

PROTOCOALE



© Olga Cernetechi, V. Petrov, Ludmila Stavinskaia, I. Opalco, Ala Burlacu, Diana Madan

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

NAȘTEREA VAGINALĂ DUPĂ OPERAȚIE CEZARIANĂ *Protocol clinic național*

Elaborat de colectivul de autori:

Olga Cernetechi	Catedra Obstetrică și Ginecologie FEMCMF, USMF "N. Testemițanu"
Victor Petrov	IMSP Institutul Mamei și Copilului
Ludmila Stavinskaia	Catedra Obstetrică și Ginecologie FEMCMF, USMF "N. Testemițanu"
Igor Opalco	IMSP Institutul Mamei și Copilului
Ala Burlacu	IMSP Institutul Mamei și Copilului
Diana Madan	IMSP Institutul Mamei și Copilului

CUPRINS

ABREVIERI UTILIZATE ÎN DOCUMENT	5
PREFAȚĂ	5
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.1.2 DEFINIȚII	5
A.3. UTILIZATORII:	6
A.4. OBIECTIVELE PROTOCOLULUI:	6
A.5. DATA ELABORĂRII PROTOCOLULUI: FEBRUARIE 2015	6
A.6. DATA REVIZUIRII URMĂTOARE: FEBRUARIE 2017	6
A.7. LISTA ȘI INFORMAȚIILE DE CONTACT ALE AUTORILOR ȘI ALE PERSOANELOR CE AU PARTICIPAT LA ELABORAREA PROTOCOLULUI:	6
A.8. INFORMAȚIE EPIDEMIOLOGICĂ	7
B. PARTEA GENERALĂ	8
B.1. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ	8
B.2. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATORIU	8
B.3 NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ	8
C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ	9
C.1.1 ALGORITMUL EVALUAREA GROSIMII SEGMENTULUI UTERIN INFERIOR	9
C.1.2 ALGORITMUL EVALUAREA PREZENȚEI DEFECTELOR DE ȚESUT	9
C.1.3 ALGORITMUL NAȘTERII DUPĂ OPERAȚIE CAZARIANĂ	9
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	11
C.2.1 STANDARDE DE ÎNGRIJIRE ANTENATALĂ A FEMEII GRAVIDE CU CICATRICE UTERINĂ DUPĂ OC ANTERIOARĂ	12
Caseta 1. Prima vizită	12
Caseta 2. Măsuri profilactice prenatale	13
C.2.1.1 MĂSURI PROFILACTICE	15
C.2.1.2 EVALUAREA ULTRASONOGRAFICĂ A SEGMENTULUI INFERIOR UTERIN	16
C.2.1. 3 ALGORITMUL EVALUĂRII ULTRASONOGRAFICE A SEGMENTULUI INFERIOR UTERIN LA FEMEIA CU OC ÎN ANAMNEZĂ	17
C.2.2. Spitalizarea antenatală	18
C.2.2. 1. Alegerea spitalului	20
C.2.2.2. Managementul NVDC. Principiile generale de management a NVDC	22
C.2.2.3. Anestezia epidurală la NVDC	23
C.2.2.4. Inducerea travaliului	24
C.2.2.5. Ruptura uterului cicatriceal	27
Semnele clinice, diagnosticul și tratamentul	27
D.RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	34

D.1. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ.....	34
D.2. SECȚIILE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPICIALIZATĂ DE AMBULATORIU.....	34
D.3. INSTITUȚIILE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ.....	34
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	36
BIBLIOGRAFIE	37

Abrevieri utilizate în document

AGS	Analiza generală de sânge
AGU	Analiza generală de urină
CA	Corioamniotită
CTG	Cardiotocografie
BCF	Bătăile cordului fetal
MEF	Monitorizare electronică a fătului
OC	Operație cezariană
NVDC	Nașterea vaginală după cezariană
OCRCP	Operația cezariană repetată planată
OCRE	Operația cezariană repetată electivă
MSRM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
NP	Naștere prematură
SIC	Sarcină intracavitateală
s.a	Săptămâni de amenoree
USG	Examen ultrasonografic
VAP	Ventilare artificială a pulmonilor

PREFAȚĂ

Prezentul Protocol clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale și experiența autorilor acumulată în problema uterului cicatriceal. Acesta va servi în elaborarea protocoalelor clinice instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS pentru monitorizarea protocoalelor clinice instituționale pot fi folosite formule suplimentare, care nu sunt incluse în Protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnostic:

Exemple de diagnostic clinic:

- Sarcină 39 s.a. Anamneză obstetricală complicată, uter cicatriceal după operație cezariană
- Sarcină 39 s.a. Anamneză obstetricală complicată, uter cicatriceal după operație cezariană. Insuficiența cicatricei pe uter.
- Naștere vaginală după operație cezariană.

A.1.2 Definiții

Nașterea vaginală după operație cezariană (NVDC) se referă la orice femeie care a avut în anamneză o naștere prin operație cezariană, care intenționează să nască per vias naturalis, mai degrabă decât operația cezariană repetată electivă.

Operație cezariană repetată electivă (OCRE) – operația cezariană repetată programată înainte de începerea travaliului și ruperea membranelor amniotice.

Operație cezariană repetată planată (OCRCP) – implică necesitatea efectuării operației cezariene mai înainte decât cea programată.

Ruptura de uter este definită ca ruperea mușchiului uterin ce se extinde și cu implicarea seroasei uterine sau ruperea mușchiului uterin cu extensie la vezica urinară sau ligamentul lat.

Ruptura de uter se clasifică:

Completă: dereglarea integrității miometrului cu lezarea membranei seroase uterine

Incompletă: dereglarea integrității țesutului muscular fără lezarea membranei seroase uterine.

