

Министарство здравља Републике Србије
Академија медицинских наука Српског лекарског друштва
Републичка стручна комисија за гинекологију и акушерство

Национални водич добре клиничке праксе
ФИЗИОЛОШКИ ВАГИНАЛНИ ПОРОЂАЈ

Београд, 2025.

Израдила Радна група за израду водича добре клиничке праксе за „Физиолошки
вагинални порођај“

РАДНА ГРУПА ЗА ИЗРАДУ ВОДИЧА

Председница радне групе:

Проф. др Љиљана Мирковић

Медицински факултет Универзитета у Београду

Клиника за гинекологију и акушерство, Универзитетски клинички центар Србије

Секретар радне групе:

Др сци. мед. Катарина Борић

Институт за јавно здравље Србије „др Милан Јовановић Батут“

Чланови радне групе:

Проф. др Ђорђе Петровић

Медицински факултет Универзитета у Новом Саду

Клиника за гинекологију и акушерство, Универзитетски клинички центар Војводине, Нови Сад

Проф. др Александра Димитријевић

Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу

Клиника за гинекологију и акушерство, Универзитетски клинички центар Крагујевац, Крагујевац

Проф. др Светлана Јанковић

Медицински факултет Универзитета у Београду

Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт“, Београд

Проф. др Ана Митровић Јовановић

Медицински факултет Универзитета у Београду

Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт“, Београд

Доц. др Никола Јовић

Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу

Клиника за гинекологију и акушерство, Универзитетски клинички центар Крагујевац, Крагујевац

Доц. др Реља Лукић

Медицински факултет Универзитета у Београду

Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт“, Београд

Рецензенти (биће одређени у договору са РСК и Медицинском академијом СЛД)

СТЕПЕНИ ПРЕПОРУКА И НИВОИ ДОКАЗА

Степен препоруке

1 Докази из метаанализа мултицентричних, добро дизајнираних, контролираних рандомизованих студија високе поузданости

2a Докази из најмање једне добро дизајниране контролисане експерименталне студије

2b Докази из најмање једне добро дизајниране контролисане експерименталне студије без рандомизације

3 Докази из компаративних студија, студија корелације

4 Препорука која је заснована на искуствима групе експерата или ауторитета из одређене области, или оба

Ниво доказа

A – Засновано на нивоу доказа 1. Доказано је да је одређена процедура или терапија употребљива или корисна

B – Засновано на нивоу доказа 2. Процена ставова/доказа је у корист употребљивости

C – Засновано на нивоу доказа 3 или изведена вредност из нивоа доказа 1 и 2

D – Засновано на нивоу доказа 4 или изведена вредност из нивоа доказа 1, 2 и 3.
Консензус експерата

Степен препоруке, ниво доказа и одговарајући израз

Степен препоруке 1, ниво доказа A – Неопходно је

Степен препоруке 2, ниво доказа B – Требало би

Степен препоруке 3, ниво доказа C – Препоручује се

Степен препоруке 4, ниво доказа D – Предлаже се

САДРЖАЈ:

УВОДНА РЕЧ:	5
ЗБИРНИ ПРЕГЛЕД ПРЕПОРУКА	11
ПРЕПОРУКЕ.....	34
1. Антенатална едукација о порођају	34
2. Основне одредбе о месту порођаја.....	36
3. Опште препоруке за негу током порођаја	41
4. Комуникација и интеракција са трудницом током порођаја	43
5. Терапија бола у порођају	46
6. Терминска руптура плодових овојака	51
8. Друго порођајно доба	62
9. Треће porođajno doba	68
10. Нега новорођенчета	73
11. Брига о породиљи након порођаја	77

УВОДНА РЕЧ:

Проф. др Љиљана Мирковић, председница Радне групе за израду Водича добре клиничке праксе за „Физиолошки вагинални порођај“

Препоруке овог водича треба да унапреде здравље жена и осигурају квалитетну, стандардизовану и доступну здравствену заштиту за сваку жену у порођају. Водич је намењен лекарима и здравственим радницима који су укључени у порођај трудница у физиолошкој терминској трудноћи (порођају између 37. и 42. недеље гестације), са циљем да се смањи морбидитет и морталитет жена и деце у порођају, али и да се смање разлике и одступања у нивоу неге која им се пружа без обзира на место где одлуче да се породе.

Према Здравствено-статистичким извештајима Института за јавно здравље „Милан Јовановић Батут“, у 2023. години у Србији је било 58.277 порођаја, а десет година раније, 2013. године, број порођаја износио је 64.600 [1, 2]. Константан пад броја порођаја у Републици Србији поставио је пред друштво и медицинску струку задатак од највећег националног интереса – да се унапреди здравствена заштита трудница током трудноће и порођаја.

Циљ Водича је да обезбеди рађање у физички и психолошки сигурном окружењу, са континуираном практичном и емотивном подршком од стране адекватно едукованог и љубазног особља. Овакав приступ темељи се на премиси да већина жена жели физиолошки порођај као облик сопственог остварења и контроле кроз учешће у доношењу одлука.

У 2023. години, 52% порођаја био је први порођај [1]. „Позитивно прво искуство порођаја“, према препорукама Светске здравствене организације (СЗО), је начин за поспешивање рађања [3].

За труднице које на почетку трудноће немају идентификоване факторе ризика, порођај је физиолошки процес који ће за већину њих и њихову новорођенчад протећи без компликација. Овакав порођај се може означити као „физиолошки вагинални порођај“. Сведоци смо да су у последњих 30 година уведене многе методе са циљем индукције, убрзавања, надзора и праћења физиолошког порођаја у сврху побољшања исхода за мајку и новорођенче. Оваква медиализација физиолошког процеса рађања може трудницама наметнути непотребне медицинске поступке и интервенције.

Стандардизација добре клиничке праксе унапредиће квалитет и сигурност здравствене заштите утемељене на доказима.

