiljno upitna, te kako je potrebno provesti dodatna istraživanja, kako bi se razjasnile činjenice otkrivene njihovom studijom.



Tijekom osamdesetih godina 20. stoljeća objavljena su i dva manja istraživanja (3, 4) o povezanosti epiziotomije i dubokih razdora perineuma. Autori Harrison, Brennan, North, Reed i Wickam proveli su istraživanje na 180 prvorotkinja koje su bile podijeljene u dvjema grupama, prvoj u kojoj se provodi epiziotomija, te drugoj u kojoj će se epiziotomija izvesti samo ako će biti prijeko potrebno za uspješno dovršenje porođaja. Rezultate istraživanja usporedili su s uobičajenom praksom istog centra u posljednjih šest mjeseci. Od 92 žene koje su bile određene u grupu bez epiziotomije, kod sedam (8%) žena je ipak izvedena epiziotomija zbog medicinske indikacije, u usporedbi s 507 (89%) žena u proteklih pola godine. Razdori prvog stupnja dogodili su se u 25% žena, drugog stupnja u 47% žena, dok je 21% pacijentica imalo intaktan perineum, u usporedbi sa samo 6% žena intaktnog perineuma u proteklih pola godine. Procjena postpartalne boli također pokazuje kako upravo žene s intaktnim perineumom imaju najbolji ishod, dok su najveći bol postpartalno trpjeli žene kojima je izvedena epiziotomija u epiduralnoj analgeziji. Zanimljivo je kako među ženama s rupturom perineuma 1. i 2. stupnja nije bilo nikakve razlike u bolnosti. Autori u zaključku sumnjuju u korisnost rutinske epiziotomije, no navode kako odluku o epiziotomiji treba donijeti porodničar u pravom trenutku.

U studiji provedenoj 1987. godine autori su istraživali rezultate prakse u kojoj su odlučili primijeniti epizioto-

miju samo u slučaju fetalnog distresa i/ili operacijskog dovršenja vaginalnog porođaja. (5) Ovakva praksa dovela je do značajnog smanjenja ruptura 3. i 4. stupnja, čak štoviše, u promatranoj grupi žena bez epiziotomije nije bilo nijedne takve rupture. Autori zaključuju kako selektivna/restruktivna primjena epiziotomije smanjuje incidenciju perinealne traume.

Deset godina potom, 1997. grupa autora provodi istraživanje o povezanosti medijalne epiziotomije i dubokih razdora međice, te nalaze kako 20,6% prvorotkinja s epiziotomijom ima dubok razdor međice u usporedbi s 4,5% prvorotkinja koje imaju dubok razdor ali bez epiziotomije. (6) Zaključuju kako su razdori 3. i 4. stupnja usko povezani s medijalnom epiziotomijom, te kako restruktivno izvođenje medijalne epiziotomije može smanjiti postotak ozbiljnih razdora međice u prvorotkinja.

Od 1990. do 1992. godine provodi se veliko istraživanje o mediolateralnoj epiziotomiji u Argentini, koje kasnije postaje poznato kao Argentinska studija. (7) Uključeno je 2.606 rođilja, od kojih 1.555 prvorotkinja. Žene su podijeljene u dvjema grupama: u jednoj se primjenjuje rutinska epiziotomija prateći tadašnji trend (kod 83% je izvedena epiziotomija), dok se u drugoj grupi epiziotomija primjenjuje s medicinskom indikacijom (kod 30% je izvedena epiziotomija). Iako su u objema grupama rupture 3. i 4. stupnja bile rijetke, nešto manje ih je bilo u grupi s restuktivnom uporabom epiziotomije. Također, u grupi

s restriktivnom primjenom epiziotomije nađeno je kako često uopće nije potrebno šivanje međice, bol i uporaba analgetika je manja, a komplikacije zarastanja su rjeđe nego u grupi s rutinskom epiziotomijom. Autori zaključuju kako rutinsku epiziotomiju treba napustiti u praksi, a postotak epiziotomija veći od 30% ne može se opravdati.

Nakon 2000. godine pojavljuju se dva istraživanja s oprečnim zaključcima, tako da kontroverza oko epiziotomije i dalje raste. Nizozemska nacionalna opstetrička baza (Dutch National Obstetric Database) 2001. godine objavljuje retrospektivnu studiju u kojoj je uključeno 284.000 porođaja. (8) Istraživanje je tražilo rizične faktore za duboku rupturu međice, a u zaključku se navodi kako kod operacijskog dovršenja vaginalnog porođaja izbor treba pasti na vakuum ekstrakciju, a ne forceps, uz napomenu kako mediolateralna epiziotomija ima snažnu protektivnu ulogu u sprečavanju dubokih razdora međice. Međutim, ukupan postotak epiziotomija u ovako velikom broju porođaja bio je 31,1%, što je bitno manje nego u zemljama s jednakim standardom; k tome se iz tog postotka gotovo može zaključiti kako se na nizozemskim rodiljama epiziotomija primjenjivala restriktivno, s medicinskom indikacijom, a ne rutinski. Također, postotak ruptura 3. i 4. stupnja bio je niži nego u zemljama usporedivog socioekonomskog statusa (1,94% naspram 4 do 5%). Porodnička i primaljska praksa u Nizozemskoj očigledno predstavlja posebnost i vrlo teško ju je uspoređivati s ostatkom jednako razvijenih zemalja.

Velika retrospektivna studija porođaja u Njemačkoj objavljena je 2006. godine. Uključivala je 40.923 prvorotkinja, a autori traže rizične čimbenike za ozljede analnog sfinktera. (9) Proučavaju čak 17 znanih rizičnih čimbenika/intervencija/stanja. Zaključuju kako su epiziotomija i porođaj forcepsom jatrogeni čimbenici koji su najčešće povezani s ozljedom analnog sfinktera.

Jedno od novijih istraživanja objavljenih 2014. godine napravili su irski autori koji retrospektivno analiziraju 19.442 porođaja u svom centru, tražeći rizične faktore za nastanak ozbiljnih laceracija perineuma. (10) Nalaze kako veliki rizik pojedinačno predstavljaju instrumentalno dovršenje porođaja, prvi porođaj, perzistentna posteriorna orientacija glavice i velika porođajna težina. Zaključuju kako epiziotomija ima protektivnu ulogu, ali samo ako se restriktivno primjenjuje, što osobito vrijedi za instrumentalno dovršenje porođaja.

Konačno, početkom 2015. objavljen je sustavni pregled i meta analiza podataka vezanih uz ozljede analnog sfinktera te analnu inkontinenciju postpartalno. (11) Zaključak je ove meta analize da su i epiziotomija i razdori međice 3. i 4. stupnja usko povezani s oštećenom funkcijom analnog sfinktera, te jednako uzrokuju analnu inkontinenciju; naglašava se potreba za smanjenjem ozbiljnih ozljeda međice kako bi se ova posljedica izbjegla.

Kako je epiziotomija u stručnim krugovima bila proglašena kao dobar način da se spriječi fetalna anoksija, cerebralno krvarenje i mentalna retardacija, provedena su istraživanja kako bi se ove tvrdnje dokazale. Istraživanje iz 1977. godine, provedeno na 4.403 prvorotkinje, kao cilj istraživanja postavlja se pitanje koliko utječe produljeno drugo porođajno doba na perinatalni ishod. (12) Nije nađeno značajno povećanje perinatalnog mortaliteta, neonatalnog mortaliteta, niti sniženog drugog Apgara (pet minuta po porođaju) nakon prolongiranog drugog doba porođaja. Povećano krvarenje imale su žene kod kojih je porođaj dovršen forcepsom, a drugo doba porođaja trajalo je više od tri sata. Nije nađeno da su djeca rođena iz brzih porođaja imala manje neuroloških oštećenja. Ipak, kod ozbiljno produljenog drugog porođajnog doba gdje postoje znakovi fetalne anoksije, epiziotomija može skratiti vremenski period u kojem je dijete ugroženo. No, ovdje je potreban individualni pristup, jer samo vrijeme trajanja drugog doba nema velikog značenja.

Dugoročne posljedice epiziotomije proučavane su u mnogim istraživanjima. Američki autori 2003. godine objavljaju rad o urinarnoj i fekalnoj inkontinenciji kod žena koje su imale porođajnu ozljedu analnog sfinktera. (13) Kod žena koje su imale ozbiljne ozljede porođajnog kanala u prvoj se postpartalnoj godini češće javlja analna i urinarna inkontinencija. Disfunkcionalnost anusa češće će se javiti nakon rupture 4. stupnja, nego 3. stupnja, medijalna epiziotomija snažno je povezana s oštećenjem analnog sfinktera, dok za mediolateralnu to nije slučaj. Više od pola žena navelo je pojavu urinarne inkontinencije zbog čega su morale prilagoditi način života i poduzeti niz mjeru kako bi spriječile nevoljno otjecanje urina.

Istraživanje iz 2004. godine uspoređuje više od 500 žena tri mjeseca nakon porođaja, raspoređenih u grupu s epiziotomijom i grupu s intaktnim perineumom. (14) Uspoređujući urinarnu i analnu inkontinenciju, te prolaps genitalnih organa, između dviju grupa nije bilo značajnih razlika. No dispareunija i perinealna bol značajno je bila češća u grupi žena s epiziotomijom. Autori zaključuju kako mediolateralna epiziotomija ne štiti od urinarne i analne inkontinencije, povezana je sa slabošću mišića male zdjelice, te također značajno povećava šanse za dispareuniju i perinealnu bol u odnosu na žene koje su imale spontane laceracije međice.

Grupa autora 2008. godine objavljuje istraživanje provedeno na ženama kojima je prošlo četiri godine od porođaja, s ciljem usporedbi rutinske i restriktivne epiziotomije. (16) Podaci su prikupljeni putem upitnika, a odnosili su se na analnu i urinarnu inkontinenciju, bolnost međice te bolnost spolnog odnosa (dispareunija). Na upitnik je odgovorilo 81% ispitanica kojima je to bio prvi porođaj, njih ukupno 627. Rezultati pokazuju kako je prevalencija urinarne inkontinencije, perinealne boli i

dispareunija jednaka kod obiju grupa, dok je analna inkontinencija statistički značajno češća u grupi s rutinskom epiziotomijom. Autori zaključuju kako politika rutinske epiziotomije ne štiti od analne i urinarne inkontinencije četiri godine nakon porođaja.

Mnoga znanstvena istraživanja ne otkrivaju ništa novo, te isti zaključak potvrđuju sustavni pregledi iz 2005. i 2009. godine. (15, 17) Autori navode kako klinički pokusi ne potvrđuju benefit rutinske epiziotomije u odnosu na restriktivnu. Relevantne studije konzistentno pokazuju kako rutinska epiziotomija nema utjecaja na smanjenje analne i urinarne inkontinencije. Također nema dokaza da epiziotomija smanjuje oštećenje seksualne funkcije. Naprotiv, žene koje su imale epiziotomiju češće navode bolan spolni odnos. Zaključuju kako se ishod porođaja s epiziotomijom može smatrati gorim nego bez epiziotomije, s obzirom na to da bi mnoge žene s rutinskom epiziotomijom vjerojatno imale manju spontanu rupturu perineuma umjesto kirurškog reza. Autori sustavnog pregleda iz 2009. godine navode kako restriktivna primjena epiziotomije ima brojne prednosti nad rutinskom primjenom, jer žene iskuse manju traumu perineuma, manja je potreba za kirurškim zbrinjavanjem rane (šivanjem), te je manje zabilježenih komplikacija tјedan dana postpartalno.

1.1.3. Operacijsko dovršenje vaginalnog porođaja i epiziotomija

Iako je prema znanstvenim dokazima danas sasvim jasno kako rutinska primjena epiziotomije u normalnom fiziološkom porođaju nema nikakva pravog temelja, odnosno nema benefita ni za majku ni za dijete, ipak su za slučaj operativnog dovršenja porođaja provedena u novije vrijeme u Engleskoj i Škotskoj dva istraživanja. (28, 29) Grupa autora provela je i randomiziranu kontroliranu studiju i prospektivnu kohortnu studiju. Slučajnim odabirom rođilje prvorotkinje su smještene u rutinsku ili restriktivnu grupu u trenutku kada je tijekom drugog porođajnog doba bilo indicirano operacijsko vaginalno dovršenje porođaja. Istraživanje kontrolirane nasumične studije na 200 prvorotkinja pokazalo je rezultate koji nisu bili statistički značajni, odnosno, na ovako malom uzorku nije bilo moguće doći do rezultata koji bi govorili za rutinsku ili restriktivnu primjenu epiziotomije. Razdori trećeg i četvrtog stupnja dogodili su se s malom razlikom u objema grupama, 8,1% u grupi s rutinskom vs 10,9% u grupi s restriktivnom epiziotomijom. Poslijeporođajno krvarenje 36,4% u grupi rutinske epiziotomije vs 26,7% u grupi restriktivne epiziotomije. Trauma novorođenčeta, urinarna inkontinencija i prolongirano kateteriziranje, fekalna inkontinencija, infekcija perineuma i produžen boravak u bolnici podjednako su se pojavili u objema grupama. Autori zaključuju kako je potrebno provesti

randomiziranu kontroliranu studiju na većem uzorku, jer njihova studija nije pružila konkretni dokaz da je kod operacijskog dovršenja vaginalnog porođaja bolje odabratи rutinski ili restriktivni pristup epiziotomiji.

U kohortnom istraživanju autori su obradili podatke 1.360 žena čiji su porođaji završili pomoću forcepsa ili vakuma, od kojih na 294 (21,6%) nije izvedena epiziotomija. Porođaj vakuumom rezultirao je manjom primjenom epiziotomije nego forceps (56,1% vs 89,4%). Ozljede analnog sfinktera nisu pokazale statistički značajnu razliku u objema grupama (9,9% s epiziotomijom vs 7,1% bez epiziotomije). U grupi s epiziotomijom bilo je više poslijeporođajnih krvarenja (28,5% vs 18,4% bez epiziotomije), veća potreba za analgeticima (90,5% vs 67,6% bez epiziotomije), infekcije medice (5,1% vs 1,4% bez epiziotomije) i nešto više neonatalne traume (38,1% vs 22% bez epiziotomije). Primjena epiziotomije nije smanjila rizik od zastoja ramena u porođaju (3,5% vs 1,7% bez epiziotomije). Zaključak je autora ove studije kako primjena epiziotomije ne umanjuje ali niti ne povećava rizik od razdora analnog sfinktera, no povezana je s većim morbiditetom majke i novorođenčeta. Uloga epiziotomije u operacijskom vaginalnom dovršenju porođaja treba biti evaluirana u kvalitetnoj nasumičnoj kontroliranoj studiji.

S druge strane, kako bi rastuća kontroverza oko epiziotomije i dalje rasla, nizozemska istraživanje oprečnog nalaza objavljeno 2007. godine obrađuje 28.000 operacijski dovršenih vaginalnih porođaja dobivenih iz Nizozemske nacionalne opstetričke baze (Dutch National Obstetric Database). (30) Prema dobivenim podacima, na 79% žena izvedena je epiziotomija kod porođaja vakuumom, dok je kod porođaja forcepsom epiziotomija primijenjena kod 89% žena. Rezultati su pokazali kako mediolateralna epiziotomija djeluje protektivno za ozbiljne ozljede perineuma i kod porođaja vakuumom i kod porođaja forcepsom. Broj epiziotomija koji treba učiniti kako bi se sprječila jedna ozljeda analnog sfinktera kod porođaja vakuumom iznosi dvanaest, dok kod porođaja forcepsom treba izvesti pet epiziotomija kako bi se sprječila jedna ozljeda analnog sfinktera. Autori u zaključku navode kako primiparitet i okcipitoposteriorna prezentacija glavice predstavljaju povišen rizik za ozbiljne ozljede medice, te zagovaraju liberalnu primjenu mediolateralne epiziotomije kod operacijskog dovršenja porođaja, i kod vakuuma i kod forcepsa, kako bi se sprječile ozljede analnog sfinktera.

1.1.4. Uvođenje znanstvenih spoznaja u kliničku praksu

Incidencija epiziotomije u kliničkoj praksi vrlo je različita, te varira u različitim državama i različitim institucijama. Znanstvene spoznaje o epiziotomiji godinama prikazuju rezultate koji ne idu u prilog rutinskoj primjeni, uz činjenicu

da medialna epiziotomija ukupno čini veću štetu nego korist. Takvi podaci kulminiraju JAMA i Cochrane sustavnim pregledima, te znanstvena zajednica u mnogim istraživanjima prati učestalost epiziotomije te uvođenje znanstvenih spoznaja u praksu.

Još 2000. godine grupa autora objavljuje podatke o prediktorima epiziotomije kod prvorotkinja, pokušavajući saznati koji čimbenici utječu na primjenu epiziotomije. Podaci su prikupljeni od 1.576 porođaja obavljenih u Brigham and Women's Hospital (USA). Nijedan čimbenik vezan uz opstetričke ili društvene uvjete nije utjecao na učestalost epiziotomije; glavni faktor koji zaista utječe na primjenu epiziotomije jest – stručna osoba koja nazoči porođaju. Rezultati su pokazali kako primalje učine epiziotomiju u 21% prvorotkinja, klinički liječnici 33%, dok privatni liječnici naprave čak 56% epiziotomija. (18)

Howden i suradnici 2004. godine objavljaju analizu porođaja tijekom petogodišnjeg razdoblja od 1995. do 2000. Obrađuju 27.702 poroda s više od 15.000 epiziotomija. U promatranom razdoblju incidencija epiziotomije pokazuje pad s 59,7% na 45%, dok za ukupno razdoblje iznosi 54,8%. Podatak koji je bio najupečatljiviji je onaj koji govori o izboru liječnika pri porođaju. Dok su bolnički liječnici imali 17,7% epiziotomija, privatni su liječnici pokazali kako epiziotomiju koriste u 67,1% slučajeva. Autori zaključuju kako je najsnažniji prediktor epiziotomije liječnik koji nazoči porođaju, s tim da žene koje imaju privatnog liječnika imaju sedam puta veću mogućnost za epiziotomiju. Autori također zaključuju kako privatni praktičari, unatoč znanstvenim preporukama za restriktivnu primjenu epiziotomije, drže vrlo visok postotak epiziotomija. (19)

Jedna manja studija iz 2001. godine, na 1.000 poroda, potvrdila je slične rezultate: 6% epiziotomija kod bolničkih liječnika, 26% kod privatnih liječnika. Međutim, ovi su autori promatrali i protekli staž liječnika, te došli do rezultata da liječnici koji rade duže od 15 godina češće primjenjuju epiziotomiju od liječnika koji imaju manje od 15 godina radnog iskustva (32% vs 22%). (20)

Postoje istraživanja koja pokazuju kako na mogućnost primjene epiziotomije ne utječe samo staž ili status liječnika, nego i doba dana, te poznaje li liječnik roditelju ili ne. Tako je jedno istraživanje iz 2008. godine pokazalo kako žene koje rađaju uz svog odabranog primarnog porodničara imaju znatno manje šanse za epiziotomiju nego one koje se prepuste skrbi dežurnog, njima do tada nepoznatog liječnika. (21) Isto istraživanje nalazi kako praktičari s manje od 10 godina iskustva imaju oko 15% epiziotomija, oni sa stažem od 11 do 20 godina imaju otprilike 25% epiziotomija, dok praktičari s preko 20 godina iskustva imaju čak 35% epiziotomija. Autori istraživanja o razlikama u praksi danju i noću nalaze kako je najveća mogućnost za primjenu epiziotomije usred dana, oko podneva, dok žena



koja rađa usred noći ima najmanje šanse za epiziotomiju. (22) Iz toga je moguće izvesti zaključak kako je pritisak da se porođaj ubrza mnogo veći tijekom dana, kada su porodničari opterećeni i mnogim drugim zadacima koje moraju obaviti u radno vrijeme, dok noću taj pritisak da se porođaj čim prije završi zapravo ne postoji. Ovi su autori došli i do spoznaje kako je postotak epiziotomija vrlo različit od bolnice do bolnice, u rasponu od 20 do 73%, stoga se može zaključiti kako je praksa vrlo neujednačena.