A.2. Codul bolii (CIM-10):

034.2 – Uter cicatriceal

075.7.- Nașterea vaginală după operație cezariană

0.82.0 - Operație cezariană electivă

0.82.1 - Operația cezariană urgentă

071.0 – Ruptura de uter până la debutul travaliului

071.1 – Ruptura de uter în naștere

082.8 – Operație cezariană cu histerectomie. Ruptură de uter

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu ale spitalelor raionale (medici obstetricieni-ginecologi, imagiști);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, medici obstetricieni-ginecologi, medici imagiști);
- secțiile de patologie a gravidității și blocurile de naștere ale spitalelor raionale, regionale și republicane (medici obstetricieni - ginecologi).

A.4. Obiectivele protocolului:

- Îmbunătățirea managementului pacienților care au în anamneză nașteri prin operație cezariană.
- Sporirea calității serviciului medical atât antepartum cât și intrapartum la pacientele cu uter cicatriceal
- Asigurarea conduitei sarcinilor și a nașterilor cu uter cicatriceal conform recomandărilor protocoalelor internaționale.
- A optimiza selectarea contingentului de gravide cu uter cicatriceal pentru naștere vaginală după operație cezariană.
- Reducerea pierderilor perinatale în cazul pacientelor cu uter cicatriceal.
- Eliminarea unor incertitudini terapeutice.
- Protejarea practicianului din punctul de vedere al malpraxisului.

A.5. Data elaborării protocolului: februarie 2015

A.6. Data revizuirii următoare: februarie 2017

A.7. Informație epidemiologică

La momentul actual, problema creșterii ratei operațiilor cezariene (OC) reprezintă o preocupare serioasă, atât printre profesioniști, cât și în întreaga societate. Datele statistice ale diferitor țări arată o tendință unidirecțională. Astfel, în SUA, în timpul anilor 1970-1988, rata OC a crescut de la 5% la 25%, iar, conform datelor anului 2006, aceasta a constituit mai mult de 31,1%. În Canada, în anul 2000, acest indicator a constituit în medie aproape 23%.

Incidența globală a OC

În medie, în lume 1 din 5 femei gravide naște prin OC

Marea Britanie: 1980-9%, 2001-21% ,

SUA: 1970-5%, 1988-25%, 2006-31,1%

Ucraina: 2006-14,3%, 2008-15,8%

OCRCP, comparativ cu NV, mărește riscul morbidității materne și neonatale.

Concomitent cu creșterea numărului de OC repetate crește semnificativ și riscul de:

- Inserție adâncă a placentei și placentă accreta în sarcinile următoare
- Placentă previa în sarcinile următoare
- Sarcină ectopică
- Lezare a vezicii urinare, intestinelor sau ureterelor
- Ocluzie intestinală
- Necesitate a unei VAP prelungite

- Hemotransfuzii
- Durată prelungită a operării
- Durată prelungită a spitalizării

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)
Green-Top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007

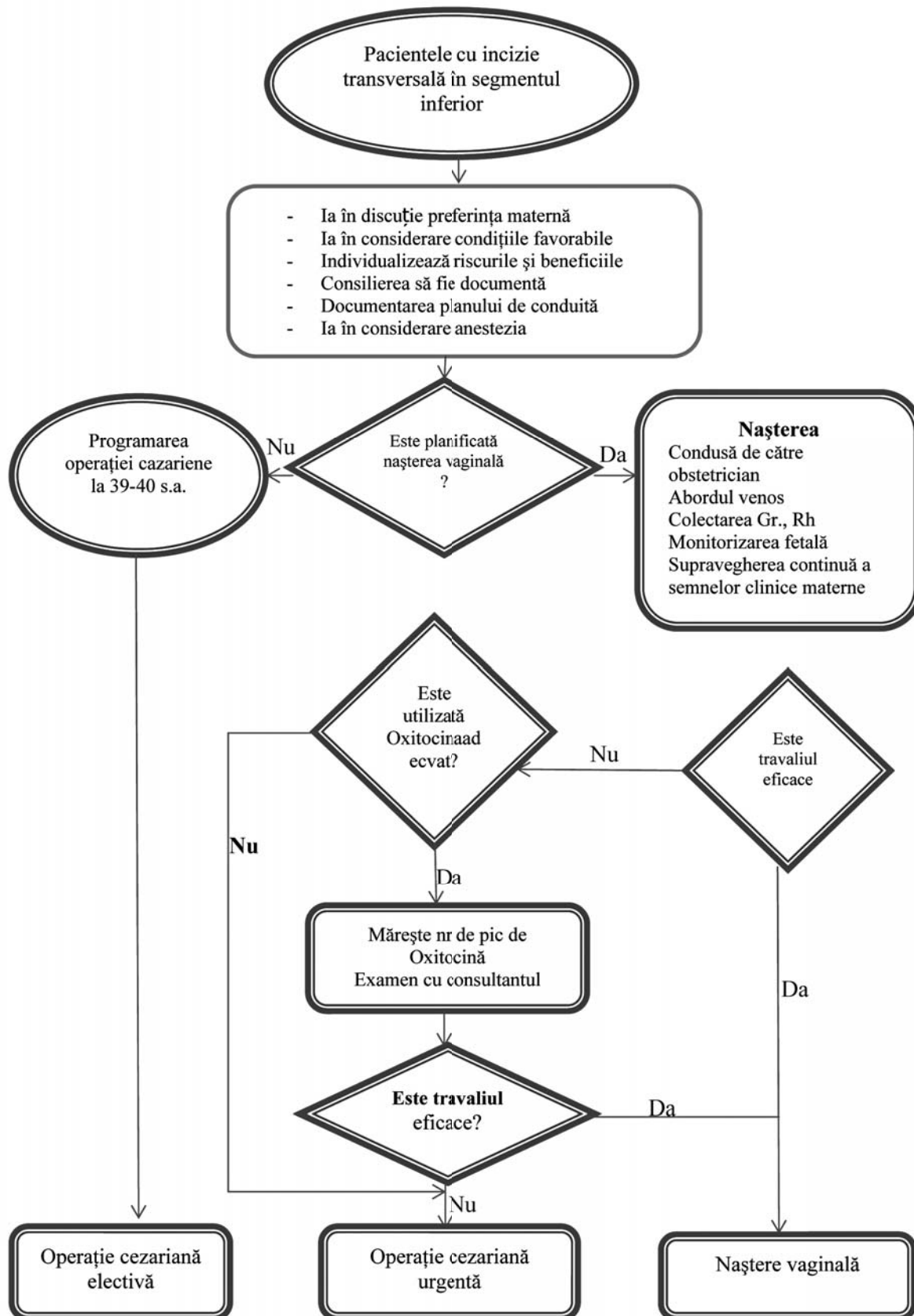
B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere (măsurii)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Luarea în evidență a gravidei și monitorizarea sarcinii C.2.1.1 - C.2.5 C.2.2 (caseta 1-6)	Evaluarea factorilor și grupelor de risc Diagnosticarea precoce a complicațiilor evoluției sarcinii	Obligatori: Anamneza (caseta 2.1). Examenul obiectiv (caseta 2.2). Examenul de laborator USG
B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulatoriu		
Descriere (măsurii)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Consultarea și monitorizarea pacientelor cu uter cicatriceal C.2.1.1 - C.2.5 C.2.2 (caseta 1-6)	Diagnosticarea complicațiilor evoluției sarcinii, Direcționarea pacientei spre serviciul medical spitalicesc nivelele II-III, în caz de necesitate Elaborarea planului de conduită preventiv al nașterii (Secția Consultativă a CP)	Obligatori: Anamneza Examenul obiectiv . Examenul de laborator USG
B.3 Nivelul de asistență medicală spitalicească nivelele II-III		
Descriere (măsurii)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Internare în secția de urgențe obstetricale sau patologie a gravidității C1.1., C.1.2, C1.4 C.2	Stabilirea diagnosticului pentru determinarea definitivă a tacticii de conduita nașterii Rezolvarea sarcinii prin OCRP la 39 săptăm. Pregătirea pentru NVDC la 40 săptăm.	Obligatori: Anamneza (caseta 3, 4). Examenul obiectiv (caseta 5,12). Examenul de laborator (caseta 6, 12). Evaluarea stării pacientei și a fătului Evaluarea indicațiilor pentru operația cezariană programată Evaluarea contraindicațiilor pentru tentativa de NVDC
Internarea în blocul de naștere C.1.3.,C1.4 C.2	Rezolvarea sarcinii conform algoritmului	<ul style="list-style-type: none"> • Tactica de conduită obstetricală va fi în raport de complicațiile nașterii, RPPA, termenul de gestație, starea cicatricei, starea fătului (caseta 19-20). • Suport psiho-emoțional, parteneriat la naștere (II,A) • Monitorizare (I,B): <ul style="list-style-type: none"> • Partograma (conform protocolului nașterii fiziologice) • Monitoring fetal, CTG continuu sau intermitent (IV,D) • Prevenirea RPM precoce • Aprecierea indicațiilor pentru operația cezariana de urgență (I,B)