Према Уставу Републике Србије, људско достојанство је неприкосновено. Пружање здравствених услуга уз поштовање достојанства пацијената регулисано је Законом о здравственој заштити [4] и Законом о правима пацијената [5]. Основне потребе за спровођење здравствене заштите жена у порођају уз поштовање достојанства жене у складу су са Техничким смерницама Савета за људска права Уједињених нација о примени приступа заснованог на људским правима у спровођењу политика и програма за смањивање морбидитета и морталитета мајки [6]. Посебно важан циљ Водича је унапређење свих активности током пружања здравствене заштите жени у порођају уз поштовање достојанства, права на приватност и поверљивост. Задатак Водича је да обезбеди да предузети поступци не буду штетни за жену, уз обавезан информисани избор и пристанак и уз континуирану подршку током порођаја.

Одабране изјаве Савета за људска права Уједињених нација, које подржавају материнску заштиту уз поштовање достојанства жена инкорпориране су у Водич:

- 1) Приступ утемељен на људским правима односи се на здравље, а не на одсуство патологије; темељи се на оснаживању жена да траже своја права, а не само на избегавању матерналне смртности или морбидитета.
- 2) Потребне су мере за решавање друштвених постулата здравља жена које утичу на обезбеђивање грађанских, политичких, економских, социјалних и културних права. [Ово укључује родну дискриминацију и маргинализацију на основу етничке припадности, расе, касте, националног порекла и по другим основама.]
- 3) Поштовање људских права захтева пружање „посебне пажње рањивим или маргинализованим групама“.
- 4) Дизајн, организација и координација компоненти здравственог система треба да се заснивају на темељним начелима људских права, укључујући недискриминацију, једнакост, транспарентност, учешће и одговорност.
- 5) Обезбеђивање права на полно и репродуктивно здравље жена захтева испуњавање стандарда у погледу здравствених установа, добара и услуга.
- 6) Од држава се захтева да користе „максимално расположиве ресурсе“ за прогресивно остваривање економских, социјалних и културних права; ако ограничења ресурса онемогућавају државу да одмах испуни права жена на полно

и репродуктивно здравље, држава мора показати да је искористила сва средства која су јој била на располагању да то учини као приоритет [6].

Ради свеукупног сагледавања различитих аспеката унапређења здравља жена у порођају, дат је и шематски приказ. (Табела 1)

Табела 1. Основне потребе за спровођење материнске заштите уз поштовање достојанства жена

ПОТРЕБЕ	ОПИС
ОСОБЉЕ	Одговарајући број компетентних, оспособљених, надзираних и адекватно плаћених квалификованих здравствених радника присутних током порођаја, са одговарајућом комбинацијом вештина, који раде у мултидисциплинарним тимовима и који су способни да пруже континуирану заштиту женама током и после порођаја уз пуно поштовање достојанства жене у порођају
ОБУКА	- Особље: редовно практично усавршавање уз рад у подручју пружања услуга како би се омогућило ефикасно пружање материнске заштите уз поштовање достојанства жена у складу са законом (континуирана едукација) - Особље за пружање помоћи: усавршавање за ефикасан ангажман у заједници с фокусом на укључивање гласа жена и пружање прилика за интеракцију заједнице с управом здравствене установе и медицинским особљем, нпр. дани отворених врата установе - Остало: едукативне сесије за кориснике услуга и пратњу
МАТЕРИЈАЛИ	- Писани, ажурирани стандарди и мерила који оцртавају јасне циљеве, оперативне планове и механизме праћења за материнску заштиту уз поштовање достојанства жена - Брига о особљу порођајног одељења

	• Материјали за едукацију у приступачном писаном или сликовном формату доступни на језицима заједница којима здравствена установа пружа услуге • Стандардни образац информисаног пристанка • Информације (писане или сликовне, нпр. летак) за жене и њихову пратњу • Основни лекови који се дају у првим фазама и касније током порођаја доступни у довољним количинама у сваком тренутку на одељењима и порођајним салама • Доступна анестезија
ОПРЕМА	• Основна и адекватна опрема за порођај која је у сваком тренутку доступна у довољним количинама у породилиштима
ИНФРАСТРУКТУРА	Унапређено физичко окружење: • Смештај мајке и новорођенчета у истој соби како би били заједно • Чист, прикладно осветљен, добро проветрен порођајни део и неонатологија који омогућавају приватност, те су примерено опремљени и уредно одржавани • Континуирано снабдевање електричном енергијом порођајног одељења и неонатологије • Чисте и приступачне туш кабине за труднице код којих је наступио порођај • Сигурна вода за пиће и простор за одржавање хигијене руку сапуном или средствима за дезинфекцију руку на бази алкохола • Завесе, паравани, преграде и довољан број кревета • Простор за пратњу, укључујући физички приватни простор за жену и њену пратњу • Апотека у здравственој установи која обезбеђује залихе лекова и потроштина, а којом управља магистар фармације

НАДЗОР И ПРАЋЕЊЕ

- Редовни супортивни надзор од стране начелника порођајног одељења / руководиоца клинике
- Састанци особља за преглед пракси материнске заштите уз пуно поштовање достојанства жена
- Лако доступан механизам за кориснике услуга и здравствене раднике који пружају услуге за подношење притужби управи (нпр. кутија за похвале/жалбе која мора бити постављена на видном месту у чекаоници)
- Успостављање механизма одговорности у случају лошег поступања или повреда права/прописа
- Успостављање поступака доношења информисаног пристајка

Литература:

1. **Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.** Здравствено-статистички годишњак Републике Србије за 2023. Београд: ИЈЗС; 2024.
2. **Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.** Здравствено-статистички годишњак Републике Србије за 2013. Београд: ИЈЗС; 2014.
3. **World Health Organization (WHO).** WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. available at <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>
4. **Република Србија.** Закон о здравственој заштити. Службени гласник РС, бр. 25/2019, 15/2023. *доступан на* https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenoj_zastiti.html
5. **Република Србија.** Закон о правима пацијената. Службени гласник РС, бр. 45/2013, 25/2019. *Доступан на* https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_pravima_pacijenata.html
6. Tehničke smernice Saveta za ljudska prava Ujedinjenih nacija o primeni pristupa zasnovanog na ljudskim pravima u sprovođenju politika i programa za smanjivanje morbiditeta i mortaliteta majki.
United Nations Human Rights Council. Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. Geneva: UN; 2012. Report No: A/HRC/21/22.
(http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf).