Sva istraživanja dolaze do teze da je zabrinjavajuća činjenica da neki praktičari uopće ne primjenjuju službene smjernice bazirane na znanstvenim dokazima, zaključuju kako je potrebno provođenje dodatnih edukacija za privatne porodničare, te za one koji imaju puno staža i potječu od generacije koja je epiziotomiju prigrlila kao rutinski postupak s protektivnom ulogom. Međutim, ono što je za rodilje najlošija vijest je činjenica da mogućnost primjene epiziotomije ne ovisi o tijeku njezina vlastita porođaja, nije značajno uvjetovana ni o medicinskim indikacijama, nego najviše o stručnoj osobi koja nazoči porođaju, uz

„politiku kuće“ kao vrlo moćan autoritet. Istraživanje grupe autora iz 1995. godine istražuje vjerovanja i ponašanje porodničara u kontroliranoj nasumičnoj studiji. (23) Rezultati pokazuju kako je šansa za intaktni perineum bila mnogo veća kod porodničara koji epiziotomiju vide kao nepoželjni zahvat (23% vs 11 do 13%). Porodničari koji vide epiziotomiju kao poželjni zahvat također su skloniji i svim drugim opstetričkim intervencijama nego njihovi kolege kojima je epiziotomija nepoželjna; u njihovoj grupi više je augmentacije porođaja te više žena rađa u litotomijskom položaju. Također, roditelje liječnika kojima je epiziotomija poželjna, imale su u poslijeporođajnom razdoblju veću bol u međicu te su bile manje zadovoljne svojim iskustvom porođaja. Autori zaključuju kako liječnici koji epiziotomiju smatraju poželjnom mnogo češće primjenjuju tehnike ubrzavanja porođaja, njihove roditelje imaju veće izglede za traumu perineuma i manje su zadovoljne svojim iskustvom porođaja. Dokazi da osobna uvjerenja liječnika utječu na ishod porođaja imaju i kliničke i istraživačke implikacije, smatraju autorи. Uputnik poslan porodničarima na ispunjavanje u istraživanju provedenom 1998. godine pokazao je prilično porazne rezultate. (24) Naime, samo 40% porodničara osjećalo je da je medicina temeljena na dokazima „vrlo primjenjiva u opstetričkoj praksi“. Neki porodničari smatraju kako medicina temeljena na dokazima ignorira kliničku praksu, kako je „biti dešnjak za porodničara važnije od znanosti“, a neki su smatrali kako postupanje po određenim smjernicama ugrožava autonomiju liječnika. Ovakvi stavovi dakako predstavljaju prepreku usvajanja prakse temeljene na znanstvenim dokazima, a autori istraživanja predlažu da dio školovanja liječnika uključuje kritičku analizu literature. Godinu dana kasnije objavljeno je istraživanje Cabane i suradnika – pregled razloga zbog kojih novi dokazi ili novoobjavljene kliničke smjernice ne ulaze u praksu. (25) Razlozi koje su otkrili vrlo su raznovrsni: manjak svjesnosti ili upućenosti glede najnovijih preporuka, neslaganje s preporukama, manjak samoefikasnosti kako bi se promijenila praksa, tromost i druge prepreke za promjenu prakse. Stručnjaci koji se ne slažu s preporukama imaju za to različite razloge, od mišljenja kako smjernice nisu temeljene na valjanim dokazima, osjećaja da su smjernice napravljene poput „kuharice“, mišljenja kako se smjernice ne mogu primijeniti na njihove pacijentice, te do mišljenja da rad po smjernicama neće donijeti očekivane poboljšane rezultate. Dok je razlog za neprihvaćanje od strane porodničara bilo mnogo, autori nisu dali preporuke kako bi se prevladale ove razne prepreke u prihvaćanju smjernica. Novije istraživanje iz Grčke, objavljeno 2009. godine, otkriva nove aspekte odbijanja prakse temeljene na dokazima. (26) Autori promatraju trenutnu praksu glede epiziotomije i zbrinjavanja ozljeda međice kod grčkih porodničara, te žele ocijeniti utjecaj informacija temeljenih na znanstvenim dokazima na svakodnevnu praksu. Nalaze kako 51% porodničara

rutinski izvodi epiziotomiju kod normalnog porođaja prvo-rotkinja, a 89% njih učini epiziotomiju prilikom operacijskog dovršenja porođaja (vakuum ekstrakcija). Nadalje, 42% porodničara izvodi lateralnu, 44% mediolateralnu, a 14% medijalnu epiziotomiju. Autori zapažaju kako razlike u maternalnoj skrbi među zemljama, te kulturološki aspekti utječu na kliničku praksu. Zaključuju kako grčki opstetričari preferiraju rutinski primjenu epiziotomije i kod normalnog i kod operacijski dovršenog porođaja. Trebalo bi provesti usvajanje novih smjernica, te u isto vrijeme uzeti u obzir radnu i kulturološku pozadinu.

Iz mnogih istraživanja može se zaključiti kako u različitim zemljama i regijama praksa urezivanja epiziotomije ima različitu zastupljenost i različiti pristup što se može smatrati društvenim i kulturološkim utjecajem. Bogatije zapadne zemlje brže usvajaju nova saznanja i nove smjernice; dok u jednoj zemlji epiziotomija bilježi pad još prije dvadesetak godina, u drugoj porodničari rutinski urezaju epiziotomiju gotovo kod svakog porođaja. Primjer tome je istraživanje iz Saudijske Arabije objavljeno 2014. godine, u kojem autor određuje dvije grupe, prvorotkinje (grupa rutinske epiziotomije) i višerotkinje (grupa restriktivne epiziotomije). (27) Ukupna incidencija epiziotomije je 51,20%, no zanimljivo je da je 100% (!) prvorotkinja imalo epiziotomiju, dok je u grupi višerotkinja epiziotomija urezana samo kod 4,69% žena. Autor zaključuje da bi trebalo uložiti trud kako bi se incidencija epiziotomije smanjila u grupi prvorotkinja.

1.1.5. Tehnika urezivanja epiziotomije

Različite rezultate raznih istraživanja možda bi se jednim dijelom moglo objasniti različitim načinom urezivanja epiziotomije. Istraživanje iz 2003. godine posvećeno je usporedbi urezivanja epiziotomije između 50 liječnika i 78 primalja. (31) Liječnici i primalje trebali su na piktogramu nacrtati savršenu mediolateralnu epiziotomiju. Pokazalo se kako je 46% liječnika i 33% primalja „urezalo“ epiziotomiju koja zadovoljava kriterije mediolateralne epiziotomije; počinje u središnjoj liniji i završava najmanje pod kutom od 40° od središnje linije. Istodobno 23% primalja i 2% porodničara nacrtalo je epiziotomiju koja je bila pod kutom od 30° i manje. Autori smatraju kako je teoretski rizik za ozljedu analnog sfinktera tim veći što je epiziotomija bliža medijalnoj liniji. Istraživanje iz 2005. godine također se bavilo promatranjem razlika urezivanja epiziotomije između primalja i liječnika, no u ovoj studiji mjerena je ožiljak kod 98 žena koje su imale mediolateralnu epiziotomiju. (32) U 58 slučajeva epiziotomiju je učinio liječnik, dok je u 40 slučajeva to izvela primalja. Mjerena su pokazala kako liječnici urezaju dulje i dublje epiziotomije od primalja. Samo 22% epiziotomija učinjenih od strane liječnika zadovoljavalo je kriterij mediolateralne epiziotomije, dok nijedna epiziotomija učinjena od strane primalja nije za-

dovoljavala kriterij mediolateralne epiziotomije. Ostatak epiziotomija bio je nagnut prema medialnoj liniji. Autori smatraju kako osoblje treba poseban trening i edukaciju kako bi usvojilo pravu tehniku izvođenja mediolateralne epiziotomije.

Druga je grupa autora 2006. godine provela istraživanje u kojem su pokušavali odgovoriti na pitanje o kutu epiziotomije i povezanosti s ozljedama analnog sfinktera. (33) Odabranih sto žena, koje su u posljednja tri mjeseca imale desnostranu mediolateralnu epiziotomiju, podijeljeno je u dvije grupe – grupu s ozljedom analnog sfinktera i kontrolnu grupu koja nije imala ozljedu analnog sfinktera. Mjerenja su pokazala da grupa s ozljedom sfinktera u prosjeku ima urez međice pod kutom od 30° , dok je kod kontrolne grupe taj kut iznosio 38° . Analiza je pokazala smanjenje relativnog rizika za 50% za rupturu trećeg stupnja, za svakih šest stupnjeva veće udaljenosti od medialne linije. Rezultati pokazuju kako je veći kut epiziotomije povezan sa smanjenim rizikom od rupture trećeg stupnja i mediolateralna epiziotomija treba biti učinjena pod što je većim kutom moguće, kako bi se minimalizirao rizik od ozljede analnog sfinktera. Različiti rezultati različitih istraživanja, osobito kada su posve oprečni, možda bi se mogli objasniti različitim tehnikama urezivanja epiziotomije, odnosno kutovima urezivanja, s obzirom na to približavanje epiziotomije medialnoj liniji moguće povećava rizik od ruptura 3. i 4. stupnja. Medijalna epiziotomija prema istraživanjima definitivno ne donosi benefit, već čak rezultira i dodatnim komplikacijama. Benefit mediolateralne i lateralne epiziotomije znanstveno nije dokazan, jer nema dovoljno velike niti dovoljno kvalitetne studije koja bi to potvrdila. To također vrijedi i za dugoročne posljedice epiziotomije, za koje se ne zna točno kakve su, jer malo koje istraživanje prati stanje žena više od jednu godinu poslije porođaja. Najviše zabrinjavaju rezultati istraživanja koja ukazuju kako razne varijacije epiziotomije ovise o stručnjaku koji je nazočan porođaju, „politici kuće“, pa čak i dobu dana odnosno trenutku u kojem se porođaj odvija. Činjenica da primjena epiziotomije više ovisi o pružatelju skrbi nego o pacijentici i njezinoj kliničkoj situaciji znanstveno je zajednici neprihvatljiva. Upitno je bi li dodatna edukacija osoblja postigla bolju porodničku praksu, s obzirom na to mnogi praktičari smatraju kako njihova osobna procjena ima veću težinu od znanstveno potvrđenih podataka i činjenica.

2. Zaključak

Mnogi znanstveni dokazi prikupljeni o epiziotomiji proteklih desetljeća pokazuju kako početno oduševljenje epiziotomijom i široko uvođenje u praksi u cijelom svijetu nije urođilo željenim i prepostavljenim dobrim rezultatima. Medijalna epiziotomija u tome je podbacila najviše, s obzi-

rom na to da postoji najviše znanstvenih dokaza o tome kako donosi visoki rizik za rupture 3. i 4. stupnja, ozljedu analnog sfinktera i dugoročnu fekalnu inkontinenciju, a ne postoji nijedan dokazani benefit. Za mediolateralnu i lateralnu epiziotomiju postoje oprečni nalazi znanstvenika kada se radi o primjeni u operativnom dovršenju vaginalnog porođaja, te je stoga potrebno provesti dodatna velika i kvalitetna istraživanja, kako bi se utvrdilo što je najbolje za ženu i za dijete.

Epiziotomija definitivno ne donosi dobrobit i zaštitni učinak za ishod stanja novorođenčeta, ne umanjuje neurološku ozljedu fetusa, ne popravlja anatomiju ženskih spolnih organa te ne smanjuje pojavnost analne i urinarne inkontinencije u kasnijem životu žene. Specifično za urinarnu inkontinenciju, protektivni učinak epiziotomije postao je pravi mit, pa je moguće i danas naći članke u kojima stručne osobe navode dobrobit epiziotomije kada se radi o sprečavanju urinarne inkontinencije.

Svaki tip epiziotomije umanjuje čvrstoću i cjelovitost mišića dna male zdjelice, te može biti uzrokom bolnog spolnog odnosa, dispareunije. Epiziotomija mnogo češće uzrokuje ovaj problem od spontanih laceracija međice i/ili rodnice. Ovaj je problem za žene višestruko neugodan, jer osim nemogućnosti ostvarivanja normalnog spolnog života, pripada u intimni dio života za koji žene najčešće ne traže stručnu pomoć zbog osjećaja nelagode i srama.

Utjecaj epiziotomije na disfunkcionalnost dna zdjelice i prolaps organa nije sasvim dokazana, s obzirom na to da ne postoji dovoljno veliko i kvalitetno istraživanje koje bi pratilo stanje žena godinama nakon porođaja. Gotovo je sigurno kako epiziotomija nema benefit što se tiče spuštanja i propadanja organa male zdjelice, jer se taj problem širokim uvođenjem epiziotomije u praksi nije ukupno umanjio.

Također, nema dokaza da stručnjaci koji sudjeluju u maternalnoj skrbi pravilno tehnički izvode rez na perineumu, stoga je i objašnjavanje rezultata primjene epiziotomije otežano, a u mnogim su istraživanjima dobiveni oprečni rezultati. Mnogi znanstvenici smatraju kako bi simulacijske vježbe timova doprinijele poboljšanju ispravnog tehničkog izvođenja epiziotomije. Edukacija čiji je cilj poboljšanje kvalitete rada za sada je pokazala pozitivne učinke, jednako što se tiče i znanja i samopouzdanja stručnog kadra. (34) Činjenica je da su u velikim centrima i među mlađim praktičarima znanstvene spoznaje o epiziotomiji mnogo brže prihvaćene, dok su manji centri, u manjim sredinama, i stariji praktičari bili neskloni prihvati preporuke za potpuno izbacivanje rutinske primjene epiziotomije i primijeniti preporučenu restriktivnu primjenu.

Obavezna ili vrlo česta primjena epiziotomije kod prvorotinja također ne daje dobre rezultate; drugo porođajno doba u prvorotinja naprsto po prirodi traje dulje nego

u višerotkinja i osoblje koje nazoči fiziološkom porođaju ne bi trebalo pribjeći epiziotomiji samo zbog toga da se porođaj čim prije završi. Produljeno drugo porođajno doba kod mnogih je prvorotkinja fiziološki tijek i ne utječe na kondiciju djeteta. (12) Epiziotomija učinjena kod prvog porođaja definitivno povećava rizik od rupture međice u sljedećim porodima, stoga valja misliti na to da se ženu zaštiti i sačuva za njezine buduće porođaje, a stručne osobe koje nazoče porođaju trebale bi zbog ovog saznanja dobiti ohrabrenje za restriktivnu primjenu epiziotomije kod prvorotkinja. (35)

Poboljšanju, odnosno smanjenju ukupne incidencije epiziotomija moglo bi doprinijeti pažljivo bilježenje broja epiziotomija po centrima, ali jednako tako i individualno. Prikupljeni podaci mogli bi se primijeniti za poboljšanje timova i individualnih stručnjaka koji bi osjetili potrebu i podstrek za poboljšanje vlastite prakse porađanja.

Danas medicina zasnovana na dokazima smatra kako bi manji centri trebali imati 10 do 20% epiziotomija, dok veliki centri, koji se susreću s više patoloških stanja u trudnoći i porođaju, ne bi trebali imati više od 30% epiziotomija.

Ovaj se rad ne bavi kulturološkim aspektima i položajem te ravnopravnošću žene u društvu, no to ne znači da ovi aspekti ne utječu na praksu rađanja i porađanja u nekoj zemlji. Činjenica da zdrava prvorotkinja Nizozemka ima manje od 10% šanse za epiziotomiju u prvom porođaju, a jednako zdrava prvorotkinja iz Saudijske Arabije ima 100% šansu za epiziotomiju, ne može se ignorirati. Mnogi podaci i radovi govore u prilog tome da sama medicina nije jedina koja utječe na porođajne prakse, pa tako i primjenu epiziotomije.

Eason i Feldman u svom radu iz 2000. godine zaključuju: „Metode prevencije perinealne traume uključuju izbjegavanje epiziotomije i usporavanje porađanja glavice kako bi se perineum imao vremena razvući.“ Također: „Trebali bismo napustiti konvencionalno učenje da je duže drugo porođajno doba škodljivo. Rutinska epiziotomija više nije preporučljiva. Sile koje mogu priječiti liječnike da prakticiraju tehnike temeljene na znanstvenim dokazima uključuju pritisak vremena, zabrinutost zbog tužbi, manjak iskustva s polaganim rastezanjem perineuma i interventni obrazac prakse. Promjene u praksi učinkovito se mogu predstaviti kroz pritisak korisnika, mišljenje vodećih stručnjaka te u centrima koji su nastavne baze, od strane osoblja istih centara.“ (36)

3. Literatura

1. <https://www.glowm.com/resources/glowm/cd/pages/v2/v2c069.html#his> (Pristupljeno 10. 5. 2015)
2. Thacker S. B, Banta H. D., „Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature“, 1860-1980. Obstet. Gynecol. Surv. 38(6), 322-338, 1983.
3. Green J. R., Soohoo S. L, „Factors associated with rectal injury in spontaneous deliveries“, Obstet. Gynecol. 73(5), 732-738, 1989.
4. Harrison R. F., Brennan M., North P. M., Reed J. V., Wickam E. A., „Is routine episiotomy necessary?“, Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.) 288(6435), 1971-1974, 1984.
5. Thorp J. M., Bowes W. A., Brame R. G., Cefalo R., „Selected use of midline episiotomy: effect on perineal trauma“, Obstet. Gynecol. 70(2), 587-590, 1987.
6. Labrecque M., Baillargeon L., Dallaire M., Tremblay A., Pinault J. J., Gingras S., „Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women“, Can. Med. Assoc. J. 156(6), 797-802, 1997.
7. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group, „Routine vs selective episiotomy: a randomized controlled trial“, Lancet 342, 1517-1518, 1993.
8. De Leeuw J. W., Struijk P. C., Vierhout M. E., Wallenburg H. C. S., „Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery“, Br. J. Obstet. Gynaecol. 108(4), 383-387, 2001.
9. Baumann O. M., Hammoud A.O., McNeely S.G., DeRose E., Kudish B., Hendrix S., „Factors associated with anal sphincter laceration in 40, 923 primiparous women“, Int. Urogynecol. J. 18, 985-990, 2007.
10. Schmitz T., Alberti C., Andriss B., Moutafoff C., Oury J. F., Sibony O., „Identification of women at high risk for severe perineal lacerations“, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014 Nov; 182: 11-5, 2014.
11. LaCross A., Groff M., Smaldone A., „Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis“, 2015 Jan-Feb; 60(1): 37-47, 2015.
12. Cohen W. R., „Influence of the duration of second stage labor on perinatal outcome and puerperal morbidity“, Obstet Gynecol 49: 266, 1977.
13. Fenner D. E., Genberg B., Brahma P., Marek L., DeLancey J. O., „Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States“, Am. J. Obstet. Gynecol. 189(6), 1543-1550, 2003.

14. Sartore A., De Seta F., Maso G., Pregazzi R., Grimaldi E., Guaschino S., „The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery“, *Obstet Gynecol.* 2004 Apr; 103(4): 669-73, 2004.
15. Hartmann K., Viswanathan M., Palmieri R., Gartlehner G., Thorp J. Jr., Lohr K. N., „Outcomes of routine episiotomy: a systematic review“, *JAMA*, 2005 May 4; 293(17): 2141-8, 2005.
16. Fritel X., Schaal J. P., Fauconnier A., Bertrand V., Levet C., Pigné A., „Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy“, *BJOG*. 2008 Jan; 115(2): 247-52, 2008.
17. Carroli G., Mignini L., „Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Systematic“, Review, 2009 Jan 21.
18. Robinson J. N., Norwitz E. R., Cohen A. P., Lieberman E., „Predictors of episiotomy use at first vaginal delivery“, *Obstet. Gynecol.* 96(2), 214-218, 2000.
19. Howden N. L., Weber A. M., Meyn L. A., „Episiotomy use among residents and faculty compared with private practitioners“, *Obstet. Gynecol.* 103(1), 114-118, 2004.
20. Goode K. T., Weiss P. M., Koller C., Kimmel S., Hess L. W., „Episiotomy rates in private vs resident service deliveries: a comparison“, *J. Reprod. Med.* 51(3), 190-192, 2006.
21. Gossett D. R., Dunsmoor Su R., „Episiotomy practice in a community hospital practice“, *J. Reprod. Med.* 53(10), 803-808, 2008.
22. Webb D. A., Culhane J., „Time of day variation in rates of obstetric intervention to assist in vaginal delivery“, *J. Epidemiol. Community Health* 56(8), 577-578, 2002.
23. Klein M. C., Kaczorowski J., Robbins J. M., Gauthier R. J., Jorgensen S.H., Joshi A. K., „Physicians beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for the women in their care“, *CMAJ* 153(6), 769-779, 1995.
24. Olatunbosun O.A., Eduoard L., Pierson R. A., „Physicians' attitudes toward evidence based obstetric practice: a questionnaire survey“, *Br. Med. J.* 316, 365-366, 1998.
25. Cabana M. D., Rand C. S., Powe N. R., Wu A. W., Wilson M. H., Abboud P.A., Rubin H. R., „Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement“, *JAMA* 282(15), 1458-1465, 1999.
26. Grigoriadis T., Athanasiou S., Zisou A., Antsaklis A., „Episiotomy and perineal repair practices among obstetricians in Greece“, *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 106(1), 27-29, 2009.
27. Saadia Z., „Rates and Indicators for Episiotomy in Modern Obstetrics – a study from Saudi Arabia“, *Mater Sociomed.* 2014 Jun; 26(3): 188-90, 2014.
28. Murphy D. J., Macleod M., Bahl R., Goyder K., Howarth L., Strachan B., „A randomized controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicenter pilot study“, *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 115, 1695-1703, 2008.
29. Macleod M., Strachan B., Bahl R., Howarth L., Goyder K., Van de Venne M., Murphy D. J., „A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery“, *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 115, 1688-1694, 2008.
30. De Leeuw J. W., De Wit C., Kuijken J. P. J. A., Bruinse H. W., „Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery“, *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 115, 104-108, 2008.
31. Tincello D. G., Williams A., Fowler G. E., Adams E. J., Richmond D. H., Alfirevic Z., „Differences in episiotomy technique between midwives and doctors“, *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 110, 1041-1044, 2003.
32. Andrews V., Thakar R., Sultan A. H., Jones P. W., „Are mediolateral episiotomies actually mediolateral?“, *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 112, 1156-1158, 2005.
33. Eogan M., Daly L., O'Connell P. R., O'Herlihy C., „Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury?“, *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 113(2), 190-194, 2006.
34. Boonyasai R. T., Windish D. M., Chakraborti C., Feldman L. S., Rubin H. R., Bass E. B., „Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians“, *JAMA* 298(9), 1023-1037, 2007.
35. Alperin M., Krohn M. A., Parviaainen K., „Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery“, *Obstet Gynecol.* 2008 Jun; 111(6): 1274-8, 2008.
36. Eason E., Feldman P., „Much ado about a little cut: is episiotomy worthwhile? Clinical commentary“, *Obstet. Gynecol.* 95(4), 616-618, 2000.

Distocija ramena – postoji li prostor za unapređenje prakse?

*Suzana Haramina,
prvostupnica primaljstva*

1. Uvod i pregled područja istraživanja

1.1. Pozadina područja istraživanja

Djelokrug rada primalje temelji se na „definiciji primalje“ koju je usvojila čelna organizacija svih primalja na globalnoj razini, Internacionalna konfederacija primalja (ICM). Ova definicija prepoznaje primalju kao odgovornog zdravstvenog djelatnika koji provodi djelokrug svog rada u partnerstvu sa ženom, pruža joj potrebnu emocionalnu podršku, skrb i savjete tijekom trudnoće, poroda i u periodu babinja. Primalje nadziru i vode fiziološke porode na vlastitu odgovornost, kao i novorođenačku skrb.

Primaljska skrb uključuje provođenje preventivnih mjera, promicanje fiziološkog poroda, pravovremeno uočavanje komplikacija u porodu kako bi se rođili neodgodivo pružila odgovarajuća pomoć. U iznimnim i teško predvidivim situacijama dužnost je primalje, u skladu s njenim kompetencijama, poduzeti hitne i učinkovite postupke s ciljem očuvanja zdravlja majke i novorođenčeta. (1)

Sukladno članku 3. Zakona o primaljstvu, svaka primalja u provođenju svoje djelatnosti obvezna je primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravila stanovništva i svakog pacijenta osobno. (2)

U Etičkom kodeksu primalja jasno je definirano kako je svaka primalja osobno odgovorna za svoj rad. Znači da odgovara za svoje postupke i propuste bez obzira na savjete i/ili upute drugih zdravstvenih djelatnika. (3)

Dužnost je svake primalje kontinuirano provođenje visokokvalitetne skrbi za žene, novorođenčad i njihove obitelji. Pružanje takve skrbi podrazumijeva primjenu sveobuhvatnih teorijskih spoznaja temeljenih na dokazima, kao i provođenje adekvatnih tehničkih vještina čijom će primjenom primaljska skrb biti učinkovita i sigurna.