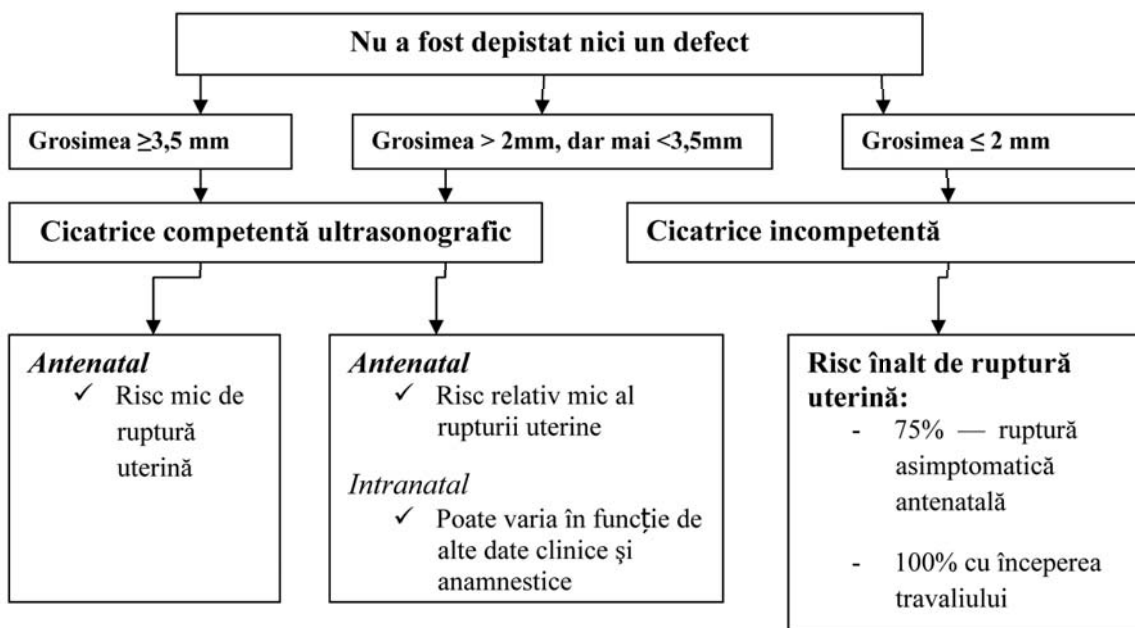
C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