ЗБИРНИ ПРЕГЛЕД ПРЕПОРУКА

1. Антенатална едукација о порођају

1.1 Требало би обезбедити свакој трудници антенаталну едукацију о порођају. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

1.2. Свакој трудници требало би омогућити/понудити::

- Разговор о очекивањима и жељама труднице везаним за порођај. Информације о порођају требало би дати на почетку трудноће, да трудница има довољно времена да размисли о свим аспектима порођаја. Одлуке које донесе може променити из личних разлога или зато што трудноћа то захтева услед новонасталих компликација у току саме трудноће и/или порођаја. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- Информације о примени различитих видова обезбољавања порођаја (епидурална, спинална анестезија, инхалациона смеша за ублажавање бола, примена медикамената током порођаја).(Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- Информације о изненадним унапред непредвидивим компликацијама током порођаја које се могу десити, а које захтевају примену неке од следећих процедура: епизиотомија, вакуум екстракција плода, екстракција плода форцепсом, примена хитног царског реза, примена трансфузије, процедуре за збрињавање компликација у трећем и четвртом порођајном добу. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- Информације о ретким компликацијама код плода током порођаја: аспирација плодове воде, меконијална аспирација, прелом кључне кости, прелом хумеруса, као и најтежим компликацијама као што су интрапартална смрт плода и рана неонатална смрт у првих 7 дана од рођења. (Степен препоруке 2, ниво доказа В).

2. Основне одредбе о месту порођаја

2.1 По тумачењу свих правних аката који се односе на трудноћу у Републици Србији, порођај се сматра хитним стањем, те се предлаже установама пружање здравствене заштите без обзира да ли труднице у порођају имају упут и да ли је тај упут насловљен за ту здравствену установу. (Степен препоруке 4, ниво доказа D)

2.2 Неопходно је објаснити свим трудницама, било да рађају своје прво дете или су се већ порађале, да вагинални порођај носи низак ризик од компликација и да због тога требају планирати свој порођај у најближој здравственој установи која им то може омогућити. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

2.3 Препоручује се да надлежни гинеколог, давањем упута за одређену здравствену установу која у свом саставу поседује породилиште, упутити трудницу ради порођаја уз њену сагласност. (Степен препоруке 3, ниво доказа C)

2.4 За одређена стања повећаног ризика (видети Табелу 2 у поглављу 2) неопходно је саветовати порођај у установи секундарног нивоа здравствене заштите, а у случају

компликација у установи терцијарног нивоа здравствене заштите. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

2.5 За одређена стања у претходној или актуелној трудноћи (видети Табелу 3 у поглављу 2) неопходно је саветовати порођај у установи секундарног нивоа, а у случају компликације и установи терцијарног нивоа. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

2.6 Требало би трудницама објаснити да је спонтани почетак порођаја повезан са најмање компликација у порођају. Планирани порођаји и индукције могу бити повезани са већом вероватноћом за инструменталним порођајем и са већим процентом порођаја завршених царским резом. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

Транспорт у установу вишег нивоа

2.8 Неопходан је транспорт пацијената у установу вишег нивоа здравствене заштите у случајевима појаве стања или компликација из става 2.2 и/или 2.3, и у случајевима када установа секундарног нивоа не располаже опремом или кадром за збрињавање таквог пацијента. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

2.9 Требало би да се сваки транспорт у установу вишег ранга претходно најави. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В).)**

2.10 Неопходно је да надлежни лекар у контакту са колегама из установе вишег нивоа здравствене заштите прецизно објасни зашто се планира транспорт пацијента и да се након тога донесе заједнички закључак да ли је транспорт оправдан и потребан. Ако јесте, неопходно је да се уз пацијента припреми и пошаље сва пратећа документација са отпусном листом, и уз адекватну пратњу здравствених радника. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А).**

2.11. Предлаже се да се трудница саветује да почетак контракција дочека код куће, у смиреној атмосфери, и уз подршку блиске особе. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

2.12 Неопходно је да трудница на време обезбеди транспорт у породилиште, припреми потребне ствари за угоднији боравак у породилишту, медицинску документацију и додатну опрему или лекове које узима. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

2.13. Уколико није дошло до руптуре плодових овојака и трудница уредно осећа покрете плода, предлаже се праћење контракција, док оне не достигну учесталост потребну за полазак у породилиште. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

3. Опште препоруке за негу током порођаја

3.1. Препоручује се трудници да се креће, помера и заузима положај који њој највише одговара, осим равног лежања на леђима. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

3.2. Требало би омогућити присуство блиске особе трудници током порођаја, узимајући у обзир техничке услове уз строго поштовање приватности и жеље труднице. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

3.3. Предлаже се прање гениталија текућом водом пре акушерског прегледа. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

3.4 Неопходно је спровођење хигијенских мера од стране тима који учествује у порођају: стандардно прање руку пре прегледа, употреба рукавица за једнократну употребу, а код руптуре плодових овојака искључиво употреба стерилних рукавица. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

3.5 Избор личне заштитне опреме од стране здравствених радника у тиму се заснива на њиховој процени од ризика излагању: крви, телесним течностима, поврћеним површинама коже и слузокоже. Неопходно је поштовати стандардне мере у превенцији инфекција. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Присуство пратиоца на порођају

3.6 У складу са могућностима установе, требало би свакој трудници омогућити пратњу блиске особе током порођаја. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

3.7 Неопходно је да пратилац буде информисан о понашању током боравка у порођајној сали, основним принципима порођаја, те начинима како може физички и психолошки помоћи трудници. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