Oni zdravstveni djelatnici koji su u svojoj praksi barem jednom vodili porod ili mu bili nazočni, a u kojem je došlo do prave distocije ramena, dobro će razumjeti sve probleme ovog hitnog stanja u porodu. U jednom trenutku sve je naizgled dobro, ali već u idućem trudu glavica ostaje

čvrsto priljubljena uz perineum ili se čak počinje uvlačiti (znak kornjače), a boja kože fetusa svakom se sekundom mijenja. Pojava strepnje i panike u takvim situacijama nisu rijetkost. Pojačani napor da se porode ramena i vrijeme koje prolazi od poroda glavice do poroda trupa čine se kao vječnost. Novorođenče vrlo često dobiva niske Apgar ocjene, te je često prijeko potrebna i reanimacija. Svi sudionici, uključujući na prvom mjestu majku i novorođenče, a potom i sve članove porodničkog tima, posebno one koji su vodili porod, bilo da se radi o primalji ili porodničaru, nakon takvih hitnih situacija u stanju su šoka. Primalje često imaju potrebu verbalizirati i pokazati svoje emocije, a nakon takvih iskustava nisu isključene ni moguće psihološke posljedice.

Takav učinak ne odnosi se samo na primalju ili porodničara koji su se direktno bavili postupcima prilikom distocije ramena, već i na ostale članove tima koji su na bilo koji način bili uključeni u porod s nepovoljnim ishodom.

U nekoliko navrata nazočila sam porodima u kojima je primjena sveobuhvatnih spoznaja u vezi distocije ramena, a na koje često u tim trenucima zaboravljamo, bila uistinu ozbiljno osporena. Nakon nekoliko takvih negativnih iskustava, razumno je da strah od distocije ramena kod nekih zdravstvenih djelatnika ostavlja dubok trag i ima snažan utjecaj na kvalitetu provođenja skrbi u porodu. Za neke pojedince, osim straha, teško je priznati i prihvati spoznaju vlastitih teorijskih i tehničkih ograničenosti koje su jedan od glavnih uzroka neučinkovitosti praktičara kod distocije ramena. Pitanje koje se svakom nakon takvog iskustva iznova ponavlja je kako reagirati idućeg puta kada se ponovi slična situacija? Realnost je da brojne primalje i porodničari na svojevrstan način strepe od poroda u kojem se očekuje makrosomno novorođenče upravo zbog distocije ramena. Kako ne bismo doživjeli izgaranje na poslu u našoj profesiji treba se suočiti s vlastitim strahovima. Jedino razmjenom iskustva, kontinuiranim praćenjem i primjenom novih spoznaja, kao i uvježbavanjem specifičnih vještina odagnat ćemo strahove, jer znanje je moć. Staloženost, hitan odabir i pravilno izvođenje intervencija zasigurno će umanjiti opseg štete koja bi mogla nastati uslijed distocije ramena.

Treba spomenuti da su primalje osobno odgovorne majci, obitelji, zajednici i zdravstvenom sustavu za kvalitetu provođenja primaljske skrbi, a cijeloživotno učenje trebalo bi biti neizostavan dio naše profesije. Smatram da su hitna stanja u porodništvu, tako i distocija ramena, stručan problem koji mora biti neizostavan dio mandatorne edukacije svih primalja i porodničara.

Kako osobna tako i stručna pozadina ovog hitnog stanja u porodništvu, bili su motiv ovog istraživanja. Distocija ramena javlja se izuzetno rijetko. Stoga ne začuđuje da mnoge primalje i porodničari nikada neće postati „stručnjaci“ u izvođenju postupaka prilikom tog hitnog stanja. Ta činjenica ne bi smjela biti opravdavanje nikome i zato primalje i porodničari u svakom trenutku moraju biti pripravni za ovo hitno stanje.

Nažalost, u svom dugogodišnjem radu u nekoliko sam navrata bila svjedok razornih fizičkih učinaka distocije ramena na novorođenčetu, a psihičkih za roditelje, primalje i porodničare. Unatoč velikom napretku u primaljstvu i porodništvu distocija ramena i nadalje ostaje „noćna mora“ za sve uključene zdravstvene djelatnike, a jednoznačno i efikasno rješenje tog problema još uvijek nije definirano. Isključivo maksimalnim i zajedničkim angažmanom, primjenom odabralih i uvježbanih intervencija pridonosi se boljtku majke i novorođenčeta.

Stoga sam odlučila da distocija ramena, teorijske spoznaje zdravstvenih djelatnika i sve ostale relevantne činjenice, kao što su dokumentacija i trening timova, budu predmet ovog istraživanja.

1.2. Definicija distocije ramena

Riječ distocija prvi puta je zabilježena početkom 18. stoljeća, a dolazi od grčke riječi *dustokia*, od *dus* = težak + *tokos* = porod. Termin distocija ramena prvi puta je opisana u medicinskoj i primaljskoj literaturi početkom 20. stoljeća. Međutim, u priručniku za primalje iz 1752. godine „Treatise on the Theory and Practice of Midwifery“ opisan je postupak oslobađanja fetalnih ramena u porodu. (4) Distocija ramena je termin koji opisuje neuspjeh napretka u porodu nakon što je porođena glavica, a koji nastaje uslijed insuficijentne rotacije ramena. Potrebno je prepoznati razliku između visoke ili uzdužne distocije ramena gdje se prednje rame ili oba ramena u uzdužnom položaju uklješte pod simfizu (ili/i promontorij), te duboku ili poprečnu gdje su ramena uklještena poprijeko na izlazu zdjelice. (5)

Od prvih zabilješki termina distocija ramena proizašle su mnoge definicije. Međutim, definicija distocije ramena i nadalje ostaje predmetom mnogih rasprava. Prvenstveno iz razloga jer ne postoji objektivna dijagnoza distocije ramena (6), a blaže oblike distocije ramena teže je dijagnosticirati

i definirati kao distociju jer se prvenstveno temelje na subjektivnoj procjeni praktičara. (7, 8)

Novije definicije uključuju definiciju Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) koji u svojim smjernicama definira distociju ramena kao vaginalni porod glavom koji zahtijeva dodatne opstetričke hватове nakon poroda glavice jer se njenom laganom trakcijom nije uspjelo poroditi prednje, a potom i stražnje rame. (9) Druge studije dodatno pojašnavaju ovu definiciju i njihovi autori zastupaju tezu da se o distociji ramena radi ako je interval od poroda glavice do poroda tijela novorođenčeta veći od šezdeset sekundi, a da se pritom koristi neki od opstetričkih hватova poput McRobertsovog položaja, suprapubičnog pritiska, unutarnjih rotacijskih hватova ili porađanja stražnje ručice. (10, 11) Nadalje, sukladno mišljenju nekih autora distocija ramena dodatno se definira kao „blaga“ ako je porod ramena nastupio primjenom samo McRobertsovog hвата i/ili suprapubičnog pritiska. (12) O „umjerenoj“ distociji ramena radi se kad se za oslobađanje ramena koriste rotacijski hватovi fetusa kao što je Rubin II (13), dok definicija „teške“ distocije podrazumijeva primjenu rotacijskih hватova i/ili ekstrakciju stražnje ručice. (12)

Ove definicije zanemaruju činjenicu da je porod fiziološki proces u kojem nakon ekspulzije glavice nisu potrebne nikakve daljnje intervencije u smislu vanjske rotacije i trakcije glavice. U idućem trudu koji nastupa, u intervalu ne dužem od 2 do 3 minute, dolazi spontano do rotacije glavice, potom poroda ramena, naposljetku i tijela novorođenčeta, naravno, uz uvjet da prije samog izgona nije zabilježena prijeteća asfiksija. Konzervativno tumačenje prirodnog procesa poroda ima utjecaj na dijagnosticiranje distocije po navedenim definicijama jer jedino u slučajevima kada u sljedećoj kontrakciji, nakon što je porođena glavica, ne dođe do ekspulzije tijela ove definicije postaju primjenjive. Dakle, primjenom prirodnog pristupa dijagnoza distocije ramena postaje objektivna, a ne ovisi o procjeni primalje ili porodničara. Treba napomenuti da je učestalost distocije ramena niža u ustanovama koje njeguju prirodan pristup porodu. (33)

Bez obzira na neujednačenost u definiranju distocije ramena, treba osvijestiti činjenicu da je ona rijedak, ali stvaran problem na čije rješavanje primalje i porodničari moraju biti spremni u svakom trenutku pružanja skrbi ženama u porodu.

1.3. Učestalost distocije ramena

Razlike u učestalosti distocije ramena pronađene u literaturi vjerojatno se javljaju s obzirom na definicije distocije ramena koje su korištene u istraživanjima, zbog razlika u odabiru i karakteristikama ispitanika, kao i nejednakostima u odabiru statističkih podataka korištenih

u istraživanjima.

Postoji mogućnost da su razlike prisutne s obzirom na način dovršenja poroda kod žena s visokim rizikom, dakle elektivan carski rez, a poznato je da se distocija ramena javlja samo kod vaginalnih poroda. I na kraju treba naglasiti da neujednačenost učestalosti distocije ramena postoji i s obzirom na primarnog pružatelja maternalne skrbi. Premda primalje i porodničari koriste iste postupke prilikom oslobađanja ramena kod distocije, primalje u svoj rad češće uključuju promjene položaja rodilje koristeći Gaskin položaj. Primaljska skrb uključuje primjenu komplementarnih metoda ako postoji i najmanji rizik distocije ramena, kao što je izbjegavanje ležećeg položaja u aktivnoj fazi prvog porodnog doba i u doba izgona, izbjegavanje pritiska na fundus i preveniranje hipoksije novorođenčeta odgođenim stezanjem i presijecanjem pupkovine. Ako je potrebna reanimacija novorođenčeta ona se provodi uz intaktnu pupkovinu, ponekad i „mužnju pupkovine“. Takav pristup nakon poroda pospješit će placentarnu transfuziju

koja je od izuzetnog značenja u korekciji hipovolemije.

Od ukupnog broja vaginalnih poroda u Sjedinjenim Američkim Državama distocija ramena se javlja u 0,2 do 3% (14). Studije koje su uključile najveći broj vaginalnih poroda (348.000 do 267.228) donose izvješća o učestalosti između 0,58 i 0,70%. Retrospektivna studija iz Australije i Novog Zelanda provedena na uzorku od 17.127 jednoplođnih vaginalnih poroda daje izvješće o 56 slučajeva distocije ramena što iznosi 0,3%. (15)

Tablica 1. daje uvid u učestalost distocije ramena kod vaginalnih poroda glavicom u dostupnim istraživanjima unazad deset godina. Kao što je prikazano u tablici, izvješća učestalosti distocije ramena variraju kroz istraživanja od 0,14 do 4%.

Tablica 1. Izvješće učestalosti distocije ramena u različitim istraživanjima

AUTOR	ZEMLJA	GODINA OBJAVE	BROJ PORODA	UČESTALOST DR (%)
Li N. i sur.	Kina	2015.	7.811	0,14%
Wang X. i sur.	Kina	2015.	44.580	0,26%
Malinowska - Polubiec A. i sur.	Poljska	2014.	28.485	0,16%
Overland A. E. i sur.	Norveška	2014.	2.014.956	0,73%
Chauhan S. P. i sur.	USA	2014.	46.637	2,5%
Burkhardt T. i sur.	Švicarska	2014.	12.794	1,14%
Ouzonian J. G. i sur.	USA	2013.	13.998	1,6%
Overland E. A.	Norveška	2012.	1.914.544	0,68%
Tsur A. i sur.	Izrael	2012.	240.189	0,2%
Revicky V. i sur.	UK	2012.	9.767	2,4%
Dood J. M. i sur	Australija	2012.	114.827	1,1%
Mansor A. i sur.	Malezija	2010.	899	4%
Fadl H. E. i sur.	Švedska	2010.	1.260.297	0,2%
Stein W. I sur.	Njemačka	2009.	8.576	1,6%
Rahman J. i sur.	Saudijska Arabija	2009.	32.312	0,32%
Moore H. i sur.	USA	2008.	1.126.593	2,3%
Christie L. i sur.	Jamajka	2008.	8.267	0,83%
Chauhan S. P. i sur.	USA	2007.	29.591	2%
MacKenzie I. Z. i sur.	UK	2007.	79.781	0,6%
Ouzounian J. G. i sur.	USA	2005.	267.228	0,6%

1.4. Čimbenici rizika

Čimbenici rizika nastanaka distocija fetalnih ramena dijele se na maternalno-fetalne i intrapartalne (Tablica 2).

Rezultati istraživanja govore da je distocija ramena povezana s fetalnom makrosomijom, dijabetesom i pretilošću trudnice. Fetalni rast je složen proces koji uključuje međudjelovanje majke, placente i fetusa. Porodna težina je rezultat genetskog potencijala, raspoloživog supstrata, majčinog i fetalnog endokrinog statusa čime je određen i intenzitet rasta. (16) Fetalna makrosomija se definira kao povećanje tjelesne mase novorođenčeta iznad 4.000 g u terminu, odnosno, dijete je veliko za dob (LGA – Large for Gestational Age) kada je iznad 90. centile za određenu gestacijsku dob. (17, 18) Konfiguracija fetalnog tijela ima veći značaj nego makrosomija sama po sebi. Novorođenče je veliko i disproportionalno. Velikog je trupa, širokih ramena u odnosu na veličinu glavice, većeg promjera ekstremiteta, veće debljine kožnog nabora i većeg udjela masti u ukupnoj težini. (19)

Viša stopa makrosomije javlja se kod trudnoća s gestacijskim dijabetesom. Prema literaturi gotovo 60% makrosomne novorođenčadi rađa se kod trudnica bez rizičnih čimbenika. Učestalost makrosomije je još uvijek visoka kod trudnica dijabetičarki i iznosi između 13,2 i 37,5%, a u nedijabetičkoj populaciji 10%.

U istraživanju koje su proveli Langer i suradnici potvrđeno je da je učestalost makrosomije (tjelesna mase >4.000 g) 7,6% kod roditelja s fiziološkom trudnoćom, dok kod žena s dijabetesom u trudnoći iznosi čak 20,6%. (24)

Makrosomija je istodobno združena s dobi majke (>30 godina), multiparitetom, prijašnjim porodima makrosomne djece, kod prenesenih trudnoća, adipozitetom majke, prekomernim prirastom tjelesne mase u trudnoći, gestacijskim dijabetesom i pregestacijskim dijabetesom. (20)

Nesbitt i suradnici potvrdili su svojim istraživanjem da učestalost distocije ramena kod fizioloških trudnoća proporcionalno raste s tjelesnom masom novorođenčadi. Od sveukupnog broja poroda novorođenčadi tjelesne mase

>3.500 g u 3% je došlo do distocije ramena. Taj postotak se podigao na 5,2% za novorođenčad od 4.000 do 4.250 g, 9,1% za one mase od 4.250 do 4.500 g, 14,3% za novorođenčad od 4.500 do 4.750 g, a čak 21,1% za one tjelesne mase od 4.750 do 5.000 g. Isti autori zaključuju da se učestalost distocije ramena povećava za 35 do 45% kod instrumentalnih dovršenja vaginalnih poroda. (21)

Ostali antepartalni čimbenici rizika uključuju prenošenu trudnoću, muški spol fetusa, stariju dob trudnice, nizak rast (<150 cm), abnormalnosti anatomije zdjelice, multiparitet, prekomjeran prirast tjelesne mase žene u trudnoći (>16 kg), anamnestički rađanje makrosomnog djeteta u prethodnim porodima i prethodnu distociju ramena. Čimbenici rizika u porodu uključuje produženu aktivnu fazu prvog porodnog doba, sekundarni zastoj poroda (dilatacija između 8 i 10 cm) i primjenu epiduralne anestezije.

Benedetti navodi da rizik od distocije ramena raste za 28 puta kada se vaginalni porod dovršava instrumentalnim putem nakon produženog trajanja drugog porodnog doba. (22) Bofill i suradnici su proveli randomizirano ispitivanje na uzorku od 637 trudnica. Tražila se povezanost distocije ramena s operativnim dovršenjem vaginalnog poroda. Jedna skupina je obuhvaćala porode dovršene forcepsom, a druga vakum ekstrakcijom. Stopa distocije ramena iznosila je 3,3% u obje skupine zajedno, a gotovo 75% slučajeva distocije bilo je povezano s primjenom vakum ekstraktora. (23)

Acker i suradnici su potvrdili svojim istraživanjem dvostruki porast učestalosti distocije ramena kod novorođenčadi tjelesne mase od 3.500 do 3.999 g čije su majke imale protrahirani ili inertan porod. Stopa distocije ramena ponovno je dvostruko porasla u slučajevima kada je porod dovršen primjenom vakum ekstraktora. (25)

Nasuprot prethodno navedenom, studije Lurie i suradnika, kao i McFarlanda i suradnika koji su testirali hipoteze da se distocija ramena može predvidjeti podacima o napretku u porodu s partograma, ukazuju na to da odstupanja u partogramu ne mogu biti klinički prediktori za kasniji razvoj distocije ramena. (26, 27)

MATERNALNO-FETALNI ČIMBENICI RIZIKA	INTRAPARTALNI ČIMBENICI RIZIKA
Makrosomija Dijabetes (gestacijski ili melitus) BMI trudnice >30 kg/m ² Nizak rast trudnice DR u ranijim porodima Abnormalnosti anatomije zdjelice Prenesena trudnoća Starija dob roditelje Muški spol fetusa Indukcija poroda	Prolongirana aktivna faza prvog porodnog doba Precipitatno drugo porodno doba (<20 min) Protrahirano drugo porodno doba • Bez regionalne anestezije (>2 h za prvorotke ili >1 h za višerotke) • Uz regionalnu anesteziju (> 3 h za prvorotke, > 2 h za višerotke) Instrumentalno dovršenje vaginalnog poroda (forceps ili vakum ekstrakcija) Oksistocinska augmentacija Sekundarni zastoj Neprikladna primjena postupaka (Kristellerov hvat) Epiduralna anestezija

Tablica 2. Čimbenici rizika



1.5. Može li se distocija ramena predvidjeti i prevenirati

Unatoč dobro definiranim čimbenicima rizika, distociju ramena nemoguće je predvidjeti. Poznato je da mnoge trudnice s višestrukim čimbenicima rizika kroz to iskustvo nikada neće proći, odnosno distocija ramena javlja se i kod trudnica bez ijednog prisutnog faktora rizika. Upravo iz tog razloga prisutnost faktora rizika ne smije poslužiti porodničarima i primaljama u svrhu točnog i pouzdanog predviđanja distocije ramena. Lewis i suradnici izradili su studiju kojom su željeli potvrditi predvidljivost distocije ramena pomoću podataka o prisutnosti prekonceptualnih i prenatalnih čimbenika rizika. U samo 25% opisanih slučajeva distocije ramena bio je prisutan barem jedan značajan faktor rizika. U ovoj studiji visina fundusa uterusa imala je pozitivnu prediktivnu vrijednost od samo 7,8%. Samo 32% roditelja bilo je pretilo (>90 kg), 25% je imalo prekomjeran prirast mase u trudnoći (>20 kg), 8% pacijentica bilo je niskog rasta (<150 cm), kod 6% radilo se o trudnoćama iznad 42 tjedna, 3% pacijentica su bile trudnice starije životne dobi, a 2% trudnica su anamnestički navele dijabetes u prethodnim trudnoćama. Zaključak studije je da je makrosomija jedini važan čimbenik povezan s distocijom ramena, čak i uz prisutnost ostalih značajnih faktora rizika. (28)

U prikazu slučaja isto tako je opisana teška distocija ramena kod poroda hipotrofičnog novorođenčeta. (29)

U svojoj retrospektivnoj studiji Burkhard i suradnici, na uzorku od 12.794 porođenih žena, procjenjivali su kvalitetu antropometrijskih mjera novorođenčeta s ciljem definiranja razlike u parametrima kojima bi se mogla predvidjeti distocija ramena. Kod svih žena anamnestički su zabilježeni podaci o ultrazvučnoj biometriji sedam dana prije poroda.

Analizirane su karakteristike biometrijskih parametara, biparijetalnog promjera, okcipitofrontalnog promjera, opsega glave, promjera abdomena, opsega abdomena i duljine femura. Izračunat je utjecaj nezavisnih faktora rizika i njihove kombinacije. Incidencija distocije ramena bila je 1,14%. Razlika između promjera abdomena i biparijetalnog promjera pokazala je značajan porast rizika, osjetljivosti 8,2%, specifičnost 98,8% po predloženoj razlici od $\geq 2,6$ cm. Međutim, pozitivna prediktivna vrijednost iznosila je svega 7,5%. Opseg abdomena kao pojedinačni parametar s određenih ≥ 35 cm imao je još slabiju pozitivnu prediktivnu vrijednost 2,6%. Omjer biparijetalnog promjera i okcipitofrontalnog promjera nije bio značajno različit između novorođenčadi rođenih nakon distocije ramena i onih bez. Kombinacija procijenjene težine fetusa, prisutnosti gestacijskog dijabetesa, spola fetusa i odnosa promjera abdomena i biparijetalnog promjera predstavljaju temelj individualne procjene rizika.

Stoga su autori zaključili da ultrazvučne antropometrijske mjere ne mogu biti pouzdan alat u probiru za procjenu rizika nastanka distocije ramena zbog niske pozitivne prediktivne vrijednosti. Međutim, razlika u promjeru abdomena i biparijetalnog promjera mogu se smatrati relevantnim faktorom rizika. (30, 31)

Li i suradnici su u svom istraživanju došli do zaključka da je distocija ramena nepredvidiva s obzirom na porodnu masu novorođenčeta. Na uzorku od 7.811 vaginalnih poroda rođeno je 213 makrosomne novorođenčadi. Od sveukupnog broja poroda distocija ramena zabilježena je u samo jednom slučaju makrosomnog novorođenčeta, dok u ostalih 10 slučajeva novorođenčad je bila prosječne tjelesne mase. Međutim, smatraju da se distocija ramena u nemakrosomne novorođenčadi može predvidjeti komparacijom ultrazvučnih parametara fetusa. (34)

Većina slučajeva distocije ramena nastaje bez značajnijih čimbenika rizika. Štoviše, čak i kada su u trudnoći prisutni faktori rizika u kombinaciji imaju nisku pozitivnu prediktivnu vrijednost 3,4%. (35) Stoga se može zaključiti da se distocija ramena ne može nikada pouzdano predvidjeti.