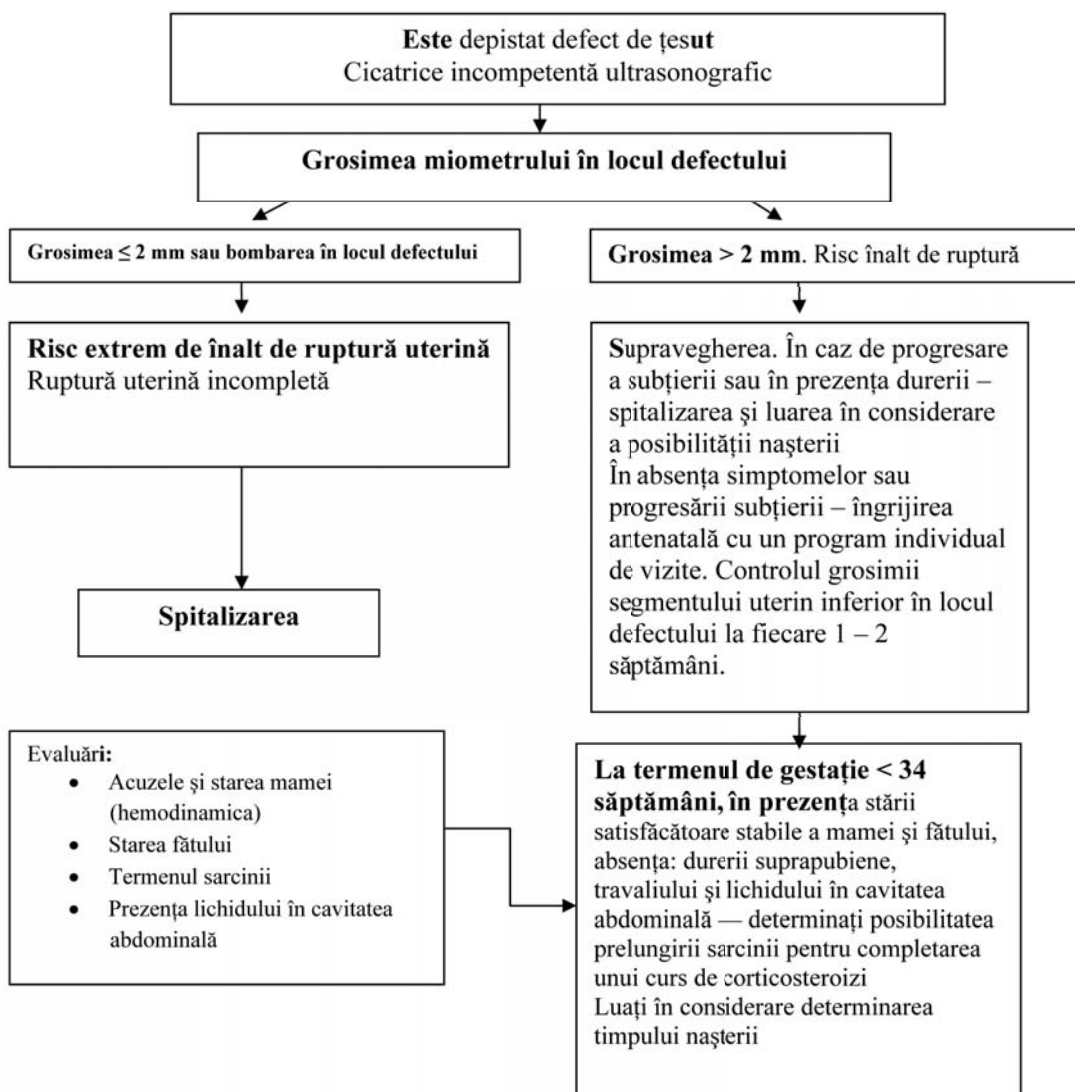
C.1.1 Algoritmul conduitei nașterii după operație cezariană



C.1.2 Algoritmul aprecierea grosimii cicatricilor conform USG



C.1.3 Algoritmul evaluarea grosimii segmentului uterin inferior



C.2. Standarde de îngrijire antenatală a femeii gravide cu cicatrice uterină după OC anterioară

Caseta C.2.1 Depistarea factorilor de risc și datele anamnestice

Prima vizită:

Anamneza principală și datele clinice

1. Numărul de sarcini și rezultatele lor
2. Prezența NVDC în anamneză
3. Prezența NV înaintea de OC în anamneză
4. Numărul de OC
5. Prezența în anamneză a altor intervenții chirurgicale pe uter (miomectomie, tubectomie, histerotomie)
6. Termenul de sarcină la care a fost efectuată OC anterioară
7. Intervalul de timp dintre OC anterioară și sarcina actuală
8. Tipul de incizie uterină la OC anterioară.
9. Dacă tipul de incizie nu este cunoscut, trebuie clarificate detaliile circumstanțelor în care a fost efectuată operația (de urgență, la indicații)
10. Dilatarea cervicală la momentul operației
11. Materialul de sutură utilizat pentru suturarea uterului
12. Metoda de suturare a uterului (sătură într-un singur strat, sutură în dublu strat)
13. Evoluția perioadei postoperatorii (febră, administrarea de antibiotice conform unei scheme terapeutice)

Caseta.2.2.Frecvența examenelor USG

- Frecvența examenelor USG în prima jumătate a sarcinii nu diferă de cea dintr-o sarcină normală
- 9 – 11 săptămâni (10 - 14 săptămâni) – screening I
- 20 – 22 săptămâni –screening II
- În prezent, nu există dovezi științifice cu privire la mărirea frecvenței examenelor USG pentru femeile gravide cu cicatrice uterină
- Nu există date nici în privința “termenelor critice”, la care este necesară examinarea USG la femeile cu uter cicatriceal
- Din punct de vedere practic, este indicată efectuarea examenului USG la 28-32 săptămâni și, de asemenea, la 39 de săptămâni de sarcină pentru luarea în considerare a modului în care va decurge nașterea.