3.8 Током порођаја би требало да медицинско особље, трудници и њеном пратиоцу, пружи потребне информације о току порођаја, у обиму које буде сматрало за довољним у датом тренутку. Требало би пружити информације о свим медицинским процедурама које буду предузимане у циљу олакшавања или убрзавања тока порођаја. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

3.9 Неопходно је да се пратилац обавезе на заштиту приватности података, како за порођај коме присуствује, тако и за било које информације до којих дође током свог боравка у порођајној сали. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

3.10 Свака здравствена установа има право и обавезу да писаним документом одреди права и дужности пратиоца на порођају, потребну припрему пратиоца, како у едукативном, тако и у смислу процене здравља и прописаног одевања. Ако у одређеним ситуацијама пратња на порођају није могућа, неопходно је то на време саопштити трудници и/или одабраној пратњи. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

4. Комуникација и интеракција са трудницом током порођаја

4.1 Неопходно је да обраћање трудници у породилишту буде достојанствено, љубазно и уз поштовање. Трудницу је неопходно охрабрити да поставља питања, дати јој потребно време да донесе одлуке које се тичу њеног порођаја и помоћи јој стручним мишљењем у доношењу таквих одлука. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

4.2 Сво особље које се налази у породилишту треба да пружа пуну подршку трудници током њеног боравка у порођајној сали и колико год је то могуће поштује њене индивидуалне, културолошке или/и верске обичаје. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

4.3 Препоручује се, у складу са доступним медицинским кадром, обезбеђивање довољно особља да трудница у активној фази порођаја не остане сама, осим у кратким временским периодима или по њеној жељи. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

4.4 Током објашњавања праћења порођаја требало би се трудници обраћати јасним, разумљивим речником, уз честу проверу да ли је дате информације разумела и да ли има додатних питања. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

4.5 Да би комуникација са трудницом била што успешнија, препоручује се да здравствени радник:

- пре сваког обраћања или прегледа са поштовањем представи, објасни на којој се функцији у том тренутку налази и на који начин ће учествовати у њеном порођају. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C):**
- током комуникације са трудницом задржи љубазан, миран, а истовремено професионалан став. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**
- пита трудницу како жели да јој се обраћају и обезбеди поуздан и професионални приступ у комуникацији, поштујући њену приватност и дигнитет. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

4.6 Требало би охрабрити трудницу да изнесе своја запажања или додатна питања везана за план лечења односно план порођаја који јој је презентован. Она има право да се током порођаја предомисли око неких својих одлука и то треба поштовати. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

4.7 Неопходно је трудницу упознати са опцијама за обезбољавање порођаја, могућим ризицима или компликацијама које се током такве процедуре могу појавити. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

4.8 Препоручује се да здравствени радник примарно пажњу усмери на трудницу, а не на документацију и помоћне техничке дијагностичке процедуре. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

4.9 Здравствени радник треба да развије осећај поверења код труднице, тако да она може да затражи помоћ када год пожели, као и да приликом напуштања порођајне сале, трудници најави свој поновни долазак. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

4.10 У случају промене екипе, препоручује се примопредаја у присуству труднице како би она упознала ново особље, односно како би се пред њом, на адекватан начин објаснило како порођај протиче до тренутка примопредаје, што ће трудници пружити осећај сигурности и поверења. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

4.11 Уколико је то могуће, у установи у којој се порођај одвија предлаже се обезбеђивање услова за што комфорнијих положај у коме ће се трудница порађати. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

5. Терапија бола у порођају

Аналгезија опиоидним лековима

5.1 Коришћење опиоидних лекова као што су fentanil или petidina се предлага код здравих трудница са сврхом обезбољавања порођаја, у зависности од могућности здравствене установе. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

5.8 Уколико се користе опиоидни лекови, предлага се и примена антиеметика. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

5.9 Требало би објаснити трудници да се употребом fentanil или petidina постиже ограничено ослобађање бола током порођаја, али да могу настати други значајни споредни ефекти за њу (краткотрајна депресија дисања и поспаност, која може трајати неколико дана и отежати дојење) и за плод (респираторна депресија и поспаност). **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

Регионална аналгезија

5.12 Уколико трудница захтева регионалну аналгезију, неопходно је разговарати са њом о ризицима и предностима ове врсте аналгезије, као и ефектима које она има на бол у порођају. По потреби укључити и анестезиолога. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

5.13 Неопходно је да се трудници пруже информације о епидуралној аналгезији, укључујући следеће:

- доступна је само у неким породиличним, има јаче дејство на ублажавање бола од опиоида,
- не мора увек бити потпуно ефикасна и понекад се епидурални катетер мора заменити,
- компликације током пласирања епидурала могу проузроковати тешку главобољу,
- није повезана са дуготрајним болом у леђима,
- није повезана са продуженим првим порођајним добом и повећаним бројем непланираних царских резова,
- повезана је са продуженим другим порођајним добом и повећаним бројем оперативних завршавања порођаја: форцепсом или вакуумом,
- повезана је са интензивнијим мониторингом, тако да кретање током порођаја може бити редуковано. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

5.14 Неопходно је да трудница потпише информисану писану сагласност за примену епидуралне аналгезије. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

Нега и праћење жене са епидуралном аналгезијом

5.15 Предлага се да се обезбеди венски пут пре пласирања епидуралног катетера. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

5.16 Није неопходно рутинско давање раствора пре давања нискодозажне епидуралне аналгезије или комбиноване спинално-епидуралне аналгезије. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

5.17 Трудници у регионалној аналгезији:

- неопходно је мерити притисак сваких 5 минута током 15 минута, током успостављања регионалне аналгезије или након сваке болус дозе (10 ml или више раствора) (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)
- уколико трудница није обезбољена 30 минута након сваке дозе, требало би обавестити анестезиолога да провери стање и размотри опције (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)
- неопходно је на сат времена проверавати ниво сензорног блока од стране обученог медицинског особља (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)
- уколико трудница није мобилна, неопходно је проверавати ниво моторног блока на сат времена тражећи да испружи ноге. Уколико то не може учинити, неопходно је обавестити анестезиолога да провери стање и размотри опције. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