Proizlazi da uzrok distocije ramena treba tražiti u dinamici poroda, poslijedično mehaničkim uzrocima, a ne jednostavno predviđati na osnovu prisutnosti ili odsut-

nosti specifičnih antenatalnih i intrapartalnih kliničkih čimbenika rizika.

Usprkos brojnim istraživačkim radovima različitih autora koji pokušavaju definirati i opravdati čimbenike rizika povezane s distocijom ramena, a primarno da se njima otkrije kada je rizik dovoljno velik kako bi se porod dovršio carskim rezom još jednom treba naglasiti da ona kao hitno stanje u porodništvu ostaje nepredvidiva.

U svojim smjernicama ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists) daje preporuke da se kod trudnica s prethodnom distocijom ramena u anamnezi treba procijeniti težina fetusa, gestacijska dob, intolerancije glukoze i uvažiti opseg i težinu prethodnih neonatalnih ozljeda. Sve čimbenike treba uzeti u obzir i vrednovati kako rizike, tako i korist operativnog dovršenja poroda carskim rezom, te trudnici dopustiti informativni odabir. Isti izvor smatra da se planiranje elektivnog carskog reza smatra opravdanim kod trudnica bez dijabetesa i kod kojih je masa fetusa procijenjena na 5.000 g, odnosno 4.500 g kod žena s dijabetesom. (36)

Najnovije istraživanje govori (37) da indukcija poroda kod očekivane makrosomne novorođenčadi, kod trudnica sa i bez diagnosticanog dijabetesa u periodu između 37+0 gestacije i 38+6, značajno smanjuje rizik distocije ramena i morbiditet vezan uz distociju ($n = 8$) u odnosu na prirodno započeti porod ($n = 25$).

Nasuprot tome RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) u svojim smjernicama od prije desetak godina navodi da ne postoje dokazi kojima bi se indukcija poroda kod žena bez diagnosticanog dijabetesa i kod kojih se očekuje porod makrosomnog novorođenčeta smatrala opravdanom. Osim toga navode da se ne preporuča izvođenje elektivnog carskog reza kod iste skupine trudnica. (38)

Kod trudnica s dijabetesom indukcija dolazi u obzir u slučajevima vaskulopatije, nefropatije, loše regulirane glikemije i mrtvorođenosti u prethodnoj trudnoći. Za razliku od njih kod trudnica s dobro reguliranom glikemijom, ACOG smatra da je dopustivo sačekati spontani početak poroda do samog termina, ali ne i nadalje. Ako procjena težine fetusa kod trudnica s dijabetesom prelazi 4.500 g preporučuje se elektivan carski rez. (39)

Navti i suradnici na temelju rezultata svog istraživanja smatraju da je elektivan carski rez kod procjene fetalne težine >5.000 g opravdan izbor. Istodobno, na temelju rezultata, došli su i do zaključka da indukcija kod fetalne makrosomije ne umanjuje novorođenački morbiditet, a istovremeno je povezana sa značajno višom stopom hitnog carskog reza. Stoga ni ovi autori ne preporučuju indukciju poroda kod sumnje na fetalnu makrosomiju. (40)

Kao mjere opreza, neki su praktičari kod postojanja nekoliko rizičnih čimbenika u praksi uveli preventivno izvođenje hvatova. (66) Međutim, ostale studije govore da ne postoje jasne spoznaje koje podupiru ili opovrgavaju profilaktičko korištenje hvatova kako bi se prevenirala distocija ramena. (67)

1.6. Prevencija distocije ramena kroz pogled primalje

Mnogi udžbenici i izvori učenja za primalje i porodničare usredotočeni su u svojim sadržajima na intervencije i njihovo provođenje u slučajevima komplikacija u porodu. Primalje koje se danas smatraju zaštitnicama prirodnih procesa, kroz svoj rad i kritičkim razmišljanjem trebale bi težiti provođenju postupaka kojim će se situacija poput distocije ramena izbjegći, naravno, ako je to moguće. Iako je u nekim slučajevima distocija ramena neizbjegljiva, postoji mnogo jednostavnih primaljskih postupaka koji će smanjiti vjerojatnost da do distocije ramena dođe. Prije svega, roditelji treba osigurati neometani porod u ugodnoj atmosferi.

Na drugom mjestu je strpljenje primalje. Nakon potpune dilatacije cervikalnog ušća majke, fetusu treba određeno vrijeme kako bi se namjestio u najbolji položaj koji će mu omogućiti nesmetani prolaz kroz zdjelicu majke. Ako se taj priredni proces pokuša ubrzati poticanjem roditelje na prerano tiskanje, postoji izvjesna vjerojatnost da fetus neće moći izvesti suptilne kretnje namještanja. Kada se porodi glavica, u našim rodilištima slijedi vanjska rotacija koju potpomaže primalja, te potom oslobođanje prednjeg i stražnjeg ramena. Najčešće u tim trenucima praktičari ne razmišljaju ima li u tom trenutku roditelja trud ili nema. Upravo je taj trenutak od ključne važnosti. U nastojanju da se porod novorođenčeta završi čim prije možda upravo primalje pridonose nastanku distocije ramena. Tako dugo dok se naziru ikakve pozitivne promjene sa svakom kontrakcijom, ako kardio sonda bilježi uredan zapis i nema znakova prijeteće asfiksije, ne postoji potreba za vanjskom rotacijom glavice niti njenom trakcijom nakon toga. Ramena će se spontano sama rotirati s idućim trudom nakon čega će uslijediti i njihovo spontano rađanje. Od ključne je važnosti i položaj roditelje u porodu. U prirodnim nesmetanim porodima roditelja će zauzeti instinktivno položaj koji joj najviše odgovara. Međutim, kod roditelja koji imaju epiduralnu analgeziju poticanje pokreta i promjena položaja od izuzetne su važnosti. Rađanjem u ležećem ili polusjedećem položaju povećan je rizik nastanka distocije ramena s obzirom na to da se u tim položajima zdjelica ne može otvoriti, odnosno sakrum se ne pomiče unazad i trtica se ne može izravnati. Upravo u tim položajima najčešće rađaju roditelje s epiduralnom analgezijom. Međutim, većina roditelja moći će uz pomoć primalje ili pratnje zauzeti neki

od alternativnih položaja, a i današnji kreveti za rađanje su podesivi. Postoji mogućnost da se rodilja postavi u čučanj na krevetu ili zauzme klečeći položaj s prebačenim gornjim dijelom tijela preko kreveta unatoč nedostatnom osjetu u nogama. Ako je pokretanje rodilje uistinu teško, ležeći bočni položaj uvijek se može koristiti kao alternativa. Promjene položaja tijekom drugog porodnog doba mogu za rodilju biti izuzetno zahtjevne, ali istovremeno upravo te promjene položaja mogu napraviti razliku u ishodu.

U takvim okolnostima gdje se provode posve prirodni porodi u kojima duljina trajanja poroda, posebice drugog porodnog doba, nije ometana ubrzavanjem oksitocinskim infuzijama ili prijevremenim tiskanjem rodilje, te da se nakon poroda glavice čeka iduća kontrakcija kako bi se spontano rodila i ramena, učestalost distocije ramena je niža. (55)

Otvorena komunikacija, uvažavanje individualnosti i holistički pristup temelj su partnerskog odnosa rodilje i primalje kroz fiziološki porod, a nadasve u slučajevima intrapartalnih komplikacija.

1.7. Konsekvence distocije ramena

U literaturi se nalaze dokazi da određeni broj trudnica ima izvjestan strah od poroda, ali manje je poznato da strah od poroda imaju i primalje i porodničari, te kako njihov strah može biti uočljiv i imati utjecaj na rodilju o kojoj skrbe. Distocija ramena ne samo da plaši osoblje, već i roditelje, naročito ako prethodno nije uspostavljena dobra komunikacija.

Dahlen i suradnici ističu da primalje najviše strepe od smrti novorođenčeta, da će zbog njihovog pogrešnog izvođenja intervencije biti prouzročena šteta, plaše se hitnih slučajeva u porodništvu, smrti majke, boje se da se promatra i procjenjuje njihova učinkovitost, da su upravo one glavni uzrok negativnog iskustva poroda, plaše se invoviranosti u nepoznato, te strepe da će izgubiti strast i vjeru u prirođan porod. (41) Razmatranjem navedenih strahova primalja, ne začuđuje činjenica da distocija ramena, u kojoj gotovo svi navedeni strahovi mogu biti realizirani, ima značajan psihološki aspekt na njih kao primarnog pružatelja maternalne skrbi.

Osim toga, u literaturi su navedene i povrede praktičara kao, primjerice, ruptura tettive između trećeg i četvrtog prsta šake kojima je u porodu vršena trakcija glavice (47) te zadobivena ozljeda tzv. čekičasti prst (48) koja je nastala prilikom oslobađanja stražnje ručice. (49)

Osim psihološkog aspekta, ovo hitno stanje ima konsekvence na fizičko zdravlje majke i novorođenčeta. U konačnici distocija ramena nije ključan problem, već porodne ozljede majke i fetusa kojima ona može biti uzrok. Mortalitet varira između 16 i 48%. (32)

Literatura navodi da su ozljede mekog tkiva porodnog kanala majke najučestalije maternalne komplikacije nakon distocije ramena. Laceracije trećeg ili četvrtog stupnja te one koje nastaju po urezivanju epiziotomije također nisu rijetkost. Budući da se urezivanje epiziotomije ne smatra neophodnom intervencijom prilikom distocije ramena ove se komplikacije uistinu mogu izbjegći. Međutim, makrosomno novorođenče prolaskom kroz meki dio porodnog kanala samo po sebi može prouzročiti vrlo opsežne laceracije. Postpartalna krvarenja, čiji uzrok može biti atonija uterusa ili traume porodnog kanala, također su učestale. Atonija uterusa nastaje uslijed prerastegnutosti uterusa zbog makrosomije ili disfunkcionalne kontraktilnosti zbog mehaničke opstrukcije. Potencijalne dugoročne posljedice uključuju komplikacije zacjeljivanja epiziotomije, stvaranje rektovaginalnih fistula, dijastazu simfize sa ili bez prolazne femoralne neuropatije, dispareuniju te fekalnu i urinarnu inkontinenciju. (36, 42, 43) Dijastaza simfize i prolazna femoralna neuropatija mogu biti povezane s McRobertsovim hватом. (44)

Prijelom ključne kosti novorođenčeta najčešća je trauma u porodu i nije isključivo vezana uz distociju ramena. Smatra se da prijelom ključne kosti nastaje uslijed snažne kompresije simfize na rame i zato se ne može ni s čime prevenirati. Neki od prijeloma ključne kosti izravna su posljedica izvođenja suprapubičnog pritiska. Prijelomi ključne kosti obično se saniraju bez većih intervencija ili posljedica u neonatalnom periodu jer kalus nastaje brzo čak i u slučaju potpunog pomaka kosti na mjestu loma. Stoga je suprapubični pritisak opravдан postupak kod distocije ramena. Prijelom nadlaktične kosti, iako rijetko, posljedica je teškog oslobođanja stražnje ručice. Takvi prijelomi se tretiraju imobilizacijom u aduciranoj poziciji i također u potpunosti zarastaju u neonatalnom periodu.

Paralize brahijalnog pleksusa najčešće su komplikacije kod novorođenčeta vezane uz distociju ramena s učestalošću od 4 do 15%. (42, 43, 45) Do paralize brahijalnog pleksusa dolazi zbog mehaničkih povreda spinalnih korijena od 5. cervikalnog do 1. torakalnog živca. Ozljede gornjeg dijela brahijalnog pleksusa (C5 do C6) pogađaju mišiće u okolini ramena i lakta (mm. deltoideusa, supraspinatusa, infraspinatusa, bicepsa brahii, brachialis i brachioradialis), dok ozljede donjeg dijela pleksusa (C7 do C8 i Th1) ponajprije pogađaju mišiće podlaktice i šake.

Najčešća je Erb-Duchenne paraliza koja se javlja u 80% slučajeva. Očituje se kljenutošću mišića ruke i ramena. Ruka novorođenčeta je aducirana, ekstendirana u laktu, rotirana prema unutra s podlakticom u pronaciji i flektiranim zapešćem. Refleks hvatanja je prisutan. Ujedno se može pojavit i istostrana paraliza ošita.

Klumpkeova paraliza je ozljeda donjeg dijela brahijalnog pleksusa koja dovodi do paralize ruke i šake, često praćena istostranim Hornerovim sindromom (mioza, ptoza, anhidroza lica). Refleks hvatanja se ne može izazvati. To je rijetki tip oštećenja i češće se vidi kao dio kompletne Erb – Duchenne – Klumpkeove paralize koja ujedno predstavlja treći oblik u kojem je zahvaćena cijela ruka. Ona se ne može pomicati i obično kod kompletne paralize postoji gubitak osjeta, što govori u prilog razdora ili otrgnuća. Erbova i Klumpkeova paraliza obično ne dovode do oštećenja osjeta. (46)

Literatura navodi da istezanje živaca brahijalnog pleksusa uzrokuje prolazno ili trajno oštećenje. Uzrok tih oštećenja nalazi se u direktnoj kompresiji fetalnog ramena ispod simfize i/ili trakcije glavice dok je rame još uklješteno, odnosno devijacijama prilikom rotacija i trakcija. Unatoč spoznajama da je trakcija glavice glavni uzrok oštećenja, u trenucima panike i nastojanju da se što prije oslobođi rame, u najboljoj namjeri praktičari upravo tada rade pogrešku. (51) Umjerena trakcija glavice između hvatova treba biti usmjerena u ravnni s osi fetalne kralježnice. Ista se provodi samo kako bi praktičar evaluirao uspješnost provedenog hvata. Izvođenje trakcije u aksijalnoj ravnni znatno smanjuje rizik oštećenja brahijalnog pleksusa u odnosu na lateralnu trakciju usmjerenu prema dolje ili gore. (50) Opseg ozljede živca brahijalnog pleksusa ovisi o jačini i smjeru primijenjene sile trakcije, kao i o brzini kojom se trakcija primjenjuje. (52)

Crofts i suradnici su utvrdili da od ukupno 113 praktičara prilikom simuliranog treninga distocije ramena njih 75 primjenjuje daleko veću silu (za dvije trećine veću) nego tijekom simuliranog fiziološkog poroda. (53)

Učestalost ozljeda brahijalnog pleksusa, prema mišljenju Moragiannija i suradnika, povećava se s vremenskim intervalom drugog porodnog doba i precipitatnim porodom. (54) Učestalost ozljeda brahijalnog pleksusa bila je 5,4% (1 do 20 min), 4,4% (21 do 59 min) i 26,9% (60 do 180 min).

Međutim, u literaturi se isto tako spominje da značajan broj (više od polovice) paraliza brahijalnog pleksusa nije povezan uz distociju ramena. Kao mogući mehanizmi intrauterine ozljede spominju se porodne sile, neprilagođen stav fetusa, nedostatna rotacija ramena i efekt uklještenja stražnjeg ramena. Paralizu brahijalnog pleksusa mogu prouzročiti i uterine anomalije kao što su miomi i septumi uterus (57).

Rijetko su komplikacije distocije ramena neonatalna hipoksično ishemiska encefalopatija i smrt. Premda se mehanizam nedostatne opskrbe kisikom obično pripisuje promjenjivim kompresijama pupkovine tijekom distocije ramena u porodu Kotaski i suradnici smatraju da ne postoji mehanizam kojim distocija ramena sama po sebi uzrokuje

kompresiju pupkovine. Ističu da ako su fetalni otkucaji srca odudarali od fiziološkog prije izgona fetalna acidozu može progredirati odgađanjem poroda. (55) Međutim, isti autori smatraju da hipoksično ishemična encefalopatija kod distocije ramena nastaje mehanizmom različitim nego kod drugih poroda u kojima su čimbenici rizika drukčiji. Nakon poroda glavice ona je izložena atmosferskom pritisku. Dok rodilja ne tiska intrauterini pritisak je 10 do 15 mm Hg iznad atmosferskog pritiska. Takvo stanje omogućuje dostatan venski protok od glave prema srcu. Novim trudom intrauterini pritisak poraste na 60 do 80 mm Hg, a uz tiskanje rodilje čak i na 100 mm Hg iznad atmosferskog pritiska. Uz tako visok pritisak venska krv se ne može vraćati iz glave u srce fetusa i stoga prestaje cerebralna perfuzija. Naglo dolazi do hipoksije mozga i metaboličke acidemije. Kako bi sprječili ovu komplikaciju u slučajevima distocije ramena rodilji treba savjetovati da ne tiska aktivno između kontrakcija (kada se provode postupci oslobođanja ramena). Takvim pristupom osigurat će se dostatna cerebralna perfuzija. (56)

1.8. Hvatovi prilikom oslobođanja ramena i HELPPERR

Jednoznačni algoritmi u postupku prilikom distocije ramena na globalnoj razini ne postoje. Međutim, postoje brojne smjernice, a jedna od najčešće primjenjivanih je mnemonički HELPPERR. (62) On predstavlja klinički alat koji nudi strukturalni okvir u postupku prilikom distocije ramena. U praksi se primjenjuju tri vrste hvatova oslobođanja uklještenih ramena. Razlikuju se vanjski primarni ili majčinski hvatovi, unutarnji sekundarni vaginalni ili fetalni hvatovi i, naposlijetu, kombinirani abdominalno – vaginalni hvatovi. Hvatovi se provode kako bi se postigao jedan od navedenih ciljeva, kako bi se povećala funkcionalna veličina zdjelice izravnavanjem lumbalne lordoze i rotacije simfize u kranijalnom smjeru rodilje (58), smanjio biakromijalni promjer fetusovih ramena primjenom suprapubičnog pritiska, promjenio odnos biakromijalnog promjera unutar zdjelice izvođenjem fetalnih rotacijskih hvatova i zamjenio biakromijalni promjer aksiloakromijalnim promjerom porađanjem stražnje ručice. Redoslijed provođenja hvatova nije toliko važan kao njihova učinkovita i pravilna izvedba. Ustrajnost u izvođenju jednog nedjelotvornog hvata uvelike narušava sigurnost majke i fetusa. Kliničku prosudbu treba temeljiti na djelotvornosti hvata koji se izvodi. Preporuka je da je 30 do 60 sekundi dostačno vrijeme za izvođenje pojedinog hvata, premda izgleda kako je tri do pet minuta prekratak vremenski okvir da bi se izveli svi postupci navedeni u HELPPERR postupku.

Primaljska skrb u porodu, između ostalog, uključuje brzu identifikaciju odstupanja od fiziološkog i pravovremeno postavljanje dijagnoze distocije ramena. Jedan od objek-

tivnih pokazatelja distocije ramena koji se javlja u manjem broju takvih poroda je „znak kornjače“. Naime, kada se porodi glavica umjesto da započne vanjska rotacija ona se retrahira uz perineum. Već u tom trenutku praktičari moraju biti svjesni da pokušaj rotacije i prekomjerna trakcija glavice, kao i primjena pritiska na fundus, sigurno neće riješiti problem već naprotiv povećati rizik nastanka fetalnog oštećenja i trauma kod majke. (60, 61)

H = alarmirati cijeli medicinski tim

Kada standardna razina trakcije u aksijalnoj liniji ne oslobodi prednje rame, primalja ili porodničar moraju brzo reagirati i započeti s postupcima dok očekuju pomoći i obavještavaju obitelj o novonastaloj situaciji. Komunikacija s roditeljima i njenom pratinjom od izuzetne je važnosti. Sažeto i razgovijetno paru treba objasniti nastalu komplikaciju, kao i svrhu provođenja daljnjih postupaka. Sabrana i koncentrirana roditelja bolje će surađivati. Istovremeno roditelji treba savjetovati da ne tiska aktivno dok traju pripreme ili se izvode ručni hvatovi. Kod poroda stimuliranih oksitocinskom infuzijom treba odmah prekinuti njezino apliciranje. Neke smjernice predlažu da roditelji, ako je u nekom od alternativnih položaja za rađanje, treba pomoći da se postavi u položaj na leđa radi optimalnog izvođenja ručnih pomoći.

Kritični korak u postupcima pri distociji ramena je svjesnost svakog uključenog člana tima o njegovoj ulozi i odgovornosti. Uvažavanje je važna komponenta timskog rada. Članovi se međusobno uvažavaju bez obzira na veličinu njihovih uloga. Članovi tima su primalje, porodničari, neonatolozi, anesteziolozi i neonatološke primalje ili sestre. Vođa tima, koji je kod nas najčešće starija lječnička služba, usmjerava, strukturira i daje podršku ostalim članovima tima. Od izuzetne je važnosti da je vođa tima izabran i prihvачen od ostalih članova tima što je ranije moguće.

Kvalitete koje mora posjedovati vođa tima:

- ✓ uzajamno poštovanje, svjesnost o vlastitim ograničenjima
- ✓ otvorena i jasna komunikacija
- ✓ poštena i odgovorna osoba
- ✓ prihvaća konstruktivne povratne informacije
- ✓ daje objektivno mišljenja o uspješnosti provedenih postupaka
- ✓ nakon poroda evaluira sveukupni dojam na jasan i jezgrovit način
- ✓ vlada teorijskim spoznajama o distociji ramena.

Vođa tima određuje koji je član tima zadužen za praćenje vremena i ispunjavanje medicinske dokumentacije. Često u komunikaciji među članovima tima poruke nisu razumljive ili nisu dobro formulirane. Podjednako u trenucima panike poruke nisu usmjerene prema članu tima kojem su

namijenjene, stoga se može dogoditi da upravo određen član tima poruku nije čuo niti reagirao na nju. Nedostatna komunikacija učestali je uzrok neuspjeha.