Caseta.2.3. Evaluarea ultrasonografică a segmentului uterin inferior

- În prezent, nu există dovezi științifice cu privire la posibilitatea de evaluare ultrasonografică a grosimii cicatricii uterine și a structurii țesuturilor adiacente pentru a prevedea cu exactitate competența sa în timpul tentativei de NVDC
 - Până în prezent, nu există nici un ghid unanim cu privire la:
 - Posibilitatea de vizualizare a cicatricii uterine
 - O tehnică unică de măsurare a grosimii miometrului adiacent cicatricii uterine.
- Cu toate acestea, aceste probleme în obstetrică sunt studiate la nivel global
- **Indicatorii:**
 - Grosimea segmentului uterin inferior
 - Prezența țesutului cicatriceal
 - Prezența defectelor de țesut (subțierea, bombarea în regiunea subțierii, semnul de “nișă”)
 - **Definiție:**
 - **Cicatrice competentă ultrasonografic** – grosimea segmentului uterin inferior > 2 mm și absența defectelor de țesut
 - **Cicatrice incompetentă ultrasonografic** – grosimea segmentului inferior uterin \leq 2 mm și/sau prezența defectelor de țesut

Caseta 2.4 Contraindicații pentru tentativa de NVDC

1. Prezența indicațiilor pentru operație cezariană indiferent de prezența cicatricii pe uter (prezența placentară, prezența patologică a fătului etc.)
2. OC corporală anterioară (riscul de rupturi uterine 200-900/10.000) sau incizia uterină în formă de T (riscul de rupturi uterine 190/10.000)
3. Rupturi uterine în anamneză
4. Miomectomie cu penetrare în cavitatea uterină în anamneză, tubectomie; miomectomie laparoscopică fără material modern de sutură la suturarea uterului
5. Localizarea placentei în regiunea cicatricii uterine
6. Mai mult de 1 OC în anamneză
7. Prezența pelviană
8. Refuzul femeii de la tentativa de NVDC
9. Cicatrice incompetentă ultrasonografic (grosimea < 2 mm, prezența defectelor de țesut)

Caseta 2.5 Factorii ce cresc probabilitatea succesului NVDC

1. Indicații non-recurente pentru OC anterioară:
 - Prezența patologică a fătului
 - Prezența pelviană a fătului
 - Prezența placentară
 - Preeclampsia
 - Hipoxia fetală
 - Decolarea placentei normal inserate
 - Prolabarea anselor cordonului ombilical etc.
2. Vârsta mamei mai mică de 35 ani
3. Dorința femeii/familiei de a naște pe cale vaginală
4. NVDC în anamneză
5. Naștere vaginală în anamneză

Caseta 2.6 Factorii ce ar putea reduce probabilitatea succesului NVDC

1. Obezitatea femeii gravide, IMC >35
2. Vârsta femeii gravide mai mare de 35 ani
3. Făt macrosom
4. Indicații recurente pentru OC anterioară:
 - a. Bazin clinic strâmtat (greutatea fătului > 4000 g)
 - b. Inerția uterină
 - c. Distocia cervicală
5. DZ, diabetul gestațional
6. Necesitatea inducției travaliului
7. Necesitatea stimulării travaliului
8. Polihidramniosul

Caseta 2.7 Factorii asociați cu sporirea riscului rupturii pe uter la tentativa de NVDC

1. Intervalul de timp dintre nașteri mai mic de 24 luni
2. OC anterioară la termenul < 37 s.a
3. Făt macrosom
4. Febră în perioada postoperatorie
5. Sarcină gemelară
6. Grosimea segmentului inferior uterin mai mare de 2 mm, dar mai mică de 3,5 mm

C 3. Alegerea spitalului pentru NVDC**Caseta .3. 1. Organizarea, încăperile și echipamentul**

•NVDC este asistată în condițiile centrelor medicale maternale de nivelul III de îngrijire perinatală

•NVDC poate avea loc în centrele maternale de nivelul II, dacă

- NU sunt indicații pentru alegerea nivelului III
- Sunt prevăzute condițiile organizatorice și de infrastructură necesare
- Prezența numărului suficient de personal calificat

Organizarea, încăperile și echipamentul

•Disponibilitatea personalului și echipamentului pentru acordarea fără întrerupere a asistenței medicale urgente mamelor și nou-născuților:

- Posibilitatea efectuării intervenției cezariene de urgență în orice moment necesar
- Posibilitatea oferirii asistenței medicale de urgență în cazul hemoragiei obstetricale
 - Terapie de perfuzie-transfuzie
 - Hemostaza chirurgicală

-Posibilitatea de resuscitare a nou-născutului

•Activarea fără întrerupere a laboratorului

•Disponibilitatea permanentă a produselor sangvine

-În secția de maternitate trebuie să existe plasmă și concentrat de eritrocite pentru gravida respectivă

A)Sala de nașteri:

-Pentru managementul NVDC trebuie prevăzute standardele de asistență intranatală de bază:

1. Salonul unic de naștere
2. Prezența și sprijinul partenerului
3. Alegerea liberă a poziției în timpul nașterii
4. Dispozitivul de cardiocografie cu posibilitatea de înregistrare pe peliculă
5. Setul pentru acordarea ajutorului medical de urgență mamei
 - a. Catetere i/v, cel puțin 2 buc. (16G)
 - b. Seturi pentru perfuzie/transfuzie, seringi, mănuși sterile
 - c. Soluții de cristaloiți (soluție lactată Ringer, soluție salină) și coloizi (gelatină modificată)
 - d. Uterotonice (oxitocină, ergometrină)

e. Sacul AMBU pentru adulți, tub de aer

6. Echipamentul pentru resuscitarea nou-născutului .

B)•Sala de operație:

- Sala de operație trebuie să fie situată la același etaj cu sala de nașteri !!!