5.18 Предлаже се да трудница у регионалној аналгезији заузима положај који жели током првог порођајног доба, те да не лежи само на леђима. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

5.19 Предлаже се трудници са епидуралном аналгезијом да се креће уколико има снаге и осећаја у ногама, а што се претходно провери од стране бабице или сестре обучене да брине о трудницама са епидуралном аналгезијом, уз савет да може имати осећај тежине у ногама. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

5.20 Предлаже се да се регионална аналгезија користи све до завршетка трећег порођајног доба и за шивење евентуалне руптуре перинеума или епизиотомије. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

5.21 Код труднице са епидуралном аналгезијом, а при комплетној дилатацији, експулзија може бити одложена до 2 сата код примипара и до сат времена код секундипара или мултипара. Неопходно је саветовати да користи вољне напоне приликом контракција. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

5.22 Није неопходно примењивати рутинску стимулацију охутоцином у другој фази порођаја код трудница са регионалном аналгезијом (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

5.23 Предлаже се СТГ запис у трајању од најмање 30 минута, одмах након пласирања катетера и након давања сваког болуса од 10 ml и више. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

Успостављање и одржавање регионалне аналгезије

5.24 Препоручује се примена епидуралне или комбиноване, спинално-епидуралне аналгезије у порођају. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

5.25 Уколико је потребна брза аналгезија, предлаже се комбинована спинално-епидурална аналгезија. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

5.26 Неопходно је сваку комбиновану спинално-епидуралну аналгезију успоставити са bupivacainom (или еквивалентним локалним анестетиком) и fentanilom. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

5.27 Неопходно је успоставити епидуралну аналгезију са ниском концентрацијом локалног анестетика и раствора fentanila. Иницијална доза је тест доза, ради провере места пласираног епидуралног катетера (не сме бити интратекално или интравенски). (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

5.28 Неопходно је користити мале концентрације локалног анестетика и опиоидног раствора (0.0625% до 0.1% bupivacaina или еквивалената у комбинацији са 2.0 микрограма по ml fentanila) за одржавање епидуралне аналгезије. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

5.29 Препоручује се коришћење програмиране пумпе за епидуралну аналгезију, коју ће укључивати обучени здравствени радници. (Степен препоруке 3, ниво доказа С)

5.30 Неопходно је избегавати високе концентрације раствора локалног анестетика (0.25% или више bupivacaina или еквивалената) рутински за одржавање епидуралне аналгезије. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

6. Терминска руптура плодових овојака

6.1 Сумња на руптуру плодових овојака настала у $\geq 37+0$ недеља трудноће захтева потврду и адекватну опсервацију. Свака трудница са руптуром плодових овојака неопходно је да се јави најближој специјалистичкој гинеколошкој служби како би се извршила почетна тријажа. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

6.2 Уколико је потврђено отицање плодове воде, неопходно је, након спроведене почетне тријаже, трудницу упутити у породилиште. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

6.3 Уколико је присутно било које од наведених стања:

- евидентно отицање плодове воде непријатног мириса
- присуство меконијума у плодовој води
- присуство сукрвице у плодовој води
- вагинално крварење
- смањена покретљивост плода
- континуирани бол у трбуху
- општа слабост труднице
- изолован *Streptococcus β haemolyticus* групе В (GBS) ради израде плана антибиотске профилаксе
- карлични или попречни положај плода
- интраутерини застој у расту плода

- предњаچهћа постелећица

неопходно је трудницу са руптуром плодових овојака насталом у $\geq 37+0$ недељи трудноће, упутити у установу секундарног или терцијарног нивоа која у својој организацији поседује породилиште (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

6.4. Уколико постоји евидентно отицање плодове воде, код трудница са руптуром плодових овојака насталом у $\geq 37+0$ недељи трудноће, не предлаже се преглед под спекулумом, али се предлаже бимануелни акушерски преглед. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

6.5 Уколико не постоји евидентно отицање плодове воде, код трудница са сумњом на руптуру плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недељи трудноће, препоручује се преглед под спекулумом, како би се утврдило да ли је заиста дошло до руптуре плодових овојака, а потом размотрити и бимануелни акушерски преглед. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

6.6 Код потврђене руптуре плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће предлаже се дати трудници следећа обавештења:

- 60% порођаја наступа у року од 24 часа од руптуре плодових овојака,
- постоји ризик од неонаталне инфекције са инциденцом од 1%, у односу на ризик код интактних плодових овојака (0.5%), и протоком времена се може повећавати [1,6,7],
- у одређеним ситуацијама следи примена антибиотске профилаксе и/или лечења (видети Табелу 4 у поглављу 6):
 - колонизација GBS током актуелне трудноће,
 - бактериурија током актуелне трудноће,
 - цервикална инфекција током актуелне трудноће,
 - колонизација GBS, бактериурија и цервикална инфекција током претходне трудноће GBS-ом,
 - без негативног теста на GBS у актуелној трудноћи на узорцима ректовагиналног бриса 3 до 5 недеља пре термина порођаја,
 - уколико је током претходне трудноће постојала неонатална инфекција GBS-ом,
 - уколико постоје клинички знаци *chorioamnionitis*. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

6.7 Препоручује се трудници са потврђеном руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће понудити следеће опције:

- експектативни приступ,
- индукција порођаја у најскоријем временском периоду уколико за то постоје акушерски услови. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

6.8 Неопходно је трудници са руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће, од стране акушера објаснити предност и потенцијалне ризике експектативног

приступа и индукције порођаја. Потребан је информисани пристанак труднице на одабрану процедуру. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

6.9 Препоручује се трудници са руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће која је изабрала експектаивни третман, а код које порођај није наступио после 24 часа, понудити као опцију индукцију порођаја. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

6.10 Уколико се трудница одлучи на експектаивни приступ и после 24 часа од руптуре плодових овојака насталој $\geq 37+0$ недеља трудноће, или док се не започне са индукцијом порођаја, предлаже се:

- узимање бриса вагине,
- узимање крви за крвну слику и CRP,
- контрола телесне температуре на свака 4 сата током будног стања, ради откривања потенцијалне инфекције,
- саветовање труднице да медицинском особљу пријави сваку промену боје или мириса плодове воде,
- информисање труднице да купање и туширање нису повезани са ризиком од развоја инфекције. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

6.11 Код трудница са руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће, које су изабрале експектаивни третман, неопходно је праћење феталне срчане фреквенције при првом прегледу, а затим на свака 24 часа (по потреби и чешће) до наступања порођаја. Трудници се саветује да пријави медицинском особљу свако смањење покретљивости плода. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

6.12 Трудницама са позитивним GBS налазом и руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља актуелне трудноће или трудницама са GBS неонаталном инфекцијом у претходној трудноћи, требало би понудити индукцију порођаја, а царски рез само према акушерским индикацијама. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

6.13 Код трудница са руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће, са одлуком за индукцију порођаја, неопходно је исту применити у складу са акушерским налазом. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

7. Прво порођајно доба

7.5 Неопходно је подржати труднице које су без ризика у одлуци за спонтано започињање порођаја. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

7.1 У случају да се трудница не хоспитализује након прегледа у току првог порођајног доба неопходно је све податке документовати и уписати савет у лекарски извештај који јој се предаје. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Трајање првог порођајног доба

7.2 Требало би објаснити трудници да не постоји прецизна дефиниција стандардног трајања латентне фазе првог порођајног доба и да се оно може значајно разликовати од труднице до труднице. Трајање активне фазе првог порођајног доба које обухвата

дилатацију од 5 cm до комплетне дилатације, обично не прелази 12 сати код прворотке и 10 сати код вишеротке. Средње време трајање активне фазе првог порођајног доба износи око 4 сата код прворотке и око 3 сата код вишеротке. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

Спонтано започињање порођаја и пријем у породилиште

7.6 Требало би обавити разговор са трудницом о току трудноће, испитати факторе ризика за појаву феталне хипоксије, информисати се о дужини трајања, јачини и учесталости контракција материце, предочити начине обезбољавања током порођаја, пратити пулс, притисак, температуру и респирације, проверити GBS налаз, информисати се о феталним покретима у последња 24 часа, утврдити положај, смештај, презентацију и ангажованост предњачећег дела плода, регистровати тонове плода у току контракције и најмање 1 минут непосредно након контракције, уз истовремену палпацију трудничиног пулса. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

7.7 Акушерски преглед може бити стресан за трудницу, нарочито ако има болове, ако је анксиозна и у новом окружењу. Пре прегледа требало би:

- објаснити разлог акушерског прегледа, обезбедити трудници приватност, достојанство и удобност
- објаснити налаз након обављеног прегледа и изнети даљи план порођаја трудници. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

7.8 Неопходно је трудницу са знацима порођаја у активној фази првог порођајног доба примити у здравствену установу ради пружања одговарајуће здравствене неге. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

7.9 На пријему у здравствену установу је неопходно проценити стање мајке и плода од стране здравственог радника ради искључивања недијагностикованих компликација и препознавања ризика компликација које би се могле развити. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

7.10 Уколико се трудница хоспитализује у латентној фази првог порођајног доба она се смешта на одељење и уколико трудноћа није ризична, требало би избегавати све интервенције за убрзавања порођаја **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

7.11 У латентној фази првог порођајног доба требало би да трудници буду омогућени услови за слободно кретање, као и приступ тоалету, води и храни. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

7.12 Требало би обавити превођење труднице у порођајну салу са дилатацијом од 5 cm или већом. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

7.13 Неопходно је без одлагања превести трудницу у порођајну салу уколико постоји неки од фактора ризика:

Фактори везани за трудницу:

- пулс преко 120 у минути у 2 наврата у раздобљу од 15 до 30 минута
- повишен дијастолни притисак преко 90 mm Hg и/или систолни притисак преко 140 mm Hg у 2 мерења након 15 до 30 минута

- дијастолни притисак преко 110 mm Hg и/или систолни притисак преко 160 mm Hg
- појава мање од 9 или више од 21 респирације у минути у 2 наврата у периоду од 15 до 30 минута
- 2+ протеина у урину и повишен дијастолни притисак преко 90 mm Hg или систолни притисак преко 140 mm Hg
- телесна температура од 38° C и више или 37.5° C или више у 2 мерења у размаку од 1h
- свеже крвављење или крвава плодова вода
- прснуће плодових овојка дуже од 24h
- присуство меконијума
- бол који трудница описује да се разликује од бола повезаног са контракцијама материце

Фактори везани за плод:

- патолошки или интермедијарни CTG запис
- редуковани покрети плода у последња 24h
- презентација пупчаника. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Фетална срчана радња

7.14 Предлаже се провера срчаних тонова плода сваки пут када се трудница прегледа (Степен препоруке 4, ниво доказа D)

7.15 Кардиотокографија или аускултација тонова плода помоћу Пинардовог стетоскопа или ручног преносивог Доплера се препоручују за процену стања плода након пријема у здравствену установу код трудница са спонтаним започињањем порођаја. (Степен препоруке 3, ниво доказа C)

7.16 У активној фази првог порођајног доба предлаже се аускултација плода на сваких 30 минута, а по потреби и чешће. Требало би да свака аускултација траје најмање 1 минут, почевши од момента када се палпаторно осети престанак контракције. Ако откуцаји нису у нормалном распону од 110–160 откуцаја у минути, аускултацију треба поновити заредом након три наредне контракције материце. Ако постоји суспектан аускултаторни налаз предлаже се CTG мониторинг. (Степен препоруке 2, ниво доказа B)

7.17 Континуирана кардиотокографија се не препоручује рутински за процену интраутерусног стања плода код трудница без ризика код којих је порођај наступио спонтано (Степен препоруке 3, ниво доказа C).