E = EVALUACIJA EPIZIOTOMIJE

Potreba za urezivanjem epiziotomije u postupcima kod distocije ramena procjenjuje se na individualnoj osnovi. Primarni problem kod distocije ramena je uklještenje ramena ispod simfize. Stoga urezivanje epiziotomije, odnosno proširenje mekog dijela porodnog kanala, neće riješiti problem. S obzirom na to da se većina slučajeva distocije ramena rješava primjenom McRobertsovog hvata i suprapubičnog pritiska mnoge roditelje bit će pošteđene epiziotomije, osim u slučajevima kada se ukaže potreba za izvođenjem fetalnih hvatova. Činjenica je da je epiziotomiju vrlo teško urezati kada je glava fetusa čvrsto sljubljena uz perineum. Klinička prosudba i odluka o urezivanju epiziotomije na osnovu čimbenika rizika za distociju ramena (primjerice, kod očekivane fetalne makrosomije) smatra se opravdanom prije poroda glavice.

Unatoč povijesnim stavovima da se urezivanjem epiziotomije prilikom distocije ramena prevenira paraliza brahijalnog pleksusa, noviji trendovi epiziotomiju ne sugeriraju i ne pronalaze nikakvu korist od takve prakse. (63) Sustavni pregled literature napravljen je kako bi se ispitala učinkovitost epiziotomije u prevenciji i postupcima kod distocije ramena. Dokazi koji podržavaju opravdanost i učinkovitost epiziotomije nisu pronađeni. Ovakav zaključak donosi velike kliničke i pravne implikacije kako za porodničare tako i za primalje. (64)

U literaturi se navodi da su kod poroda s distocijom ramena znatno manje traume novorođenčeta (paralize brahijalnog pleksusa) i majke (ruptura analnog sfinktera) ako se fetalni hvatovi izvode bez epiziotomije u odnosu na porode kod kojih je urezana epiziotomija. (65)

L = MCROBERTSOV HVAT

Jednostavnost izvođenja McRobertsovog hvata i njegova dokazana učinkovitost postavljuju ga na prvo mjesto postupaka kod distocije ramena. Koller 1948. godine, a potom i McRoberts, opisuju hvat hiperfleksije nogu. McRobertsov hват ne mijenja stvarne dimenzije majčine zdjelice. Mehanički učinak McRoberta sastoji se u pozicioniraju zdjelice za oko 15° čime se i simfiza rotira u kranijalnom smjeru za oko 1 cm uz istodobno izravnjavanje promotorija. (70) Ove kretnje pogurnut će stražnje rame iznad promotorija nakon čega će ono skliznuti u sakralnu jamu, a istodobno će se simfiza rotirati iznad uklještenog ramena. Smatra se da se uspješnost McRobertsovog hvata (kao jedine metode ili uz suprapubični pritisak) kreće između 42 i 90%. (38, 66, 67) McRobertsov hvat ima nisku stopu komplikacija, stoga ga i mnoge smjernice navode kao inicijalni hvat. Unatoč tome neki autori ukazuju na opreznu primjenu s obzirom

na hiperfleksiju nogu jer upravo takav položaj je povezan s prekomjernom silom trakcije koja dovodi do povećanog rizika od paralize brahijalnog pleksusa. (69)

P = SUPRAPUBIČNI PRITISAK

Svrha suprapubičnog pritiska je smanjiti biakromijalni dijametar fetusa adukcijom ramena i rotacijom prednjeg ramena u kosi položaj. Suprapubični pritisak izvodi se stavljanjem ruku u CPR položaj iznad simfize rodilje, u nastojanju da se pritisak izvrši na posteriorni aspekt prednjeg ramena. Pritisak se može izvoditi kontinuirano ili ciklusom kompresija i opuštanja u lateralnoj direkciji do 60 sekundi. O namještaju fetusa ovisi smjer izvođenja suprapubičnog pritiska. Rutinska trakcija glavice izvodi se isključivo u aksijalnoj ravnini u kratkotrajnim pauzama kako bi se evaluirala uspješnost hvata. Suprapubični pritisak često se izvodi uz McRobertsov hvat.

E = UNUTARNJI ROTACIJSKI HVATOVI

Unutarnji vaginalni su rotacijski hватovi i hvat po Barnumu. Cilj rotacijskih hватova je unutarnja rotacijska lateropozicija ramena s ciljem otklještenja ramena i porodu istog u jednom od kosi promjera. Rubin II hvat sastoji se od umetanja prstiju dominantne ruke primalje ili porodničara na stražnju stranu prednjeg ramena fetusa čime se nastoji fetalno rame rotirati prema njegovim prsim. Adukcijom ramena automatski će se smanjiti biakromijalni promjer. Tijekom ovog hvata može se istovremeno izvoditi i McRobertsov. (71) Rotacija za 30° uz Rubin II omogućiti će dodatnih 2 cm prostora. (70)

Kada je Rubin II hvat neuspješan, sljedeća opcija je izvođenje Woodsovog tzv. „vadičep hvata“. Praktičar uvodi dva prsta u vaginu rodilje i poseže za prednjom stranom stražnjeg ramena primjenjujući blagi pritisak u istom smjeru kao i s Rubin II hватom. Takvim gibanjem stvara se učinkovitija rotacija. Ova dva hвата mogu se izvoditi zasebno ili u kombinaciji. Ovaj korak oslobađanja ramena često je teško izvesti zbog ograničenog prostora za uvođenje prstiju praktičara u rodnicu. Kontroliranu trakciju u aksijalnoj liniji ponovno treba izvoditi samo kako bi se evaluirala uspješnost hvata.

Ako kombinacija ovih dvaju hвата nije oslobođila rame, može se pokušati primijeniti obrnuti Woodsov hvat. U tom hватu prsti se praktičara nalaze na stražnjoj strani stražnjeg ramena i rame se pokušava rotirati u suprotnom smjeru od Rubin II ili Woodsovog hвata. Obrnuti Woodsov hват je identičan Rubin II hватu, s razlikom što se on izvodi na stražnjem ramenu. Cilj ovog hвата je adukcija stražnjeg ramena.

R = OSLOBAĐANJE STRAŽNJE RUČICE

Barnumov hvat oslobađanja stražnje ručice primjenjivan je u praksi kod distocije ramena kada McRobertsov hват i suprapubični pritisak nisu bili utvrđeni. Njegova pogodnost temelji se na činjenici oko 20% smanjenja 13 cm širokog

biakromijalnog promjera u 11 cm aksiloakromijalni promjer. Oslobađanje stražnje ručice uključuje stavljanje ruke praktičara u vaginu i lociranja ručice fetusa koja se mora postaviti u anteriorni položaj ako nije u njemu. Možda će se činiti da je izuzetno teško izvedivo uesti ruku, ručni zglob i podlakticu u vaginu rodilje. Sakupljanjem prstiju ruke kao da se stavlja narukvica, dobrom lubrikacijom i činjenicom da se ruka uvlači u sakralnu jamu u kojoj ima najviše prostora, ova intervencija je uistinu izvediva. Ruka fetusa mora se napipati ili praktičar mora izvršiti pritisak na antekubitalnu jamu kako bi se ona flektirala na prsa fetusa i time olakšala hvatanje stražnje ručice. Fetalni ručni zglob hvata se između kažiprsta i srednjeg prsta praktičara, a ručica se povlači u brišućem pokretu iznad prsnog koša fetusa prema gore u ravnoj liniji. Sama nadlaktica se ne smije povlačiti jer uz takvo izvlačenje ručice, frakture humerusa su češće. Kada se porodi stražnja ručica, primjeni se lagana trakcija u aksijalnoj liniji kako bi se evaluirala uspješnost hvata. Često se fetus spontano rotira, a prednje rame tada će skliznuti pod simfizu i poroditi se. (71, 72)

Ako hват nije uspješan glavicu treba podržavati i nježno rotirati za 180° , te će tako stražnje rame postati novo prednje rame i naći se ispod simfize.

R = GASKIN POLOŽAJ

Gaskin, položaj na „sve 4“ ili, kako ga neki autori nazivaju, obrnuti McRoberts, u praksi je uvela primalja Ina May Gaskin. Radi se o koljeno lakatnom položaju koji proširuje zdjelicu za 30% i time olakšava otklještenje ramena prvenstveno djelovanjem gravitacijske sile i mogućnošću manipulacije u sakralnoj jami. (73) Promjeri zdjelice se povećavaju kada rodilja promijeni položaj iz ležećeg ili polusjedećeg u neki od alternativnih. Rotacijom rodilje u Gaskin položaj conjugata vera povećava se za 10 mm, a sagitalna mjera izlaza zdjelice za 20 mm. Gaskin položaj je siguran, brz i učinkovit način oslobađanja ramena. Kompatibilan je sa svim vaginalnim manipulacijama koje se primjenjuju kod oslobađanja ramena. Ovakav položaj rodilje zbušujući je za praktičare koji ne primjenjuju alternativne položaje za rađanje, kao čučeći ili klečeći položaj. Teže ga je primjeniti kod rodilja s epiduralnom analgezijom ili visokim BMI. Postavljanjem rodilje u Gaskin položaj porod će uslijediti otprilike za dvije do tri minute u više od 80% poroda. (74)

Ako primjenom postupaka navedenih u Helperru nije došlo do oslobađanja ramena mogu se primjeniti intervencije „krajnje nužde“ koje su povezane s najvišim stopama fetalnih ozljeda i trauma majke. (77) Ti postupci uključuju hotimičan prijelom ključne kosti, Zavanellijev hват, histerotomijom asistirani vaginalni porod i simfiziotomiju. Zavanellijev hват je tzv. „cephalic replacement“ kojim se vraća glavica u zdjelicu slijedeći povratni porodni mehanizam II. porodnog doba kako bi se sekundarnim carskim

rezom rodilo dijete. Zavanellijev hvat se preporučuje kod bilateralne distocije, a literatura navodi njegovu primjenu i kod distocije stražnjeg ramena. (75) Mnogobrojne porodne povrede novorođenčeta kao dislokacije cervicalnih kralježaka povezane su uz primjenu Zavanellijevog hvata. (76)

DOKUMENTACIJA

Od izuzetne je važnosti nakon poroda dokumentirati sve provedene postupke. Kod distocije ramena, naročito ako se postavi dijagnoza trajnih neuroloških oštećenja novorođenčeta, nagađanja o njihovom uzroku ili nepotpuna dokumentacija koja je forenzički dokaz znatno otežavaju obranu u sudskim parnicama. Dokumentacija o postupcima prilikom distocije ramena uključuje (78):

- ✓ Kada i kako je dijagnosticirana distocija ramena.
- ✓ Podatke s partograma o tijeku poroda.
- ✓ Prisutnost „znaka kornjače“.
- ✓ Položaj i rotaciju glavice.
- ✓ Evaluaciju epiziotomije ili vrsta epiziotomije.
- ✓ Primjenu epiduralne anestezije u porodu.
- ✓ Procjenu sile trakcije i u kojem vremenskom intervalu je izvođena.
- ✓ Hvatove, trajanje hvatova i njihovu evaluaciju.
- ✓ Trajanje postupka oslobađanja ramena.
- ✓ Dokumentaciju pelvimetrije prije poroda.
- ✓ Procjenu novorođenčeta po Apgar scoru, pH pupkovine.
- ✓ Informacije koje su date roditelji kada je distocija ramena dijagnosticirana.
- ✓ Osoblje koje je bilo uključeno u porod.

2. Rasprava

Hitna stanja u porodništvu, uključujući i distociju ramena, zahtijevaju brz i koordinirani odgovor svih članova multiprofesionalnog tima.

U provođenju pravovremenih i pravilnih postupaka do izražaja dolaze kako manualne vještine, tako i teorijska znanja praktičara koja bi morala biti temeljena na dokazima.

Slabost ovog istraživanja proizlazi iz činjenice da je distocija ramena problem praktične naravi, dok su se kroz anketu ispitivale samo teorijske osnove o distociji ramena. Međutim, teorija i praksa su tjesno povezane, jer sve teorije se rađaju kroz praksu, potvrđuju istraživanjima i ponovno implementiraju u praksi. Dakle, rezultati ovog istraživanja dali su odgovore kakva su teorijska znanja ispitnika o distociji ramena i postupcima koji se provode prilikom oslobađanja ramena. Stoga se nameće pitanje kako će član tima reagirati u stvarnim situacijama ako su njegove teorijske osnove nedostatne.

Nadalje, nakon poroda komplikiranog distocijom ramena neizostavna je obveza porodničara i primalja savjesno unošenje svih relevantnih podataka u medicinsku i primaljsku dokumentaciju. Najvažniji i najučestaliji uzrok pokretanja sudskih parnica u porodništvu diljem svijeta su peripartalne i dugoročne posljedice kod novorođenčeta te komplikacije kod majke. Moramo osvijestiti činjenicu da medicinska i primaljska dokumentacija predstavlja dio forenzičnog materijala. Dakle na svojevrstan način ovim istraživanjem procijenjena je i sposobnost članova tima o savjesnom i pravilnom unošenju relevantnih podataka u dokumentaciju.

Premda su u literaturi navedeni brojni antepartalni i intrapartalni čimbenici rizika kojima se može predvidjeti distocija ramena, ona i nadalje ostaje nepredvidljiva i ne može se prevenirati. Ovo istraživanje govori da gotovo polovina ispitanika 54 (47%) smatra da se distociju ramena može predvidjeti i prevenirati. Istraživanjem nije dobiven odgovor na pitanje kojim postupcima bi ispitanici prevenirali ovo hitno stanje i koji bi bio „cost benefit“ takvih postupaka, odnosno kako bi ispitanici reagirali u slučajevima distocije ramena u porodu gdje nije zabilježen niti jedan čimbenik rizika. Sukladno tome, svi zdravstveni djelatnici koji pružaju skrb ženi u porodu u svakom trenutku moraju biti spremni na provođenje hitnih i adekvatnih postupaka u slučajevima ovog stanja, a ne samo u slučajevima kada su prisutni faktori rizika.

U 21 upitniku (28%) u kojem su ispitanici zatraženi da prema vlastitom znanju i iskustvu navedu prva tri postupka prilikom distocije ramena ispitanici nisu naveli niti jedan odgovor. U pitanje se dovodi teorijsko znanje ispitanika koje oni moraju posjedovati u ključnim situacijama kako bi pravovremeno i primjereno pružili skrb roditelji. Zabrinjavajuća je činjenica da najveći udio tih ispitanika čine primalje srednje stručne spreme 18 (86%) koje su danas još uvijek najbrojnija profesija u našim radaonicama, a isto tako niti 2 (9%) prvostupnice primaljstva nisu ponudile niti jedan odgovor.

McRobertsov hvat i supraprubični pritisak, koji se općenito navode kao prvi postupci prilikom distocije ramena, i u ovom istraživanju su sugerirani od strane ispitanika kao vodeće intervencije. Postavljanje roditelje u „all four“ poziciju, koju navode uglavnom primalje, prema ovoj anketi nalazi se na trećem mjestu. Iako se u literaturi navodi da se premještanjem roditelje u Gaskin položaj rješava 80% slučajeva distocije ramena, upitno je kako su ga naše primalje navele kao treću intervenciju s obzirom na to da je poznato kako je u našim radaonicama još uvijek najzastupljeniji ležeći položaj roditelje u izgonu. Prema rezultatima istraživanja slijedi oslobađanje stražnje ručice, dok su vaginalni hvatovi koji se prema postupniku u Helperru nalaze ispred prednje navedenog postupka, navode samo devet puta (4%). Poziv u pomoć naveden je u 21 navratu

(9%), a evaluacija epiziotomije kao postupak spomenuta je 11 puta (5%). Razlog takvih rezultata vjerojatno leži u činjenici da je u našim rađaonicama uglavnom uz primalje na porodu nazočan i liječnik koji će pozvati u pomoć ako ona bude potrebna. Premda kod nas pada stopa urezivanja epiziotomija, najveći broj je urezan prije nego se distocija ramena dijagnosticira, naročito u slučajevima kada se očekuje porod makrosomnog novorođenčeta. Iako je poznato da je distocija ramena problem vezan uz koštani dio porodnog kanala, a ne mekog tkiva, i da istraživanja govore kako je urezivanje epiziotomije kod distocije ramena povezano s višom stopom povreda brahijalnog pleksusa novorođenčeta i trauma majke, urezivanje epiziotomije kao obavezan postupak navodi 42 (37%) ispitanika. Nakon postavljanja dijagnoze distocije ramena rodilju treba savjetovati da aktivno ne tiska dok traju pripreme ili se izvode ručne pomoći, jer će kontinuirano aktivno tiskanje i/ili primjena pritiska na fundus još jače uklještiti rame i situaciju učiniti još nepovoljnijom. Trideset i četiri ispitanika ovog istraživanja (30%) smatra da je kontinuirano aktivno tiskanje rodilje opravdano. Pridruži li se tome i broj od trinaest ispitanika (11%) koji ne zna odgovor rezultat se može smatrati poražavajućim.

Najčešće naveden položaj rodilje u postupku prilikom distocije ramena, prema ovom istraživanju, je ležeći položaj s flektiranim nogama u koljenima koji se i primjenjuje u većini fizioloških poroda. Ovakav rezultat se kosi s analizom podataka u kojima su ispitanici trebali navesti tri intervencije kod distocije ramena, a gdje se na prvom mjestu našao McRobertsov hvat. Stoga se postavlja pitanje razlikuje li većina ispitanika ležeći položaj s flektiranim nogama u koljenima i položaj rodilje prilikom izvođenja McRobertsovog hvata. Rezultati istraživanja ukazuju da 13 (42%) prvostupnica primaljstva i 22 primalje srednje stručne spreme (44%) smatraju upravo taj položaj najučinkovitijim položajem rodilje u postupku prilikom distocije ramena.

Odmah potom je naveden Gaskin položaj, dok McRobertsov hvat najučinkovitijim smatra 26 (24%) ispitanika.

Prvostupnice primaljstva i sestrinstva, primalje srednje stručne spreme i studentice primaljstva na drugom mjestu navode Gaskin kao najučinkovitiji. Realno gledajući Gaskin položaj je identičan obrnutom McRobertsovom hvatu. Naime, radi se o koljeno lakanom položaju koji proširuje kapacitet zdjelišta za 30% i time olakšava otklještenje ramena prvenstveno djelovanjem gravitacijske sile i mogućnošću manipulacije u sakralnoj jami. (73) Rotacijom rodilje u Gaskin manevr conjugata vera povećava se za 10 mm, a sagitalna mjera izlaza zdjelice za 20 mm. Prema ovom istraživanju 106 ispitanika (93%) netočno navodi podatak o proširenju kapaciteta zdjelice stavljanjem rodilje u Gaskin položaj. Unatoč tome, idealno bi bilo kada bi u našim rađaonicama, kao što je slučaj u razvijenim zemljama, više pažnje bilo posvećeno alterna-

tivnim položajima rađanja. Osobno je uvjerenje autorice ovog rada da bi takvim pristupom u pružanju skrbi ženi bilo omogućeno da zauzme onaj položaj rađanja koji joj nalaže govor tijela. Time bi rodilje maksimalno iskoristile osobne potencijale, a ujedno i same preventivne nastanak komplikacija. No treba spomenuti da je ponekad postavljanje pretlijih rodilja i onih rodilja kod kojih se primjenjuje epiduralna analgezija u Gaskin položaj otežano iz tehničkih razloga. Čučeći položaj i Gaskin položaj prikladni su kod mobilnih rodilja, a primalje ih u svijetu često primjenjuju u kućama za porode i kućnim porodima. No u bolničkim je okruženjima još uvijek McRobertsov hvat, prvi i najzastupljeniji položaj izbora kod distocije ramena.

McRobertsov hvat preferiraju specijalizanti i specijalisti ginekologije i porodništva. Prema stručnoj literaturi tehnička jednostavnost McRobertsovog hvata, njegova dokazana učinkovitost i lakoća kojom se pamti izvođenje, čine ga idealnim prvim korakom kod distocije prednjeg ramena. McRobertsov hvat ne mijenja stvarne dimenzije majčine zdjelice, već hiperfleksijom nogu zdjelica mijenja poziciju oko 15° čime se i simfiza rotira u kranijalnom smjeru za oko 1 cm uz istodobno izravnjavanje promontorija.

Nepravilno izvođenje hvatova u postupku prilikom distocije ramena mogu biti uzrok značajnih oštećenja za majku i novorođenče. Nekontrolirana trakcija glavice u lateralnom smjeru navodi se kao najčešći uzrok paralize brahijalnog pleksusa kod novorođenčeta, te ju zato treba izbjegavati općenito u porodima, a ne samo kod distocije ramena. U ovom istraživanju pet sudionika (4,5%) se izjasnilo da se pojačana trakcija glavice mora primjenjivati u postupku prilikom distocije ramena. Kako bi se izbjegle posljedice trajnog neurološkog oštećenja novorođenčeta, praktičari bi trebali uvijek biti svjesni trenutka i sile trakcije koju primjenjuju na fetalni vrat i glavu. Prilikom izvođenja ovih postupaka važnije je koncentrirati se na finese, a ne na primjenu sile. (79) Trakcija glavice u aksijalnoj osi provodi se isključivo samo u trenucima evaluacije provedenih hvatova, a nikako kao kontinuirani postupak. (38, 59) Samo dvanaest ispitanika (10%) potvrdilo je ovim istraživanjem dostačno teorijsko znanje o vremenu izvođenja trakcije glavice, dok se većina ispitanika izjasnila da se trakcija provodi sinkrono s vanjskim hvatovima, odnosno da ne zna kada se provodi trakcija glavice. U slučaju distocije ramena moderna poroda i primaljska praksa prepoznala je važnost pravilnog položaja rodilje i potrebu da se izbjegne prekomjerna i lateralna trakcija, kao i primjena rotacijske sile na glavu fetusa. (80) Rezultati ovog istraživanja ukazuju da u našim rađaonicama provođenje ovakve prakse još nije prepoznato.

Nadalje, u najvećem broju distocija ramena biva riješena primjenom McRobertsovog hvata i suprapubičnog pritiska. Ne postoje dokazi da je kontinuirani pritisak iznad simfize učinkovitiji od izmjena ciklusa kompresija i opuštanja u

lateralnoj direkciji, niti da pritisak treba izvoditi minimalno 30 sekundi kako bi se postigao učinak. I po pitanju izvođenja suprapubičnog pritiska ispitanici su potvrdili nedostatak teorijskog znanja s obzirom na to da je njih 96 (78%) dalo netočan odgovor na konstataciju o potreboj duljini trajanja hvata kako bi se postigla njegova efikasnost.