Prezența unei săli special destinate pentru intervențiile chirurgicale obstetrice

-Pregătită pentru o intervenție rapidă

•Echipamentul este funcțional și gata pentru acordarea ajutorului medical mamei și copilului

-Oxygen (presiunea în sistem/tub)

-Dispozitivele de respirație

-Echipamentul pentru resuscitarea nou-născutului

C) Personalul:

•O moașă și un obstetrician calificat numiți în mod exclusiv pentru parturienta dată

-Moașa trebuie să fie mereu prezentă în salonul de naștere

-Medicul trebuie să posede calificare pentru efectuarea operației cezariene și să cunoască metodele de hemostază chirurgicală

•Un al doilea obstetrician (asistent)

•Anestezist, neonatolog și asistentă medicală în sala de operație:

-Funcție permanentă

-Trebuie să fie prezentă în secția de maternitate

•Cel puțin două persoane trebuie să fie disponibile pentru acordarea asistenței medicale nou-născutului

-Una din persoane trebuie să posede toate abilitățile de resuscitare avansată

-Celelalte (ceilalți) trebuie să poată acorda asistență calificată resuscitatorului principal

•Dacă este necesară administrarea de medicamente, cel puțin 3 lucrători medicali trebuie să fie implicați în acordarea de asistență nou-născutului

C.4. Managementul NVDC

Caseta 4.1. Principiile generale de management al NVDC

•Restricționarea consumului de lichide, evitarea alimentelor în faza activă a primei perioade de travaliu

• Mobilizarea venei (cateter permanent, nu mai puțin de 16 G instalat la internarea în sala de naștere).

Întocmirea partogramei

-Concluzia privind progresul inadecvat al travaliului (inerția uterină în I perioadă) trebuie să se bazeze pe datele partogramei

•Particularități:

-Pulsul parturientei se evaluează la fiecare 30 de minute

-Creșterea frecvenței pulsului cu mai mult de 110 bătăi per minut poate să confirme începutul unei rupturi uterine și necesită constatări suplimentare ale cauzei tahicardiei

-Examinarea vaginală:

•Se recomandă ca examinarea să fie efectuată de una și aceeași persoană

•În faza latentă – examinarea se face la fiecare 4 ore, sau mai des după indicații

•În faza activă – examinarea se face la fiecare 2 ore

•Monitorizarea stării fetale

-În faza latentă: la fiecare 15 minute prin auscultarea regulată sau prin intermediul MEF

-În faza activă: modul continuu al MEF

•Înteruperea MEF este acceptabilă în următoarele condiții:

-Când datele MEF sunt în limitele normei

-Durata întreruperilor nu depășește 15 minute

-Numărul de întreruperi este mic

•Efectuarea continuă a MEF nu este o contraindicație pentru comportamentul **activ al gravidei în travaliu**

Caseta 4.2 Anestezia epidurală la NVDC

•Nu este contraindicată la NVDC

Conform datelor unui vast studiu retrospectiv NICH, 30 352 NVDC:

Rata NVDC reușite a fost cu 23% mai înaltă în cazul gravidelor cărora le-a fost efectuată AE comparativ cu cele fără AE.

•Nu ascunde simptomele rupturilor uterine

•Poate chiar favoriza diagnosticarea rupturilor uterine

•În timpul efectuării AE este necesar a obține analgezia fără blocarea motorică!

•Se vor folosi soluții cu concentrații scăzute de anestezice

Avantajele:

◆ Este cel mai bun calmant al durerilor comparativ cu alte metode

◆ Se evită depresia narcotică la făt

◆ Nu sporește durata primei perioade de travaliu

◆ Nu sporește riscul OC

◆ Calmare adecvată a durerii în caz de necesitate a OC

Dezavantaje:

• Crește durata celei de-a doua perioade a travaliului

• Sporește riscul de naștere vaginală instrumentală

Caseta 4.3 Inducerea travaliului

Inducerea travaliului nu este contraindicată gravidelor cu cicatrice uterină în urma OC:

TOTUȘI

- a. Aceasta sporește de 2-3 ori riscul rupturilor uterine
- b. Trebuie efectuată după evaluarea minuțioasă a stării obstetricale (inclusiv pentru prezența factorilor de risc)
- c. Decizia privind posibilitatea efectuării inducerii este luată de un Consiliu medical
- d. Inducerea se face numai prin administrarea i/v a soluției de oxitocină

Este interzisă utilizarea prostaglandinelor pentru inducerea travaliului la gravidele cu cicatrice uterină!!!

Este nevoie de consimțământul scris (pentru inducere) al gravidei

Caseta 4.4 Stimularea travaliului

- Dacă în faza activă dilatarea colului uterin este mai mică de 1 cm/oră, se recomandă a se efectua amniotomia
- La 2 ore după amniotomie este necesar a evalua caracterul travaliului și dilatarea colului uterin
 - Dacă dilatarea colului uterin este ≥ 1 cm/oră NVDC va continua
 - Dacă dilatarea colului uterin este ≤ 1 cm/oră:
- Dar contracțiile uterine active și configurarea pronunțată a capului fetal (+++) pot sugera disproporții în dimensiunile capului fetal și bazinului matern – este indicată OC
- În cazul contracțiilor uterine trenante, în absența semnelor de disproporție în dimensiuni ale capului fetal și bazinului matern și dacă starea mamei și a fătului sunt satisfăcătoare, se poate indica stimularea travaliului cu oxitocină
- Stimularea travaliului nu este contraindicată:
- Stimularea se face numai prin administrarea i/v a soluției de oxitocină

Stimularea travaliului cu oxitocinum (2 UA. la 1 litru, 10 - 60 picături/minut), concentrația fiind de 5 ori mai mică față de utilizarea standardă a oxitocini.

Perfuzia de oxitocină trebuie să fie verificată temeinic

Viteza perfuziei trebuie să fie ajustată astfel încât frecvența contracțiilor să nu depășească 4 contracții per 10 minute.

(În mod ideal — 3 - 4 contracții în 10 minute, fiecare cu durata de 45 - 60 secunde).