Ako primjenom vanjskih hvatova kod distocije ramena nema napretka u porodu, pristupa se izvođenju fetalnih hvatova. Rotacijski hватovi i porađanje stražnje ručice mogu biti postupci kojima se ponekad spašava i život novorođenčeta. Poznavanje hvatova i njihova pravilna primjena u praksi od izuzetne su važnosti. Postavljenim pitanjima o fetalnim hvatovima i načinu njihovog provođenja, dobiveni rezultati još jednom potvrđuju nedostatno teorijsko znanje ispitanika. Dvije trećine ispitanika ne prepoznaće fetalne hvatove, ne zna da se Barnumovim hватom oslobođa stražnje a ne prednje rame, niti nije upućeno u pravilnu tehniku oslobođanja stražnje ručice.

Zavanellijev hват izvodi se u praksi samo u iznimnim slučajevima i vjerojatno je tek nekoliko ispitanika u svojoj praksi vidjelo tehniku njegovog izvođenja. Zato ne začuđuje da ponovo dvije trećine ispitanika ne prepoznaće kojim se hватom vraća glavica u zdjelicu slijedeći porodni mehanizam II. porodnog doba.

Općenito, primjena Kristellerovog hvatu u većini poroda je nepotrebna. Nažalost u našim rađaonicama njegova je nekritična primjena i nadalje učestala, a ponekad predstavlja i značajan čimbenik rizika za nastanak distocije ramena. Primjenom Kristellerova hvatu onemogućena je izvedba ručnih pomoći, a djelovanjem te sile rame fetusa još će se čvršće uklještiti na simfizu. Rezultati istraživanja govore da je najveći udio ispitanika osvijestio spoznaju o štetnosti primjene ovog hvatata i isti se nalazi na prvom mjestu intervencija koje treba izbjegći kod distocije ramena. Zabrinjava podatak da u 29 upitnika (25%) nije dobiven niti jedan odgovor, a pritisak na fundus kao jedini odgovor naveden je u istom broju anketnih upitnika. Zaključno, teorijsko znanje 50% ispitanika ove ankete po pitanju postupaka koje treba izbjegći kod distocije ramena je nedostatno.

Dio provođenja maternalne skrbi uključuje i unošenje podataka u medicinsku i primaljsku dokumentaciju. Od izuzetne je važnosti nakon poroda komplikiranog distocijom ramena dokumentirati sve relevantne podatke i provedene postupke. Kod distocije ramena, naročito ako se javi trajna neurološka oštećenja novorođenčeta, nagađanja o njihovom uzroku ili nepotpuna dokumentacija koja je forenzički dokaz znatno otežavaju obranu u sudskim parnicama. U svijetu su danas dostupni mnogobrojni obrasci u koje se unose svi relevantni podaci nakon poroda u kojem je došlo do distocije ramena. Na temelju ovog istraživanja na nacionalnoj razini u Republici Hrvatskoj ne postoje

univerzalni obrasci o distociji ramena koji se smatraju obaveznim dijelom dokumentacije.

Zbrinjavanje hitnih stanja u porodništvu, uključujući i distociju, nalaže koordinirano, brzo i pravilno provođenje postupaka svih članova porodničkog tima. Unazad otprilike dvadeset godina u svijetu je prepoznata potreba za održavanjem „treninga timova u porodništvu“. (81) Kod nas se kontinuirana edukacija primalja i porodničara provodi u vidu stručnih sastanaka, sudjelovanjem na tečajevima, radionicama, kongresima i simpozijima. Međutim organizirani „trening timova“ u porodništvu prema dostupnim podacima i analizom ove ankete kod nas se uglavnom ne provodi. Loš neonatalni ishod nakon poroda komplikiranog distocijom ramena povezan je s lošom komunikacijom među članovima tima i nepravilnim provođenjem postupaka. Učinkovitosti multiprofesionalnog tima nakon zajedničke edukacije su brojne. Literatura navodi da je upravo edukacija zdravstvenih djelatnika kroz praktični trening vrlo učinkovita metoda kojom se značajno smanjuje povezani morbiditet i mortalitet. (82)

Treningom tima polaznici stječu nove teorijske spoznaje, obnavljaju ranije stečena znanja i razumijevanje temeljnih pojmovima, pravilno uvežbavaju vještine potrebne u postupku oslobođanje ramena i unapređuju komunikaciju. Navedene komponente od ključne su važnosti u porodu komplikiranom distocijom ramena.

U međuvremenu, predlaže se izrada nacionalnih Smjernica o kliničkoj praksi kod distocije ramena, kao i obrazaca, sa svrhom usklađivanja prakse u RH. Također se predlaže barem jednom godišnje organiziranje „treninga timova“ o distociji ramena na razini ustanova koje pružaju maternalnu skrb.

3. Zaključci

Premda je distociju ramena u porodu teško predvidjeti i prevenirati, primalje i porodničari, kao i ostali članovi multiprofesionalnog tima u svakom trenutku moraju biti spremni na stručno rješavanje ove komplikacije u porodu. Visokokvalitetna skrb u porodu, između ostalog, uključuje brzu identifikaciju i postavljanje prave dijagnoze. Pravovremena primjena teorijskih znanja, pravilno izvođenje postupka prilikom oslobođanja remena, dobra komunikacija među članovima tima i s roditeljima ključ su uspjeha.

Pravilna primjena postupnika usvojenih na nacionalnoj razini kod distocije ramena, u većini slučajeva pruža brzu rezoluciju distocije ramena. Kako bi članovi porodničkog tima korake opisane u postupnicima mogli primjenjivati na pravilan način nasušno je potrebno zajedničko kontinuirano provođenje obavezne edukacije za sve članove tima. Potom, podaci iz potpune i pravilno ispunjene medicinske i primaljske dokumentacije pružaju bolji uvid u eventualnu

prisutnost faktora rizika, primijenjene postupke u porodu i prilikom rješavanja distocije ramena, kao i posljedicama ove komplikacije u porodu. Osim što predstavljaju forenzički materijal, podaci iz medicinske i primaljske dokumentacije pomoći će podjednako zdravstvenim djelatnicima i roditeljima bolje razumijevanje sveukupne situacije. U konačnici podaci iz dokumentacija predstavljaju dobar temelj novim istraživanjima.

Teorijske spoznaje o distociji ramena, posebice primalja srednje stručne spreme koje su ujedno najbrojniji članovi porodničkih timova kod nas, nisu dostaone.

Na nacionalnoj razini ne postoji univerzalni obrazac o distociji ramena kao dio medicinske i primaljske dokumentacije.

Na nacionalnoj razini ne postoje organizirani „treninzi porodničkih timova“ koji bi morali biti dio obvezne mandatorne edukacije porodničara i primalja.

Autorica ovog rada smatra da postoji značajan prostor za unapređenje skrbi za roditelju i njeno nerođeno dijete u slučajevima hitnih stanja u porodištvu. Isključivo cijeloživotnim učenjem dolazi do unapređenja kompetencija na višu razinu, čime se ujedno i podiže kvaliteta skrbi za pacijentice. Zajedničkim snagama porodničari i primalje postići će prednje navedeni cilj kroz organizaciju i kontinuirano provođenje treninga porodničkih timova.

4. Literatura

1. International Confederation of Midwives (ICM) <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf> (Pristupljeno 20. 5. 2015)
2. Hrvatska komora primalja <http://www.komora-primalja.hr/datoteke/ZOP-procisceni%20tekst.pdf> (Pristupljeno 20. 5. 2015)
3. Hrvatska komora primalja http://www.komora-primalja.hr/datoteke/Eticky%20kodeks%20primalja_14.11.2013.pdf (Pristupljeno 21. 5. 2015)
4. https://books.google.hr/books/about/A_Treatise_on_the_Theory_and_Practice_of.html?id=UvM3AQAAQAAJ&hl=hr (Pristupljeno 22. 5. 2015)
5. Habek D., Shoulder dystocia: assisted delivery. Gynaecol perinatal 2005; 14(4): 166-170.
6. Ramieri J., Iffy L., Shoulder dystocia. In: Apuzzio J. J., Vintzileos A. M., Iffy L. Operative Obstetrics. London: Taylor and Francis. 2006: 253-264.
7. Ouzounian J. G., Gherman R. B., Shoulder dystocia: Are historic risk factors reliable predictors? Am J Obstet Gynecol. 2005; 192: 1933-1935.
8. Mazouni C., Menard J. P., Porcu G., Cohen-Solal E., Heckenroth H., Gamerre M. i sur. Maternal morbidity associated with obstetrical maneuvers in shoulder dystocia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006; 129: 15-18.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg42_25112013.pdf (Pristupljeno 24. 5. 2015)
10. Spong C. Y., Beall M., Rodrigues D., Ross M. G., An objective definition of shoulder dystocia: Prolonged head-to-body delivery intervals and/or the use of ancillary obstetric maneuvers. Obstet Gynecol. 1995; 86: 433.
11. Beall M. H., Spong C., McKay J. i sur., Objective definition of shoulder dystocia: A prospective evaluation. Am J Obstet Gynecol. 1998; 179: 934.
12. Cohen B., Penning S., Aynsley D., Porto M., Garite T., The incidence of shoulder dystocia correlates with sonographic measurement of asymmetry in patients with diabetes. American Journal of Perinatology. 1999; (16): 197-201.
13. Piper D. M., McDonald P., Management of Anticipated and Actual shoulder Dystocia. Interpreting the Literature. Journal of Nurse – Midwifery. 1994; 39 (2): 91-103.

14. Gootlieb A. G., Galan H. L., Shoulder dystocia: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2007 Sep; 34(3): 501-31.
15. Al-Najashi S., Suleiman A., Al-Suleiman, El-Yahia A. i sur., Shoulder Dystocia – A Clinical Study of 56 Cases Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1989; 29 (2): 129-132.
16. Enzi G., Zanardo V., Caretta F., Inelmen E. M., Rubaltelli F., Intrauterine growth and adipose tissue development. *Am J Clin Nutr.* 1981; 34: 1785-90.
17. Sacks D.A., Fetal macrosomia and gestational diabetes:what's the problem? *Obstet Gynecol.* 1993; 81: 775-81.
18. Schwartz R., Teramo K. A., What is the significance of macrosomia? *Diabetes Care.* 1999; 22: 1201-5.
19. Djelmiš J., Clinical management of pregnancies complicated with type 1/type 2 diabetes mellitus. U: Djelmiš J., Desoye G., Ivanišević M., Diabetology of pregnancy. Front Diabetes. Basel:Karger, 2005; 17: 161-73.
20. Djelmiš J., Dijabetes i trudnoća. U: Djelmiš J. i sur., Dijabetes u trudnoći. Zagreb: Medias, 2002: 35-41.
21. Nesbitt T. S., Gilbert W.M., Herrchen B., Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 179: 476.
22. Benedetti T. J., Gabbe S.G., Shoulder dystocia: A complication of fetal macrosomia and prolonged second stage of labor with midpelvic delivery. *Obstet Gynecol.* 1978; 52: 526.
23. Bofill J. A., Rust O. A., Devidas M. i sur., Shoulder dystocia and operative vaginal delivery. *J Matern Fetal Med.* 1997; 6: 220.
24. Langer O., Berkus M. D., Huff R. W. i sur., Shoulder dystocia: Should the fetus weighing >4000 grams be delivered by cesarean section? *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 165: 831.
25. Acker D. B., Sachs B. P., Friedman E. A., Risk factors for shoulder dystocia in the average-weight infant. *Obstet Gynecol.* 1986; 67: 614.
26. Lurie S., Levy R., BenArie A. i sur., Shoulder dystocia: Could it be deducted from the labor portogram? *Am J Perinatol.* 1995; 12: 61.
27. McFarland M., Hod M., Piper J. M. i sur., Are labor abnormalities more common in shoulder dystocia? *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 173: 1211.
28. Lewis D. F., Edwards M. S., Asrat T. i sur., Can shoulder dystocia be predicted? Preconceptive and prenatal factors. *J Reprod Med.* 1998; 43: 654.
29. Ruis K. A., Allen R. H., Gurewitsch E. D., Severe shoulder dystocia with a small-for-gestational-age infant: a case report. *J Reprod Med.* 2011; 56 (3-4):178-80.
30. Burkhardt T., Schmidt M., Kurmanavicius J., Zimmermann R., Schäffer L., Evaluation of fetal anthropometric measures to predict the risk for shoulder dystocia. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014; 43(1): 77-82.
31. Miller R. S., Devine P. C., Johnson E. B. J., Sonographic fetal asymmetry predicts shoulder dystocia. *Ultrasound Med.* 2007; 26 (11): 1523-8.
32. Mehta S. H., Sokol R. J., Shoulder dystocia: risk factors, predictability and preventability. *Semin Perinatol.* 2014; 38 (4): 189-93.
33. Strobelt N., Locatelli A., Cassarico G., Head-to-body interval time: what is the normal range? *Obstet Gynecol.* 2006; 195: 110-114.
34. Li N., Li Q., Chang L., Liu C., Risk factors and clinical prediction of shoulder dystocia in non-macrosomia. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2015; 50(1): 17-21.
35. Ouzounian J. G., Gherman R. B., Shoulder dystocia: are historic risk factors reliable predictors? *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192: 1933-1935.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists. Shoulder dystocia. ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2002; 100: 1045-50.
37. Boulvain M., Senat M. V., Perrotin F. i sur., Induction of labour versus expectant management for large-for-date fetuses: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015; Apr 8. pii: S0140-6736(14)61904-8.
38. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG Guideline No. 42. 2005. Dec.
39. American College of Obstetricians and Gynecologists. Pregestational diabetes mellitus. ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 60. Washington, DC. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2005.
40. Navti O. B., Ndumbe F. M., Konje J. C., The peri-partum management of pregnancies with macrosomic babies weighing > or =4,500 g at a tertiary University Hospital. *J Obstet Gynaecol.* 2007; 27(3): 267-70.
41. Dahlen H. G., Caplice S., What do midwives fear? *Women Birth.* 2014; 27(4): 266-70.
42. Baxley E. G., Gobbo R. W., Shoulder dystocia. *Am Fam Physician.* 2004; 1; 69(7): 1707-14.
43. Jevitt C. M., Morses S. i sur., Shoulder dystocia: nursing prevention and posttrauma care. *J Perinatal Neonatal Nurs.* 2008; 22(1): 14-20.
44. Gherman R. B., Ouzounian J. G., Incerpi M. H., Goodwin T. M., Symphyseal separation and transient femoral neuropathy associated with the McRoberts' maneuver. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 178(3): 609-10.
45. Camune B., Brucker M. C., An overview of shoulder dystocia: the nurse's role. *Nurs Womens Health.* 2007; 11(5): 489-97.
46. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/pedijatrija/perinatalni-problemi/ozljede-brahijalnog-spleta> (Pristupljeno 30. 5. 2015)
47. Schramm M., Impacted shoulders-a personal experience. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1983; 23(1): 28-31.

48. <http://www.akromion.hr/default.aspx?id=56695> (Pristupljeno 30. 5. 2015)
49. Usman S., Parupalli S., Pinto A., Neal N., O'Mahony F., Obstetrician Injury Whilst Managing a Shoulder Dystocia: A Case Report. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012; 2(1):62-3.
50. Allen R. H., On the mechanical aspects of shoulder dystocia and birth injury. *Clin Obstet Gynecol*. 2007; 50(3): 607-23.
51. Deering S. H., Weeks I., Benedetti T., Evaluation of force applied during deliveries complicated by shoulder dystocia using simulation. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 204:23.
52. Gurewitsch E. D., Allen R. H., Fetal manipulation for management of shoulder dystocia. *Fetal Matern Med Rev*. 2006; 173(3): 185-204.
53. Crofts J. F., Ellies D., James M. i sur., Pattern and degree of force applied during simulation of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197(2): 156.
54. Moragianni V. A., Hacker M. R., Craparo F. J., The impact of length of second stage of labor on shoulder dystocia outcomes: a retrospective cohort study. *J Perinat Med*. 2012; 29; 40(4): 463-5.
55. Kotaska A., Campbell K., Two-step delivery may avoid shoulder dystocia: head-to-body delivery interval is less important than we think. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014; 36(8): 716-20.
56. Buhimschi C. S., Buhimschi I. A., Malinow A. M. i sur., The effect of fundal pressure maneuver on intrauterine pressure in the second stage of labor. *BJOG* 2002; 109: 520-6.
57. Doumouchtsis S. K., Arulkumaran S., Are all brachial plexus injuries caused by shoulder dystocia? *Obstet Gynecol Surv*. 2009; 64(9): 615-23.
58. Gobbo R., Baxley E. G., Shoulder dystocia. In: ALSO: advanced life support in obstetrics provider course syllabus. Leawood, Kan. American Academy of Family Physicians, 2000.
59. <http://www.promptmaternity.org/training/manual/> (Pristupljeno 3. 6.2015)
60. Baskett T. F., Allen A. C., Perinatal implications of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol*. 1995; 86: 14-7.
61. Gross S. J., Shime J., Farine D., Shoulder dystocia: predictors and outcome. A five-year review. *Am J Obstet Gynecol*. 1987; 156: 334-6.
62. A.L.S.O. Advanced Life Support in obstetrics, 1996. http://s.aafp.org/?q=shoulder+dystocia&q1=&x1=&category-search=false&search=Entire+Site&first_search=0&searchradio=Entire+Site (Pristupljeno 3. 6. 2015)
63. Paris A. E., Greenberg J. A., Ecker J. L., McElrath T. F., Is an episiotomy necessary with a shoulder dystocia? *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 205(3): 217.e 1-3.
64. Dain L., Sagi S., The Role of Episiotomy in Prevention and Management of Shoulder Dystocia: A Systematic Review. *Obstetrical & gynecological survey*. 2015; 70(5): 354-62.
65. Gurewitsch E. D., Donithan M. i sur., Episiotomy versus fetal manipulation in managing severe shoulder dystocia: A comparison of outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004; 191(3): 911-6.
66. Gottlieb A. G., Galan H. L., Shoulder dystocia: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007; 34(3): 501-31.
67. Athukorala C., Middleton P., Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia Editorial Group. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*. Publicirano: listopad 2006.
68. Spain J. E., Frey H. A., Tuuli M. G. i sur., Neonatal morbidity associated with shoulder dystocia maneuvers. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 212(3): 353.e 1-5.
69. Gurewitsch E. D., Kim E. J. i sur., Comparing McRoberts' and Rubin's maneuvers for initial management of shoulder dystocia: an objective evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192(1): 153-60.
70. Allen R. H., On the mechanical aspects of shoulder dystocia and birth injury. *Clin Obstet Gynecol*. 2007; 50(3): 607-23.
71. Baxley E. G., Gobbo R. W., Shoulder dystocia. *Am Fam Physician* 2004; 1; 69(7): 1707-14.
72. Camune B., Brucker M. C., An overview of shoulder dystocia: the nurse's role. *Nurs Womens Health* 2007; 11(5): 489-97.
73. Bruner J. P., Drummond S. B., Gaskin I. M. i sur., All fours maneuver for reduction shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med*. 1998; 43: 439-43.
74. Kwek K., Yeo G. S., Shoulder dystocia and injuries: prevention and management. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2006; 18(2): 123-8.
75. Gherman R. B., Ouzounian J. G., Chauhan S., Posterior arm shoulder dystocia alleviated by the Zavanelli maneuver. *Am J Perinatol*. 2010; 27(9): 749-51.
76. Ross M. G., Beall M. H., Cervical neck dislocation associated with the Zavanelli maneuver. *Obstet Gynecol*. 2006; 108 (3-2): 737-8.
77. Kenaan J., González-Quintero V. H., Gilles J., The Zavanelli maneuver in two cases of shoulder dystocia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2003; 13(2): 135-8.
78. Sandmire H. F., Demott R. K., Newborn brachial plexus palsy. *J Obstet Gynaecol*. 2008; 28(6): 567-72.
79. Gurewitsch E. D., Optimizing shoulder dystocia management to prevent birth injury. *Clin Obstet Gynecol*. 2007; 50(3): 592-606.
80. Noble A., Brachial plexus injuries and shoulder dystocia: medico-legal commentary and implications. *J Obstet Gynaecol*. 2005; 25(2): 105-7.
81. CESDI 5th Report (SD). 1999 Jan 6: 1-109.
82. Crofts J. F., Fox R., Ellis D. i sur., Observations from 450 shoulder dystocia simulations: lessons for skills training. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(4): 906-12.

Medikamentozni pobačaj ili artificijalni prekid trudnoće pomoću lijekova

Sandra Rutar,
magistra edukacijske rehabilitacije

Odnedavno je pružena ženama mogućnost da se umjesto instrumentalnog artificijalnog abortusa manualnom aspiracijom, mogu odlučiti i za medikamentozni pobačaj, kao metodu izbora, kakav se izvodi u većem dijelu Europe. Prednosti takvog pobačaja su što nema mogućnosti unosa infekcije, nema anestezije, niti bojazni da će doći do probroja maternice i oštećenja okolnih organa, nema inkOMPETencije cerviksa ni ostalih sličnih mogućih posljedica i komplikacija koje vakumska ekstrakcija i instrumentalna kiretaža mogu ponekad napraviti.

Kao i kod kirurškog pobačaja, liječenje i otpust pacijentice obavi se unutar 24 sata od prijema u dnevnu bolnicu. Mogućnost nastanka intrahospitalnih infekcija je na taj način smanjena, a ženama je omogućeno da više vremena provedu u sigurnosti i komoditetu vlastitog doma. Mada cijelokupni proces pobačaja traje duže, ipak se radi o neinvazivnoj metodi, za koju se najčešće odlučuju žene koje žele izbjegći kiruršku intervenciju i za njih je abortivna tabletamifegine ili RU-486 (stari naziv), zapravo prirodniji način prekida trudnoće, jer djeluje tako da izaziva odumiranje i odbacivanje ploda slično spontanom pobačaju. Mifepriston (Mifegyn) blokira progesteron neophodan za održavanje trudnoće, remeti funkciju posteljice i posljedično plod ne dobiva potrebnu hranu. Kontrakcije maternice, smekšavanje ušća i izbacivanje ploda postigne se tabletama misoprostola koje se resorbiraju kroz sluznicu i implicitiraju u rodnicu (2 dana nakon uzimanja mifepristona).

Prije početka postupka svakoj pacijentici se potanko objasni čitava metoda medikamentoznog pobačaja, a svoju suglasnost potvrđuje potpisom. U artificijalni prekid trudnoće pomoću lijekova se mogu uključiti i trudnice kod kojih se razvija patološka trudnoća (missed ili blighted) i voljne su pristupiti takvom postupku.

Da bi se izveo ovakav pobačaj potrebno je da je trudnica zdrava (bez poznatih alergija, dijabetesa, poremećaja zgrušavanja krvi, sistemskog lupusa...) i da ima sljedeće nalaze:

- ✓ nalaz od ginekologa kojim se potvrđuje da je trudna, trudnoća ne smije biti veća od 63 dana, odnosno 9 tjedana od prvog dana zadnje redovite menstruacije (7 tjedana gestacije).
- ✓ nalaz Kg i Rh faktora, nalaz krvne slike i važeću zdravstvenu iskaznicu i osobnu iskaznicu ili neki drugi identifikacijski dokument sa slikom.

Uz navedene nalaze treba donijeti i stvari za osobnu higijenu, uloške, spavaćicu ili pidžamu i papuče. Trudnoću žene prekidaju na vlastiti zahtjev, ali tek nakon razgovora s liječnikom i potankog objašnjenja čitavog tijeka postupka, dobrobiti te metode, rizika i eventualnih zamjenskih postupaka koji su ponekad ipak potrebni (1 do 3% žena ipak mora dovršiti postupak eksplorativnom kiretažom i vakumskom ekstrakcijom).

Nakon obavljenog razgovora s liječnikom i potpisivanja pristanka, žene popiju jednu tabletu Mifegyn (antiprogesteron) prvog dana pobačaja i nakon toga odlaze na posao ili kući obavljati svoje uobičajene životne aktivnosti. Ponekad se pojavi kod nekih žena iscjedak ili blagi grčevi što znači da je pobačaj započeo, ali zbog takvih tegoba nije potrebno odmah otići liječniku, dovoljno je popiti tabletu nesteroidnog antireumatika, ako je potrebno.

Nakon što se popije tableta Mifegyn, nastavak trudnoće se više ne preporučuje, jer ona može uzrokovati nepravilnosti razvoja ploda, zbog kojih se takva trudnoća nakon toga svakako mora prekinuti. Znači prije nego žena popije tu tabletu mora biti potpuno sigurna u svoju odluku, jer nakon te tablete više nema mogućnosti da odustane od prekida trudnoće. Na takav način prekidaju se i trudnoće kod kojih je dijagnosticiran missed.

Treći dan ujutro, odnosno 36 do 48 sati nakon jedne tablete Mifegyn žene ponovo dolaze na ginekološku kliniku gdje se nastavlja započeti pobačaj.

U 7 sati ujutro, na Odjelu jednodnevne kirurgije, dočeka ih primalja, koja o njima brine čitavo vrijeme dok su u bolnici. Pacijentice najprije odlaze do ambulante gdje ih ultrazvučno

pregleda liječnik kako bi dijagnosticirao trudnoću u maternici i veličinu gestacije. Zatim im u rodnici aplicira četiri tablete (800 mg) Misoprostola ili Topogynę – to je Misoprostol (prostaglandin) nakon čega bi trebala svaka žena najmanje dva sata mirovati u krevetu kako joj tablete ne bi ispale iz rodnice, odnosno kako bi se resorbirale kroz sluznicu i počele djelovati.

Većina žena toga dana pobaci, do šest sati nakon umetanja tableta u rodnici. Prilikom samog pobačaja je krvarenje najjače, a mogući su u tom periodu i bolni grčevi jer tablete prostaglandina uzrokuju kontrakcije maternice slične kao kod menstruacije. U tim slučajevima, kada žene osjete jače kontrakcije, dobivaju ampulu analgetika i.m. i bolovi im popuste. Neke žene mogu osjetiti i slabost, a rijetka nuspojava je i proljev. Čitavo vrijeme primalje im kontroliraju intenzitet krvarenja, RR i odgovaraju na pitanja koja ih muče. Za vrijeme trajanja postupka ženama se preporuča korištenje velikog i širokog higijenskog uloška s pojačanom sposobnošću upijanja. Kada osjete da su pobacile, pozovu primalju i zajedno provjere uložak čime potvrde da je trudnoća završena. Nakon pobačaja svaka žena ponovo odlazi na ultrazvučni pregled kako bi se potvrdilo da je došlo do prekida trudnoće. Nakon toga može otići kući. Narednih 9 do 12 dana moguće je krvarenje dok joj se maternica potpuno ne očisti od svih produkata trudnoće. Jače krvarenje se očekuje do 5 dana.

U slučajevima kod kojih do pobačaja ne dođe za 6 do 12 sati od postavljanja tableta u rodnici, ženama se daju još dvije tablete (400 mg) ispod jezika ili na sluznicu iznad gornje usne između obraza i desnog i tu ih se drži od 20 do 30 minuta dok se otope i čeka se da se kontrakcije pojačaju i da plod izađe u sljedećih nekoliko sati.

Kod odlaska kući žene se upoznaje s odgovarajućim režimom života kojeg se trebaju pridržavati do sljedećeg kontrolnog pregleda. Zabranjeno im je kupanje u moru i kadi, spolni odnosi i uporaba tampona. Tuširanje je dopušteno. Na kontrolnom pregledu za kojeg se naručuju odmah nakon izlaska iz ambulante, a koji treba biti zaotpriklike 14 dana, napravi se ponovo kontrolni UTZ pregled kod kojeg se potvrdi da je prekid trudnoće bio kompletan.

U slučaju da žene kod kuće imaju jače bolove i intenzivnije krvarenje nego što je bilo u bolnici, povišenu tjelesnu temperaturu, bilo koju vrstu alergijske reakcije: osip, plikove, svrbež po koži, otežano disanje, oticanje jezika, usta ili obraza, bol u prsima, aritmiju, gubitak svijesti, oticanje ruku, gležnjeva ili stopala, tremor, smetnje vida, bol u području bubrega ili križa, jake grčevi i jako krvarenje... obavezno se trebaju javiti u bolnicu.



Kod 2% žena potrebna je ipak naknadna kirurška kiretaža i većina pacijentica nakon takve vrste pobačaja ima osjećaj krivnje, koji s vremenom ipak prođe. Nakon pobačaja obavezno je savjetovanje s ginekologom i primaljom o metodi kontracepcije koja će se koristiti ubuduće. Kod žena koje imaju Rh negativnu krvnu grupu daje se zaštita u vidu IGG anti D imunoglobulina.

Medikamentozni pobačaj kao metoda izbora za žene koje su se odlučile na pobačaj, za sada se može napraviti samo u KBC Rijeka, a u većini zemalja Europe koristi se od 1988. godine i tom se metodom obavlja više od pola svih pobačaja.

Izvori:

1. Klinika za ginekologiju i porodništvo Rijeka – informativni letak za pacijenta
2. www.sara-vita.com/ginekoloske-operacije.htm (Pristupljeno 22. 6. 2015)
3. www.doktor.jutarnji.hr (Pristupljeno 22. 6. 2015)
4. <http://www.viva.si/Strokovnjaki-odgovarjajo/11743-Medikamentozni-splav> (Pristupljeno 22. 6. 2015)
5. <http://www.sb-brezice.si/db/uploads/dokumenti/kpg.pdf> (Pristupljeno 22. 6. 2015)
6. www.drogart.org/.../umetna-prekinitiv-nosecnosti (Pristupljeno 22. 6. 2015)

Pravilna prehrana u trudnoći

Vesna Alaupović,
medicinska sestra primaljskog smjera

Uvod

Trudnoća je zahtjevan proces za organizam žene. To je prirodno stanje u životu žene koje zahtijeva od nje da posveti veću pažnju svojoj prehrani i načinu života. Razvoj djeteta u maternici ovisi o skladnom prijelazu iz tijela majke u dijete svih hranjivih tvari, uključujući i vitamine i minerale. Stoga je potrebno da trudnica svojom prehranom u svoj organizam unosi sve tvari koje su podjednako potrebne i njoj i djetetu. Također, tijelo žene u stanju je zadovoljiti sve potrebe za esencijalnim tvarima tijekom tog razdoblja, kao i potrebe nutrijenata koji su neophodni za rast i razvoj novog organizma – djeteta. To se naravno događa u slučaju kad je prehrana žene uravnovezena i kalorijski zadovoljavajuća.

Nutricionisti se slažu s ocjenom da je u trudnoći potrebno pripaziti na kvalitetu unesene hrane, a ne toliko na količinu. Jednostavnim rječnikom, mogli bismo reći da trudnica ne mora jesti za dvoje, već da mora unositi u svoj organizam kvalitetne sastojke koji mogu služiti potrebama dvaju organizama – onog njenog i onog tek u nastajanju – djetetovog. Zbog pogrešnog shvaćanja i radi pojačana teka, uzrokovana hormonima trudnoće, trudnice prekomjerno jedu i prekomjerno dobivaju na težini. Poznato je da nedostatna prehrana tijekom trudnoće uvjetuje rađanje premalena i nedonošena djeteta (nedonošće), dok prekomjerna prehrana povećava učestalost komplikacija u trudnoći s rađanjem prevelika djeteta, kod kojeg se neposredno nakon rođenja javljaju različiti poremećaji. Prekomjerna prehrana može utjecati na pojavu dijabetesa u trudne žene.

Težina trudnice tijekom trudnoće može se povećati od 6 do 11 kilograma. U savjetovalištu za trudnice redovito se kontrolira tjelesna težina žene kako bi se na vrijeme uočilo prekomjerno dobivanje na težini, kada je potrebno savjetovati promjenu u načinu prehrane i života, te je uputiti na odgovarajuće pretrage. Prehrana u trudnoći može se promatrati s dvaju aspekata: kvalitativnosti i kvantitativnosti. Pod kvantitativnošću prehrane podrazumijeva se prikladan dovod i iskorištavanje vitamina, minerala,

mikroelemenata i bjelančevina, a pod kvantitativnošću prehrane smatra se odgovarajuće uzimanje i iskorištavanje ugljikohidrata, masti i bjelančevina.

Potrebe trudnice u tijeku trudnoće

Trudnoj ženi je potrebno oko 2.300 kalorija na dan ako 8 sati radi lagane kućanske poslove, kao i lagani fizički posao u tvornici, te ako 8 sati spava. Kod pojačane tjelesne aktivnosti potrebne su dodatne kalorije. Ako trudnica mora mirovati dovoljno joj je 1.800 do 2.000 kalorija na dan. Važno je istaknuti da pred kraj trudnoće kada je rast, ali ne i sam razvoj djeteta najveći, trudnica mora „pojačati“ kalorijsku vrijednost jela za oko 200 kcal dnevno.

U trudnoći organizam trudnice osjeća pojačanju potrebu za bjelančevinama (oko 50 g na dan), za vitaminom A i vitaminom C, folnom kiselinom, nacinom, riboflaminom, tiaminom, te vitaminima B6 i B12. Od minerala povećana je potreba za kalcijem, fosforom, magnezijem, željezom, jodom i cinkom. Dugotrajni i jači manjak spomenutih tvari može proizvesti poremećaje u razvoju djeteta i loše stanje majke. Bjelančevine se nalaze u mesu, ribi, jajima i mlječnim proizvodima. Kako bi zadovoljila svoju dnevnu potrebu za bjelančevinama trudnica bi trebala popiti pola do litre mlijeka, uzeti 1 do 2 jaja i oko 120 g nemasnog mesa ili ribe. Ugljikohidrati se nalaze u kruhu i svim proizvodima od brašna, zatim u krumpiru, šećeru, riži, voću i slatkisima. Treba ih uzimati u ograničenim količinama, jer inače dolazi do debeljanja. Masnoće (ulje, maslac, margarin, vrhnje i svinska mast) treba uzimati u manjim količinama. Preporuka je da se više unoše masnoće biljnog nego životinjskog podrijetla. Vitamini se najvećim dijelom nalaze u svježem voću i povrću. Naročito se preporučuju naranče, limuni i grejp. Od povrća se preporuča mrkvica, blitva, špinat i ostalo lisnato povrće. Korisnih vitamina i minerala ima u jetricama, mozgu i ostalim iznutricama. Za trudnice je bolje da uzimaju crni ili raženi kruh, u kojem je sačuvan vitamin B, kojega nema u bijelom kruhu i pecivu.

Folna kiselina u trudnoći

Postoje brojni radovi koji govore u prilog uzimanja namirnica koje u sebi sadrže folnu kiselinu ili čak uzimanje dodatnih preparata folne kiseline. Folna je kiselina jedan od najvažnijih vitamina u prvim trima mjesecima trudnoće. Tijelo je treba za metabolizam, staničnu diobu i stvaranje crvenih krvnih tjelešaca. U slučaju pomanjkanja folne kiseline središnji živčani sustav fetusa može se nedovoljno razviti. U ekstremnom slučaju posljedica mogu biti rascjep kralježnice (spina bifida) ili druge malformacije. Ako se odlučite za gotove preparate folne kiseline, svakako se prije toga treba posavjetovati sa svojim liječnikom, a u međuvremenu se može pojačati unos namirnica koje u sebi sadrže ovaj jedinstveni vitamin – čimbenik rasta i razvoja: to su u prvom redu sve namirnice koje obiluju tamnozelenim lišćem, mahunarke, suho voće i pivski kvasac, te pšenične klice.

Želja za pojedinom hranom

U trudnoći se javljaju posebne želje za pojedinim namirnicama. Poznata je želja u trudnica za slatkim ili ljutim namirnicama. Najčešće su to posebne vrste voća, čokolada, sirevi, ukiseljeni proizvodi. Dugo se mislilo da je to rezultat nedostatka pojedinih hranjivih tvari u organizmu žene. Ta činjenica nije znanstveno potvrđena. Danas se smatra da je želja za nekom specifičnom namirnicom u trudnoći, posljedica izoštrenih osjetila mirisa i okusa kod trudnica, a ne neki znak da trudnici nedostaje neka nutritivna tvar iz hrane.

Magnezij

Magnezij je jedan od najvažnijih elemenata u našem organizmu – dnevna potreba iznosi oko 300 mg. Nalazimo ga u svom zelenom povrću jer je sastavni dio klorofila ili zelenog pigmenta, orašastim plodovima, ali i u ostalim namirnicama posebno mesu, bananama, rajčicama i žitaricama. Magnezij stabilizira molekulu ATP-a koja je osnova pohrane kemijske energije u stanici. Zbog toga sudjeluje u aktivaciji tristotinjak enzima, a svaki nedostatak magnezija očituje se slabošću, grčevima u mišićima, smušenošću i velikoj podložnosti stresu.

U posebnim stanjima kao što su rekonvalescencija, trudnoća i dojenje potrebe za magnezijem su 25% više i iznose oko 400 mg dnevno. Kako bismo to nadoknadili vrlo često treba posegnuti za kvalitetnim nadopunama magnezija koji se lako resorbiraju i djeluju trenutno.

Kalcij, mlijeko i mlijecni proizvodi

Vrlo je važno da trudnica u svoj organizam unosi kalcij koji će omogućiti razvoj koštanog tkiva ploda i sačuvati

njene kosti od mobilizacije kalcija iz njih. Stoga svakako treba dnevnu količinu mlijeka povećati (najmanje treba piti pola litre mlijeka dnevno) ili uzimati fermentirane mlijecne proizvode koji će dobro djelovati i na crijevnu floru i sprječiti nastanak zatvora stolice koji se često javlja u trudnoći. One osobe koje ne mogu piti kravljе mlijeko, moraju uzimati kozje ili sojino mlijeko i koristiti vrlo koristan namaz od sezama koji je vrlo bogat kalcijem. Sveži kravljí sir, ali i fermentirani tvrdi sirevi, jednako su vrijedni izvor kalcija. Vitamin D koji pomaže ugradnji kalcija u kosti treba koristiti u obliku preparata ako se trudnoća zbiva tijekom zimskih mjeseci jer je sinteza vitamina D uvelike ovisna o sunčevom utjecaju na kožu. Kad je koža manje izložena suncu, stvara se manje vitamina D. Umjesto sintetskih preparata vitamina D, uputno je koristiti riblje ulje jer će time trudnica dobiti uz vitamin D i neophodne omega-3 polinezasičene kiseline.



Cink

Nadalje je važno osigurati unos cinka koji djeluje kao mineral regulator brojnih funkcija u organizmu. Cinka ima u mesu, ribi, sušenom voću, mahunarkama i žitaricama. Ima ga i u školjkama, ali je tijekom trudnoće bolje izbjegavati školjke zbog mogućeg trovanja. Isto vrijedi i za jetrica, koja su bogata brojnim vitaminima i mineralima, ali se u njima mogu akumulirati pojedini otrovi, pa ih je bolje izbjegavati tijekom trudnoće ili ih vrlo rijetko konzumirati. Najbolje je tada jesti mlada teleća jetra.

Željezo

Željezo je vitalni mineral za prehranu žena, pa tako i trudnica. Ako se pak javi anemija, potrebno je posegnuti za gotovim preparatima u dogovoru s liječnikom koji prati trudnoću. Treba pojačati korištenje mahunarki, posebno

graha i leće, crvenog mesa, tamnozelenog povrća, cikle i voćnih sokova crvene i ljubičaste boje. Svakako treba napomenuti da je za pravilnu resorpciju (upijanje) željeza potreban vitamin C. Njega dobivamo jedemo li papriku, kupus, citrusno voće, šipak i kivi.

Žgaravica u trudnoći

U trudnoći se čestojavlja žgaravica i problemi sa želucem. Potrebno je u tom slučaju jesti oguljene bademe i piti čaj od đumbira. Time nestaje osjećaj mučnine i sprečava se žgaravica.

Povrće, voće i salata

S povrćem, voćem i salatom unosite malo kalorija, ali i određenu količinu hranjivih i balastnih tvari. Svakako je potrebno iskoristiti bogati izbor na tržnicama – bilo za namirnice koje se pripravljavaju u tavi, koje se jedu sirove, kao voćnu salatu, bilo da se od njih pravi sok. Konzumacija sezonskog voća i povrća štiti od mnogih štetnih tvari i od bezvrijednog zelenja za koje se ne zna odakle je dopremljeno.

Meso i jaja

Meso sadrži bjelančevine, željezo i vitamine B. Zato liječnici preporučuje oko 100 grama mesa dnevno ili dvije do tri porcije tjedno. Prirodno uzgojeno meso ili jaja često su skuplji, ali većinom hranjiviji. Vegetarijanci jedu više krumpira, mliječnih i integralnih proizvoda.

Riba

Omega-3-masne kiseline mogu spriječiti spontani pobačaj. Konzumacija morske ribe jednom do dva puta tjedno ne samo da potiče opskrbu jodom, već je i izvor visokovrijednih bjelančevina; k tome su sleđ i skuša bogati visokovrijednim omega-3-masnim kiselinama. Upravo ove namirnice pomažu danskim znanstvenicima u sprečavanju spontanih pobačaja. Dakle: neka riblje žemlje, smotani marinirani sleđ i ostale riblje delicije postanu čestim dijelom jelovnika!

Ipak oprez: potrebno je saznati podrijetlo ribe i svakako izbjegavati tunu i sličnu ribu dubokih mora. Takva riba može sadržavati otrovnu živu.

Masti i ulja

Masti i ulja ima različitih vrsta: ulje repice, maslinovo ulje, ulje od pšeničnih klica, orahovo ulje, laneno ulje ili sojino ulje uistinu će goditi, a svako od njih sadrži korisne sastojke za mamu i bebu.



Napitci

Potrebno je piti puno tekućine. Dvije litre mineralne vode bogate kalcijem bile bi optimalne za organizam. Ne volite li mineralnu vodu, posegnite za voćnim sokovima s mineralnom vodom, biljnim i voćnim čajem ili bezalkoholnim pivom. Dodatni učinak: ako se konzumiraju punovrijedne namirnice i puno tekućine, crijevo koje u trudnoći lako nagnje tromosti, počinje dobro funkcionirati.

Trudnička prehrana po tromjesečjima

Budući da se tijekom prvih triju mjeseci trudnoće razvijaju bebini organi, pravilna prehrana vrlo je važna, a potrebno ju je nadopuniti i dodatkom folne kiseline. U trećem tromjesečju posebno treba paziti na željezo zbog dodatnog povećanja volumena krvi.

PRVO TROMJESEČJE

Tijekom prvog tromjesečja prehrana mora biti raznolika i temeljiti se na cijelovitim žitaricama, voću, povrću i kvalitetnim izvorima bjelančevina i masti. Kako se tijekom prvog tromjesečja trudnoće razvijaju organi, pravilna prehrana je osobito bitna, a vrlo je važno prehranu nadopuniti dodatkom folne kiseline i multivitaminskim pripravkom za trudnice.

„U ranoj trudnoći najbolje prija hrana blagog okusa, s malo začina i u što prirodnijem obliku. Priroda je odlično uredila mehanizme koji pomažu ženama da posežu za zdravim, prirodnim, cijelovitim namirnicama u ranoj trudnoći, periodu koji je presudan za pravilan razvoj organa fetusa“, objašnjava nutricionistica Darija Vranešić Bender u članku na Zdravoj kravi. Na početku trudnoće nije potrebno povećavati unos hrane, dok se u drugom i trećem tromjesečju preporučuje unositi dodatno 300 kcal.

DRUGO TROMJESEČJE

Trudnice koje u prvom tromjesečju pate od mučnina, u drugom tromjesečju konačno počinju uživati u hrani. Ipak, još uvijek se preporučuje jesti više manjih obroka tijekom dana.

„Prehrana tijekom drugog tromjesečja trudnoće mora biti pravilno izbalansirana, s adekvatnim unosom energije i svih makro i mikronutrijenata. Kalorije bi uglavnom trebale potjecati od cijelovitih žitarica, voća i povrća, nemasnog mesa i mlječnih proizvoda. Treba izbjegavati obilne obroke i slastice i temeljiti prehranu na odabiru hrane s niskom vrijednošću glikemijskog indeksa (GI)“, pojasnila je nutricionistica Vranešić Bender.