- Dacă după 2 ore de la începerea stimulării travaliului acesta este neefectiv (rata dilatării colului uterin este mai mică de 1 cm/oră), se recomandă nașterea operativă

NB!•

- a. Stimularea travaliului sporește de 2-3 ori riscul rupturilor uterine
- b. Decizia privind necesitatea stimulării travaliului trebuie să se bazeze pe datele partogramei
- c. Este nevoie de consimțământul scris al parturientei
- d. Travaliul prelungit la gravidele cu naștere cezariană anterioară reprezintă un pericol și sporește riscul de ruptură a cicatricii uterine

Caseta 4.5 Indicațiile pentru întreruperea tentativei de NVDC

1. Apariția semnelor de ruptură uterină
2. Alte indicații obstetricale
3. Bazin clinic strâmtat
4. Inerție uterină care nu poate fi remediată prin tratament în termen de 2 ore
5. Apare necesitatea pentru stimularea travaliului, însă:
6. Medicul care asistă procesul consideră că utilizarea oxitocinei prezintă pericol pentru cazul dat
7. Gravida nu a dat consimțământul

Caseta 4.6 Managementul perioadei a II - a de travaliu

1. Managementul conform standardelor pentru nașterea normală
2. Poziția verticală în faza timpurie (latentă)
3. Alegerea liberă de către gravidă a poziției de naștere
4. Se va da preferință tehnicii eforturilor „neghidate” (spontane)
5. Epiziotomie, forceps obstetrical, extragere prin vacuum — la indicație
6. Monitorizarea fetală continuă (MEF)
7. Prezența anesteziologului (în sala de nașteri)

Caseta 4.7 Managementul perioadei a III – a de travaliu

1. Se va da preferință managementului activ al perioadei a treia de travaliu
2. Acesta reduce cu 60 % frecvența hemoragiei postnatale relaționate cu atonie uterină
3. Nu este recomandată cateterizarea de rutină a vezicii

Caseta 4.8 Managementul perioadei postnatale

Nu se recomandă controlul de rutină al cavității uterine după o NVDC reușită în absența semnelor de ruptură

Controlul tractului genital și controlul manual al cavității uterine în prezența indicațiilor:

- a. Hemoragie
- b. Dureri abdominale
- c. Colapsul inexplicabil al mamei după naștere
- d. Defect de țesut placentar
- e. Naștere vaginală operativă

Lăuza trebuie să primească volumul standard de asistență medicală, care include:

1.Examinarea minuțioasă a tonusului uterin + masajul uterin timp de 6 h după naștere în modul următor:

în primele 2 h – la fiecare 15 min

în ora a treia – la fiecare 30 min

în următoarele 3 h – la fiecare 60 min

2.Evaluarea stării mamei: Ritmul cardiac și TA

Determinarea unei eventuale hemoragii interne

Femeile cu masa corporală joasă, cu anemie, preeclampsie pot indica simptome de șoc în cazul hemoragiei < de 500 ml.

3.Evaluarea volumului hemoragiei

Caseta 4.9 Semnele rupturii de uter

Semnele care pot apărea

- Suferința fetală conform datelor cardiocografiei
- Durere bruscă în zona cicatricei
- Durere în partea inferioară a abdomenului care persistă între contracții
- Manifestarea durerii cu localizare atipică (regiunea supraclaviculară)
- Hemoragie vaginală sau hematurie
- Slăbirea sau încetarea contracțiilor anterior eficiente
- Schimbarea formei uterului
- Tahicardie, hipotensiune, șoc, dureri în piept, senzație de sufocare la gravidă
- „Pierderea” părții de prezentație la examinarea vaginală
- Palparea părților fetale în cavitatea abdominală
- Majoritatea simptomelor indică, mai cu seamă, probabilitatea rupturii uterine
- Mare parte din acestea nu sunt patognomonice (specifice)
- Suferința fetală poate să nu fie asociată cu ruptura uterină
- Palparea părților fetale în cavitatea abdominală (ca semn patognomic) este rareori observată ca semn separat:

De cele mai dese ori, acesta este însoțit de durere, manifestări de șoc la gravidă, suferință fetală și hemoragii interne sau externe

Diagnosticul de „ruptură uterină” sau „amenințare de ruptură uterină” poate fi stabilit definitiv numai după laparotomie.

Rata de apariție a unor simptome ale rupturii de uter

1.Bradicardie la făt, semn unic 60- 100 %

2.Alte semne de suferință fetală 33-82%

3.Lipsa progresului în timpul travaliului - 21 %

4.Durere -13 %

5.Hemoragie vaginală – 11%

D.RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

D.1. Nivelul de asistență medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none">• medicul de familie• asistente medicale
	Medicamente și consumabile: Consumabile - Pelvimetru, tensiometru, cântar, metru.
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none">• cabinetul pentru USG, dotat cu ultrasonograf transvaginal• laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, creatinina, ionograma (K, Ca, Mg), glucoza sângelui), indicilor coagulogramei, grupei sangvine / Rh.
D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	Personal: <ul style="list-style-type: none">• medic obstetrician-ginecolog• asistente medicale• medic de laborator• medic functionalist• medic imagist-ecografist
	Medicamente și consumabile: <ul style="list-style-type: none">• seturi ginecologice — oglinzi, mănuși, spirt, iodonat, tifon de bumbac, emplastru, instrumentar steril. Pelvimetru, tensiometru, cântar, metru.Acid folicPreparate de fierMultivitamine + Minerale
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none">• cabinet ginecologic cu fotoliu ginecologic• laborator citologic• laborator bacteriologic

	<ul style="list-style-type: none"> • electrocardiograf • cabinetul pentru USG, dotat cu ultrasonograf transvaginal • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui + trombocitele, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, creatinina, ionograma (K, Ca, Mg), glucoza sângelui), indicilor coagulogramei.
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească raionale și municipale	Personal: obstetrician-ginecolog anesteziolog moașă asistenta anesteziologului medic de laborator medic hematolog-transfuziolog medic laborant pregătit în izoserologie laboranți cu studii medii
	Departamente: secții specializate Patologii ale sarcinii Blocuri de naștere Anestezie și Terapie Intensivă Bloc chirurgical Secție de transfuzie Laborator clinic
	Medicamente: Blocante ale canalelor de calciu – nifedipină Tocolitice – hexoprenalină, magneziu sulfat. Uterotonice – oxitocină, metilergometrină**, misoprostol. Antibiotice – ampicilină Corticosteroizi – betametazonă, dexametazonă Alcool etilic 96%, tifon steril.