TREĆE TROMJESEČJE

Željezo, kalcij, magnezij, cink, proteini i omega-3 masne kiseline najvažniji su nutrijenti u posljednjem tromjesečju i za razvoj fetusa, ali i za stvaranje majčinog mlijeka.

„Budući da se u posljednjem tromjesečju dodatno povećava volumen krvi, uputno je posezati za hranom koja je bogat izvor željeza. Željezo je široko rasprostranjeno u namirnicama, te je potrebne dnevne količine moguće osigurati pravilnom prehranom. Najbolji prirodni izvori željeza u hrani su iznutrice, crveno meso, jaja, lisnato povrće, mahunarke, riba i školjke“, kaže dr. sc. Darija Vranešić Bender.

Što je tijekom trudnoće „zabranjeno“ konzumirati?

- Alkohol.
- Sirovo ili samo djelomično obrađeno meso.
- Sirovu ribu budući da može sadržavati neke uzročnike bolesti kao što su toksoplazme i listerija.
- Neprerađeno mlijeko i mlječne proizvode koji također mogu biti zaraženi.
- Jaja koja nisu dovoljno termički obrađena zbog opasnosti zaraze salmonelom.

Zaključak

Pravilna prehrana tijekom trudnoće od osobitog je značaja za majku i dijete. Namirnice koje koristimo tijekom trudnoće treba prilagoditi rastu i razvoju djeteta i njegovim specifičnim potrebama. Stoga osobitu pažnju treba posvetiti količini i kvaliteti hrane koju trudnica konzumira.

Literatura:

1. „Pravilna prehrana u trudnoći“, raspoloživo na <http://www.roditelji.hr/trudnoca/105-pravilna-prehrana-u-trudnoci/>; (pristupljeno 21. 7. 2015)
2. „Prehrana u trudnoći“, doc. dr. sc. Donatella Verbanac, 2014.
3. Upute o prehrani trudnice“, raspoloživo na http://www.obkoprivnica.hr/sites/default/files/upute/upute_o_prehrani_trudnice.pdf, (Pristupljeno 21. 7. 2015)
4. „Trudnička prehrana po tromjesečjima“, raspoloživo na <http://www.klokanica.hr/specijal/moje-tijelo-u-trudnoci/trudnicka-prehrana-po-tromjesecjima-1292#>, (Pristupljeno 21. 7. 2015)
5. „Prehrana u trudnoći“, mr. sc. Davor Zoričić, dr. med, raspoloživo na <http://www.obpula.hr/pdf/prehrana.pdf>, (Pristupljeno 21. 7. 2015)

Iz medija:

D-MER sindrom

Intenzivan, ali kratkotrajan osjećaj tuge, očaja, krivnje, razdražljivosti ili nemira, koji vas preplavi kada stavite bebu na prsa, prouzročen je naglim padom razine hormona sreće dopamina uslijed otpuštanja mlijeka kod dojenja. Riječ je o sindromu D-MER o kojem se u Hrvatskoj ne govori.

„Nekoliko sekundi nakon što bih svoju bebu stavila na prsa, preplavila bi me tuga. Val emocija koji se pojavio s otpuštanjem mlijeka i nestao kroz 60 sekundi, uhvatio me nespremnu“, opisala je u svojoj kolumni na portalu Babble svoje iskustvo s dojenjem majka dviju djevojčica Mary Sauer.

Još je dramatičnije iskustvo Rebecce Maberly, koja je za Telegraph ispričala kako bi je obuzeo očaj kad god bi svom djetetu dala dojku: „Počela sam razmišljati o samoubojstvu i osjećala sam takvo neprijateljstvo prema svojoj bebi da bih je najradije bacila na drugi kraj sobe.“

Nakon objave njihovih priča, uslijedili su brojni komentari žena koje su doživjele nešto slično. Iako bi većina ljudi pomislila da je tu riječ o postporođajnoj depresiji, ipak su ove dvije žene patile od sindroma poznatog pod nazivom D-MER, što je skraćenica za „Dysphoric Milk Ejection

Reflex“, odnosno refleks otpuštanja mlijeka praćen disforijom. Vjeruje se da je ovo kratkotrajno stanje disforije, intenzivnog osjećaja tuge, očaja, krivnje, razdražljivosti ili nemira, prouzročeno naglim padom razine hormona sreće dopamina uslijed otpuštanja mlijeka kod dojenja.

To nije averzija prema dojenju!

Do prije sedam godina, ovo još uvijek slabo poznato stanje nije imalo ni ime i o njemu se rijetko pričalo među majkama, zdravstvenim stručnjacima, pa čak i savjetnicama za dojenje. Za promjenu po tom pitanju najzaslužnija je Amerikanka Alia Macrina Heise, doula i IBCLC savjetnica za dojenje, koja je sa svojim trećim djetetom iskusila ovu specifičnu tugu tijekom dojenja te se posvetila proučavanju tog fenomena i dala mu ime. Povezala se s drugim stručnjacima za dojenje i počela ozbiljnije istraživati D-MER te održavati predavanja o njemu, a pokrenula je i web stranicu d-mer.org.

Na njoj je istaknuto kako D-MER nije psihološka reakcija na dojenje, ni postporođajna depresija niti averzija prema dojenju. Neugodne emocije kod majke pojavljuju se iznenada, kada se aktivira refleks otpuštanja mlijeka, i traju kratko, od 30 sekundi do dvije minute. Često se nakon prvog otpuštanja mlijeka, na početku podoja, disforija više ne pojavljuje, no moguće je i da ju izazove svako otpuštanje mlijeka. D-MER je poput refleksa – pod kontrolom je hormona, a majka ga ne može kontrolirati. Ne može si pomoći da je ne preplave ti negativni osjećaji.

„Da bi se razumio ovaj refleks, potrebno je znati da prilikom otpuštanja mlijeka raste razina prolaktina, čak i prije nego što mlijeko počne izlaziti kroz bradavice. Dopamin sudjeluje u kontroli lučenja prolaktina na način da se razina dopamina nakratko mora spustiti da bi razina prolaktina porasla. Nakon što prolaktin počne polagano rasti, dopamin se stabilizira i to je nešto što se događa kod svake dojilje. Kod žena s D-MER-om, taj pad dopamina je izraženiji“, objašnjava Alia Macrina Heise.

U Hrvatskoj gotovo nepoznat pojam

Predsjednica Hrvatske komore primalja i IBCLC savjetnica za dojenje, Barbara Finderle kaže kako se o D-MER-u u Hrvatskoj jako malo govori i zna.



Liječenje D-MER-a

„Žene nakon porođaja teško priznaju i osjećaju osjećaj tuge, pogotovo u periodu dok doje. Često su preokupirane tehnikom dojenja, pozicijom pri dojenju, kako izbjegći ragade, pitanjem je li beba dovoljno jela i drugim ‘tehničkim’ pitanjima, pa sam osjećaj tuge koji povremeno mogu doživjeti zanemaruju. Pogotovo je to slučaj u rodilištima, gdje je pojam D-MER-a gotovo pa nepoznat.“

Ako žena i doživi povremeno neki oblik D-MER-a, najčešće prepisuje to ‘divljanju hormona’ nakon porođaja ili se spominje Baby blues. O D-MER-u se ne govori.

Stoga je dobro i žene i zdravstvene djelatnike upoznati s pojmom D-MER-a, jer već samom činjenicom da prihvatimo da nešto postoji možemo pomoći mladim majkama da se lakše nose s navedenim stanjem“, smatra Barbara Finderle.

Alia Macrina Heise na web stranici d-mer.org potiče žene koje muči ovo stanje da potraže pomoć, umjesto da odustanu od dojenja. Naglašava važnost edukacije, jer mnogi simptomi postaju podnošljiviji već samim time što majka zna da je riječ o medicinskom, a ne emocionalnom problemu. Od velike pomoći tu može biti i podrška drugih žena koje su prošle nešto slično.

Ako to nije dovoljno, preporučuje majkama da vode dnevnik svojih D-MER simptoma te prate što utječe na njihovo pojačavanje (stres, dehidracija, kofein), odnosno olakšanje (odmor, bolja hidracija, vježbanje). U skladu s tim, moglo bi uvesti određene promjene u stil života. Majke s teškim oblikom D-MER-a moglo bi trebati i lijekove za povećanje razine dopamina, koje može prepisati liječnik, posebno pazeci da su to medikamenti prihvatljivi za dojilje.

Ana Dokler

dipl. novinarka, urednica Klokanice i mama
četverogodišnjeg dječaka
Zahvaljujemo autorici na dopuštenju da objavimo članak!

Novosti s portala za E-učenje

Portal za edukaciju uvijek vam je dostupan 24 sati dnevno. Vi birate mjesto i vrijeme kad se želite educirati, a za svaki položeni e-tečaj ostvarujete 6 bodova.

Trenutno su vam dostupni sljedeći e-tečajevi:

- ✓ Etika u primaljstvu, autorice Maje Rečić.
- ✓ Kako komunicirati s pacijenticom oboljelom od neizlječive bolesti?, autorice Suzane Haramina.
- ✓ Uloga primalje u fiziološkom porođaju, autorice Barbare Finderle i Erike Spirić.
- ✓ Sindrom tužnog raspoloženja ili baby blues, autorice Barbare Finderle i Silvane Tomić.
- ✓ Zakonodavstvo u primaljstvu, autorice Kristine Mikuličić.

Sve su autorice ustupile svoje znanje i vrijeme bez naknade, a u cilju promicanja vrijednosti struke. Ako želite i vi se možete uključiti u vrijednu akciju širenja znanja unutar struke.

Uskoro će na portalu biti i besplatan e-tečaj tematskog naziva „Višeosjetilni podražaji i sretan, zdrav razvoj djeteta“, u suorganizaciji s tvrtkom Johnson&Johnson. Do tada, birajte e-tečaj po simboličnoj cijeni od 50 kuna, a dostupni su vam i popusti u slučaju kupovine više e-tečajeva.



Izdvajamo nekoliko osvrta naših članica koje su pristupe portalu za e-učenje. Vjerujemo da će i vas inspirirati svojim primjerima.

„Uvođenjem portala e-učenje uvelike se olakšala edukacija primaljama koje ne žive u mjestima gdje se održava predavanje.“

M. S.

„Primalja sam koja radi kao dentalni asistent te sam obavezna usavršavati i nadopunjavati svoje znanje i na tom području rada, a isto tako kao primalja želim obnoviti pripadajuću dozvolu za rad. Zbog nedostatka vremena ponekad nisam u mogućnosti prisustvovati željenom predavanju, a samim time ni sakupljanju potrebnih bodova. Zbog vrlo jednostavnog korištenja i mogućnosti da slobodno sami odaberemo željeno predavanje te odredimo vrijeme kada ćemo to odslušati. Portal za e-učenje vrlo mi se sviđa i ispunio je sva moja očekivanja.“

Željela bih da se nastavi s takvim načinom edukacija te da ponuđene teme budu što raznovrsnije i bogatije, a ne da je odlazak na predavanja i slušanje samo radi prikupljanja bodova.

Srdačan pozdrav!“

Marina Mihalić

„U mirovini sam, ali povremeno radim na zamjenama i trebam licencu. Ovo mi je idealan način edukacije. U početku sam mislila da će mi biti komplikirano, ali nakon što mi je kći pomogla sve je bilo jasno i jednostavno. Samo tako naprijed!

P.S. Bilo bi super kada bi neke edukacije bile i besplatne!“

E. P.

„Za nas s otoka ovo je idealno rješenje! Cijenom više nego prihvatljivo.“

L. P.

„Otišla sam u inozemstvo međutim želim zadržati i hrvatsku licencu. E-učenje mi je jedini način edukacije i sakupljanja bodova ako ne želim plaćati skupe simpozije i kongrese izvan Hrvatske. Puno pozdrava!“

M. M.



Listopad - mjesec osvještenosti o raku dojke!

Rak dojke je najčešći zločudni tumor u žena u svijetu koji nastaje kad normalne žljezdane stanice dojke promijene svoja svojstva te počnu nekontrolirano rasti, umnožavati se i uništavati okolno zdravo tkivo. Broj oboljelih žena raste s dobi i u Hrvatskoj je vodeći uzrok smrti zbog raka. Prema podacima Registra za rak Hrvatske (Hrvatski zavod za javno zdravstvo), godišnje u Hrvatskoj od raka dojke oboljeva oko 2.300 žena. Rak dojke je i najčešći uzrok smrti od raka žena u Hrvatskoj, godišnje umire preko 800 žena. Očekuje se daljnji trend porasta broja oboljelih u Hrvatskoj. Od raka dojke najčešće oboljevaju žene iznad 50. godine života, ali mogu i žene mlađe dobi. Kada obole žene mlađe dobi pojavljuje se opcija *trudnoća i karcinom istovremeno ili trudnoća nakon karcinoma dojke*.

Rak dojke u trudnoći?

Rak tijekom trudnoće je rijetka pojava koja otvara niz medicinskih, moralnih i religioznih pitanja. Ovisno o vrsti neoplazme liječenje u trudnoći obuhvaća kirurško liječenje, zračenje, kemoterapiju i endokrinološku terapiju. Kirurško liječenje najčešće predstavlja prvi korak u liječenju. Rak cerviksa i dojke su dva najučestalija raka u trudnoći. Timski pristup olakšava donošenje odluka o liječenju te poboljšava ukupni perinatalni ishod. Individualizirani pristup svakom slučaju raka u trudnoći je nužan za optimalan ishod liječenja.

Teško je uopće zamisliti stresniji i teži scenarij od onog kad žena u trudnoći mora biti podvrgnuta kemoterapiji. Dok pokušava što zdravije othraniti i pomoći rast novog života u svom tijelu, ujedno se mora boriti i za vlastiti život. Nitko ne bi trebao prolaziti kroz taj mučni proces, ali na žalost ima puno budućih mama koje u trudnoći moraju biti podvrgnute liječenju karcinoma. Najvažnije pitanje koje si svaka žena u toj situaciji postavlja je – hoće li i koliko kemoterapija našteti mojoj bebi? Ovim pitanjem pozabavila se nova studija čiji rezultati sugeriraju da kemoterapija tijekom trudnoće ne šteti bebi.

Neka prošla istraživanja sugerirala su suprotno – da trudnice koje prolaze kroz kemoterapiju, imaju veće šanse rodit dijete s porođajnim defektom. Osim toga, majkama oboljelim od karcinoma sugeriralo se da što prije rode bebu ili odgađaju liječenje. Međutim, nova studija pobija tu teoriju i nadamo se da daje manje razloga za brigu budućim majkama koje su se našle u takvoj nemiloj situaciji.

Studiju je provela grupa njemačkih stručnjaka *Breast Group*. Rezultate po kojima se djeca koja su bila u trbuhi mama za vrijeme kemoterapija ne rađaju s više porođajnih defekata, objavili su u stručnom časopisu *The Lancet Oncology*.

U istraživanju je sudjelovalo 400 žena iz raznih zemalja Europe kojima je dijagnosticiran rak dojke u ranom stadiju u vrijeme kada su bile trudne. Stručnjaci kažu da je ovakvih slučajeva sve više, jer žene u sve kasnijoj dobi postaju majke. Od 400 žena, polovina ih je pristupila liječenju kemoterapijom, dok druga polovina žena nije.

Jedina razlika među bebama tih dviju grupa majki bila je u nešto manjoj prosječnoj porođajnoj težini koju su imale bebe koje su prošle kroz kemoterapiju sa svojim mamama.

Porođajnih defekata i poremećaja među bebama nije bilo. Niti broj kemoterapija koje je majka primila nije imao značajniji utjecaj na zdravlje bebe.

Naravno, potrebno je još istraživanja kako bi se utvrdile eventualne dugoročne posljedice izloženosti kemoterapiji u majčinu trbuhu.

„Naše otkriće naglašava koliko je važno da žene koje idu na kemoterapiju rađaju u terminu, a ne ranije“, kazala je autorica studije Sibylle Loibl.

„Bolest i smrtnost u novorođenčadi direktno su povezani s gestacijskom dobi tijekom poroda“, istaknula je dr. Loibl. „To je važna poruka, jer se odluka o tome da se porod izazove ranije, donosi bez medicinskih indikacija. Naš rad sugerira da liječenje pacijentica oboljelih od raka dojke u trudnoći jest moguće i nema potrebe da se prekida trudnoća ili ne prima terapija“.

Naime, komplikacije koje su bebe iz istraživanja imale, većinom su bile vezane za prerani porod, a neovisno o izloženosti kemoterapiji u maternici. Polovina žena iz studije rodila je prije termina, od čega njih 23% prije 35. tjedna trudnoće. U općoj populaciji, prerano se rodi 10 do 15% beba.

„Ako se naše otkriće potvrdi u narednim studijama, rak dojke tijekom trudnoće moći će se liječiti baš kao i kod žena koje nisu u drugom stanju, a bez da se beba ili majka izlažu potencijalnom riziku“, zaključila je dr. Loibl.

Buduća istraživanja trebat će odrediti optimalnu dozu kemoterapije kod trudnica, kao i dugoročne rizike s kojima se njihova djeca mogu susresti zbog toga što su bila izložena lijekovima protiv karcinoma u maternici.

Preuzeto s: <http://www.klinfo.hr/djeca-2/trudnoca/rak-dojke-u-trudnoci-kemoterapije-ne-stete-razvoju-i-zdravlju-bebe/>, 21. 9. 2015.

Trudnoća nakon liječenja raka dojke

Je li trudnoća rizična za žene koje su liječene od raka dojke?

Nekad se smatralo da trudnoća predstavlja rizik za žene koje su liječene od raka dojke zbog nepovoljnog utjecaja na tijek bolesti pa su trudnoće kod žena s dijagnozom raka dojke namjerno prekidane. Danas je stav stručnjaka potpuno drugačiji jer je utvrđeno da trudnoća nema nepovoljan utjecaj na prognozu bolesti. Stopa općeg preživljivanja u žena koje su zanijele i rodile jednaka je, a prema nekim ispitivanjima čak i veća u odnosu na žene koje nisu zanijele nakon liječenja. Ipak, terapijski pobačaj je indiciran kod sumnje na oštećenje embrija zbog primjene intenzivne adjuvantne terapije, u slučaju progresije bolesti ili zbog psihološko-socijalnih razloga.

Utječe li liječenje na plodnost i trudnoću?

Neki načini liječenja raka dojke mogu izazvati privremenu ili trajnu neplodnost. Velika je vjerovatnost da će primati različite vrste terapije pa je važno da razumijete njihov utjecaj na plodnost i trudnoću.

Neke vrste liječenja, poput zračenje, nemaju utjecaja na plodnost, dok će kirurško odstranjenje jajnika uzrokovati trajnu neplodnost.

Kemoterapija utječe na plodnost, ali je teško precizno odrediti u kojoj mjeri će utjecati na plodnost liječenih žena. Lijekovi poput ciklofosfamida češće izazivaju neplodnost dok cisplatin i doksorubicin imaju umjereni rizik od nastanka neplodnosti. Manje je vjerovatno da će metotreksat, fluorouracil i vinkristin uzrokovati neplodnost. Za paklitaksel i docetaksel nije u potpunosti jasno u kojoj mjeri utječu na plodnost.

Većina žena će nakon završetka kemoterapije primati hormonsku terapiju koja djeluje na način da smanjuje razinu ženskog spolnog hormona estrogena ili blokira njegov učinak. Hormonska terapija može privremeno uzrokovati prekid menstruacije. Iako će mnoge žene u fertilnoj dobi sačuvati plodnost nakon prestanka uzimanja hormonske terapije, neke će ipak imati problema sa začećem nakon hormonske terapije.

Plodnost i trudnoća nakon završetka liječenja od raka dojke

Menstruacija može privremeno prestati i ponovno se pojaviti nekoliko mjeseci nakon završetka liječenja, međutim ona ne znači ujedno i plodnost. Neke žene će bez problema zanijeti nakon kemoterapije, dok će druge imati poteškoća. Ako se menstruacija ne vrati nakon 6 do 12 mjeseci od završetka kemoterapije, vjerovatnost trajnog oštećenja jajnika je veća.

S obzirom na to da kemoterapija može oštetiti plod i nezrele jajne stanice, potrebno je koristiti kontracepciju za vrijeme liječenja i najmanje 6 mjeseci nakon liječenja. Hormonska kontracepcija (pilula) se ne preporuča, već je potrebno koristiti druge načine sprečavanja začeća. Većina liječnika preporuča da se trudnoća odgodi za 2 do 5 godina jer je to period u kojem je najveća vjerovatnost ponovne pojave bolesti.

Ako po završetku liječenja rodite, možete bez straha dojiti ako ne primate kemoterapiju. U slučaju da ste bili zračeni za vrijeme liječenja, moguće je da će tretirana dojka proizvoditi manje mlijeka, ali će druga dojka vjerojatno biti dosta za djetetovu prehranu.

S obzirom na to da liječnici nedovoljno često razgovaraju sa svojim pacijenticama o mogućnosti začeća nakon liječenja, obavezno se prije početka liječenja savjetujte o utjecaju planirane terapije na plodnost i trudnoću.

Razgovarajte s liječnikom o svom stanju i mogućnostima začeća i trudnoće nakon završetka liječenja raka dojke. Informacije iz ovog članka mogu vam biti korisne i edukativne, ali nisu zamjena za savjet liječnika.

Preuzeto s: http://www.cybermed.hr/clanci/trudnoca_nakon_liječenja_raka_dojke, 21. 9. 2015.



**HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA**



HRVATSKA KOMORA PRIMALJA



USKORO NA PORTALU
ZA e-UČENJE
HRVATSKE KOMORE PRIMALJA

BESPLATAN eTEČAJ "VIŠEOSJETILNI PODRAŽAJ I SRETAN, ZDRAV RAZVOJ DJETETA"

Organizator: JOHNSON&JOHNSON S.E. & HKP

Naziv eTEČAJA: "Višeosjetilni podražaj i sretan, zdrav razvoj djeteta"

eTečaju će se moći pristupiti na: lms.komora-primalja.hr

Povjerenstvo za stručno usavršavanje HKP-a eTečaj će vrednovati sa **6 bodova**.

Za više informacija o početku tečaja redovito pratite web i facebook stranice **Hrvatske Komore primalja**.