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul al indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori numărul NVDC la gravidele cu uter cicatriceal	Ponderea NVDC în lotul nașterilor cu uter cicatriceal	Numărul de NVDC x 100%	Numărul total de nașteri cu uter cicatriceal
2.	A îmbunătăți calitatea selectării pacientelor cu uter cicatriceal pentru NVDC	Ponderea pacientelor care au născut vaginal în lotul pacientelor selectate pentru NVDC	Numărul pacientelor selectate pentru NVDC care au născut vaginal x 100%	Numărul total de paciente selectate pentru NVDC
3.	A spori calitatea diagnosticului USG al incompetenței cicatricei de uter	Rata pacientelor la care a fost diagnosticată cicatrice incompetentă ultrasonografic	Numărul pacientelor cu diagnosticul USG de incompetența cicatricei x 100%	Numărul pacientelor cu diagnosticul confirmat intraoperator
4.	A minimiza numărul rupturilor de uter la pacientele selectate pentru NVDC	Rata rupturilor de uter la pacientele selectate pentru NVDC	Numărul nașterilor ce s-a complicat cu ruptură de uter x 100%	Numărul total de pacienți selectați pentru NVDC

Toate obiecțiile sau recomandările trimiteți pe adresa dr.opalco@gmail.com

Bibliografie:

1. **Biswass A.** Management of previous Cesarean section. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:123–9.
2. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Vaginal birth after caesarean section (VBAC) 2009
3. Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth, No 155 (Replaces guideline No 147), February 2005.
4. **Menacker F.** Trends in cesarean rates for first births and repeat cesarean rates for low-risk women: United States, 1990–2003. *Natl Vital Stat Rep* 2005;54:1–8
5. **Black C, Kaye JA, Jick H.** Cesarean delivery in the United Kingdom: time trends in the general practice research database. *Obstet Gynecol* 2005;106:151–5.
6. **Yeh J, Wactawski-Wende J, Shelton JA, Reschke J.** Temporal trends in the rates of trial of labor in

low-risk pregnancies and their impact on the rates and success of vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:144.

7. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 342: Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:465–8.

8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Guideline No.45. 2007.

9. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005; 89(3):319–31.

10. **Vaknin Z, Maymon R, Mendlovic S, Barel O, Herman A, Sherman D.** Clinical, sonographic, and epi-

demologic features of second- and early third-trimester spontaneous antepartum uterine rupture: a cohort study. *Prenat Diagn.* 2008; 28(6):478-484.

11. **Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML.** Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.

12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Practice Bulletin* No. 115. *Obstet Gynecol* 2010;116:450-63.

13. **Bujold E.** Evaluating professional society. Guidelines on vaginal birth after cesarean section. *Semin Perinatol* 2010;34:314-7.

14. **Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D.** Planned elective repeat cesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous

cesarean birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No. CD004224.

15. **Grobman WA, Gilbert S, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al.** Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2007;109:262-9.

16. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Planned vaginal birth after caesarean section (Trial of labour) July 2010

17. **Turner MJ, Agnew G, Langan H.** Uterine rupture and labour after a previous low transverse caesarean section. *BJOG* 2006;113:729-32.

18. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. *BJOG* 2005;112:1221-8.

19. Delivery after previous caesarean section, clinical practice guideline. Nr. 5 October 2011.

IN MEMORIAM



PETRU STRATULAT, DR.HAB.MEDICINĂ, PROFESOR UNIVERSITAR, 08.12.1948 – 29.01.2015

Pe 29 ianuarie 2015 a trecut la cele veșnice profesorul Petru Stratulat, medic pediatru-neonatolog de vocație, distins savant și pedagog, organizator al serviciului de medicină perinatală din republică, fondatorul direcției științifico-practice noi în R.Moldova – Perinatologia - și al Școlii de neonatologie din republică, de asemenea fondator al Asociației de Medicină Perinatală, simbol și pionier al reformelor din domeniul medicinei perinatale. Această veste tristă a îndurerat inimile tuturor specialiștilor neonatologi, pediatri, obstetricieni, ș.a. cu care Domnia sa a activat împreună pentru binele mamei și copiilor din republică.

A fost un manager cu multe inițiative, care prin dăruire de sine a făcut lucruri mari, lăsând în urmă o echipă de discipoli care îi vor continua munca nobilă.

A avut o viață nu prea lungă, dar intensă, care s-a încununat cu numeroase realizări și succese. Plecarea Dumnealui dintre noi este o pierdere pentru familie, colegi, serviciu, un mare gol lăsat în sufletele tuturor celor care l-au cunoscut.

Petru Stratulat s-a născut la 08.12.1948 în satul Ignăței, raionul Rezina într-o familie de agricultori.



A absolvit în anul 1966 școala medie din satul natal, iar în anul 1972 – Facultatea de Pediatrie a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău (actualmente USMF „Nicolae Testemițanu”). Din anul 1973 până în 1975 a activat în calitate de medic pediatru la Spitalul raional din Ciadâr-Lunga, iar din 1975 până în 1979 – în funcția de adjunct al medicului-șef pe probleme de obstetrică și pediatrie la Spitalul raional Criuleni. În anii 1979–1982 și-a continuat studiile în calitate de doctorand la Institutul de Pediatrie al Academiei de Științe Medicale, or. Moscova, la specialitatea „Pediatrie” susținând teza de doctor în medicină cu denumirea

“*Reactivitatea imunologică la nou-născuți cu afecțiuni perinatale*”. În perioada 1982 – 1989 activează la Institutul de Stat de Medicină din Chișinău în calitate de asistent universitar (1982-1986), de șef al cursului de neonatologie al catedrei de pediatrie, iar începând din anul 1986 în calitate de conferențiar la catedra de pediatrie. Odată cu crearea Institutului de Ocrotire a Sănătății Mamei și Copilului (în prezent Centrul Mamei și Copilului) (1988), ocupă funcția de șef al secției științifice de perinatologie, apoi din a. 1989 până în