Пелвиметрија

7.18. Рутинска клиничка пелвиметрија се не предлаже трудницама. (Степен препоруке 3, ниво доказа C)

Клистирање

7.19. Рутинско клистирање трудница се не предлаже приликом пријема у породилиште. Одлуку препустити трудници, након детаљног објашњења. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Бријање перинеума

7.20 Не предлаже се рутинско бријање перинеалног подручја пре вагиналног порођаја. Одлуку о томе препустити трудници, осим ако се предлог не односи на труднице које се припремају за оперативно завршавање порођаја – царски рез. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Храна и пиће

7.21 Предлаже се да се трудница информише да може да уноси течност током порођаја уколико је жедна, али се не предлаже унос течности већи од уобичајеног. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.22 Предлаже се да се трудница информише да може унети лакши дијетални оброк током порођаја уколико није примила опиоиде или уколико не постоји ризик од оперативног завршавања порођаја. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Мобилност и положај тела

7.23 Препоручује се слобода кретања труднице током прве фазе физиолошког порођаја. Подржати одлуку саме труднице о положају тела током прве фазе порођаја. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

Вођење првог порођајног доба – латентна фаза

7.24 Током латентне фазе првог порођајног доба требало би:

- мерити температуру, притисак, пулс и респирације
- предложити трудници акушерски преглед према клиничкој процени
- регистровати CTG запис на свака 24 сата, по потреби чешће. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

7.25 Требало би трудницу превести у породилиште, тј. у порођајну салу уколико је дилатација 5 cm или се појави:

- пулс преко 120 у минути у 2 наврата у раздобљу од 15 до 30 минута
- повишен дијастолни притисак преко 90 mm Hg и/или систолни притисак преко 140 mm Hg у 2 узастопна мерења након 15 до 30 минута
- дијастолни притисак преко 110 mm Hg и/или систолни притисак преко 160 mm Hg
- мање од 9 или више од 21 респирација у минути у 2 наврата у периоду од 15 до 30 минута
- 2+ протеина у урину и повишен дијастолни притисак преко 90 mm Hg или систолни притисак преко 140 mm Hg
- телесна температура од 38° C и више или 37.5° C или више у 2 мерења у размаку од 1h
- свеже крвављење или крвава плодова вода
- прснуће плодових овојка дуже од 24h

- меконијална плодова вода
- бол који трудница описује да се разликује од бола повезаног са контракцијама материце
- промена фреквенце срца плода
- хитно стање у акушерству (крвављење, пролапс пупчаника, губитак свести труднице или потреба за интензивном негом неонатуса). **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

7.26 Неопходно је трудницу превести у породилиште, тј. порођајну салу, уколико се утврди постојање било ког фактора ризика, након чега се такав порођај не сматра физиолошким и води се на одговарајуће начине. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Меконијум

7.27 Уколико је присутан меконијум у плодовој води, препоручује се превођење труднице у порођајну салу уз проверу постојања других фактора ризика. Информисати трудницу да:

- присуство меконијума повећава ризик за патњу плода
- саветује се континуирана кардиотокографија
- неопходно је присуство неонатолога на рођењу плода. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

Прво порођајно доба – активна фаза

7.28 Неопходно је коришћење партограма и правилно вођење медицинске документације **Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

7.29 Неопходно је омогућити пражњење мокраћне бешике најмање на свака 4 сата. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

7.30 Предлаже се да се обрати пажња на емотивно и психолошко стање труднице и њену жељу за обезбољавањем порођаја. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.31 Не предлаже се предузимање акушерских интервенција и поступака уколико порођај задовољавајуће напредује и ако трудница и плод нису угрожени. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.32 Предлаже се размотрити враћање труднице на одељење на коме до тада проводи прво порођајно доба, уколико више не постоји разлог због кога је преведена у порођајну салу. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Интервенције у првом порођајном добу

7.33 Код порођаја који спонтано започиње и задовољавајуће напредује, не препоручује се рутинско прокидање водењака. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С).**

7.34 Не препоручује се рутинско комбиновање ране амниотомије са применом oxytocina **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

Активно вођење порођаја

7.35 Активно вођење порођаја ради превенције спорог напредовања порођаја се не препоручује као рутински поступак. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

7.36 Активно вођење порођаја има одређене предности у смислу скраћивања трајања порођаја и смањења процента царског реза. Упркос томе, сматра се да ова метода захтева знатне здравствене ресурсе и може нарушити права и избор трудница, тако да се препоручује стални индивидуални приступ. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

Успорено напредовање и застој у активној фази у првом порођајном добу

Успорено напредовање порођаја је дефинисано као прогресија дилатације мања од 1 cm у периоду од 2 сата.

Застој порођаја је дефинисан као ненапредовање дилатације у периоду од 2 сата.

7.37 Уколико се посумња или је дошло до ненапредовања порођаја у активној фази у првом порођајном добу, препоручује се да се размотри:

- Паритет
- Промене у јачини, трајању и учесталости материћних контракција
- Постојање неправилности ротације и презентације плода. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

7.38 Препоручује се да се трудници понуди хидратација и пружи подршка. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

7.39 Предлаже се да се свим трудницама са успореним напредовањем или застојем у порођају у активној фази првог порођајног доба унутрашњи акушерски преглед понавља на 2 сата, а по потреби и чешће. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Амниотомија

7.40 Уколико се установи успорено напредовање или застој порођаја у успостављеној активној фази првог порођајног доба, неопходно је размотрити амниотомију код свих трудница са интактним плодовим овојцима, након објашњења процедуре и информисања да ће то скратити дужину трајања порођаја и евентуално појачати болност материћних порођајних контракција. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

7.41 Након амниотомије предлажу се унутрашњи акушерски прегледи на свака 2 сата, по потреби и чешће. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Употреба oxytocina

7.42 Код свих трудница са доказаним успореним напредовањем или застојењем порођаја у активној фази првог порођајног доба и након амниотомије, предлаже се започињање стимулације порођаја применом oxytocina. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.43 Предлаже се да се трудници објасни улога oxytocina и донесе заједничка одлука о примени. Информисати трудницу да:

- употреба oxytocina након амниотомије или спонтаног прснућа плодових овојка може убрзати порођај

- oxytocin повећава учесталост и јачину контракција материце и зато се праћење материћних контракција и срчане радње плода мора спроводити континуирано употребом кардиотокографије
- oxytocin може довести до хиперстимулације порођаја која може довести до пролазне феталне хипоксије и уколико до тога дође доза oxytocina ће бити смањена или ће употреба oxytocina бити обустављена. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.44 Предлаже се да се трудници понуди епидурална аналгезија пре започињања стимулације порођаја oxytocinom или касније уколико то трудница жели. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.45 Када се започиње стимулација порођаја oxytocinom у току активне фазе првог порођајног доба, предлаже се:

- не давати *i.v.* растворе течности без клиничке индикације (није пила, дехидрирана или хипотензивна)
- пратити баланс течности. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.46 Уколико се oxytocin користи у првом порођајном добу, предлаже се да време између повећавања дозе не буде краће од 30 минута. Доза се повећава док се не постигну 3 до 4 контракције на 10 минута. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.47 Oxytocin се користи обазриво. Уколико су контракције чешће од 4 на 10 минута, смањити дозу или у потпуности обуставити стимулацију порођаја oxytocinom док се не успоставе 4 или мање контракције на 10 минута. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.48 Предлаже се обустава примене oxytocina уколико је CTG запис патолошки. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.49 Предлаже се поновна примена oxytocina у акутној фази првог порођајног доба, након акушерског прегледа, уколико је CTG запис уредан. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.50 Након поновне примене oxytocina предлаже се вођење рачуна о претходној дози и комплетној клиничкој слици. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.51 Предлаже се акушерски преглед на сваких сат времена након што је стимулација порођаја применом oxytocina довела до појаве регуларних контракција и успостављања механизма порођаја. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.52 Уколико у времену 4 сата од почетка примене oxytocina дилатација напредује за мање од 2 cm, потребно је размотрити завршавање порођаја царским резом. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

8. Друго порођајно доба

Надзор у другом порођајном добу

8.1. Неопходно је трудницу информисати да активна фаза другог порођајног доба траје до **ТРИ** сата ако је прворотка, а уколико је вишеротка траје максимално **ДВА** сата. Неопходно је имати у виду да код трудница са епидуралном аналгезијом пасивна фаза другог порођајног доба може трајати до два сата код прворотки и до сат времена код вишеротки. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

8.2. Не препоручује се скраћивање другог порођајног доба употребом oxytocina или другим активним приступом уколико су стање труднице и плода задовољавајући и уколико се процени да порођај задовољавајуће напредује. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)

8.3. Предлаже се праћење напредовање порођаја у другом порођајном добу унутрашњим акушерским прегледима на сваких сат времена, по потреби чешће. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

У оквиру сваког прегледа, потребно је дефинисати:

- тачку водиљу на главици плода
- положај оријентационих линија главице плода
- висину главице плода у односу на интерспиналну линију
- учесталост, јачину и трајање материчних контракција
- постојање водењака или квалитет плодове воде
- праћење ефикасности невољног и вољног напињања трудице. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)

8.4. Кардиотокографија или аускултација тонова плода помоћу Пинардовог стетоскопа или ручног преносивог Доплера се препоручују у другом порођајном добу за процену стања плода. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)

8.5. Континуирани CTG мониторинг током друге фазе порођаја се не препоручује. Постоје докази да таква примена мониторинга плода повећава стопу оперативних завршених порођаја. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)

8.6. У другој фази порођаја предлаже се аускултација плода на сваких 10 минута, а по потреби и чешће. Требало би да свака аускултација траје најмање 1 минут, почевши од момента када се палпаторно осети престанак контракције. Ако откуцаји нису у нормалном распону од 110-160 откуцаја у минути, аускултацију треба поновити заредом након три наредне контракције материце. Ако постоји суспектан аускултаторни налаз предлаже се CTG мониторинг. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

8.7. Неопходно је током друге фазе порођаја пратити:

- психоемоциони статус труднице и њено понашање.
- положај труднице, хидрацију и ублажавање болова. (Видети поглавље положај труднице у другом порођајном добу 8.5.-8.10 и Терапија бола у порођају поглавље 5). (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

Положај труднице у другом порођајном добу

8.8 Препоручени положај труднице за експулзију плода у Републици Србији је **ЛИТОТОМНИ** (лежећи положај на леђима са ногама подигнутим, савијеним у куковима и коленима и постављеним у посебно припремљене држаче). (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

8.9 Уколико услови у породилишту дозвољавају препоручује се да се трудници омогући напињање и у другом положају осим литотомном. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

8.10 Уколико особље у порођајној сали није у могућности да испрати стање плода у положају који трудница изабере, препоручује се да се о томе обавести трудница и да јој се препоручи промена положаја тела у току порођаја. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

Напињање у другом порођајном добу

8.11. Труднице треба да током другог порођајног доба прате невољне напоне и додатно их појачавају вољним напињањем. (**Степен препоруке 2, ниво доказа B**)

8.12. Препоручује се **дириговано вољно напињање** трудницама вишероткама без епидуралне аналгезије. Дириговано вољно напињање може скратити трајање другог порођајног доба. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

8.13. Препоручује се трудници прворотки са епидуралном аналгезијом:

- **дириговано напињање** које смањује могућност завршетка порођаја хитним царским резом и скраћује време трајања друге фазе порођаја,
- **одложено дириговано напињање** (2 сата након комплетне дилатације) које може скратити трајање активне фазе другог порођајног доба. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

8.14. Препоручује се трудници вишеротки са епидуралном аналгезијом:

- **одложено дириговано напињање** (1 сат након комплетне дилатације) које може смањити могућност употребе форцепса или вакуума,
- **одложено дириговано напињање** (одложено дириговано напињање (1 сат након комплетне дилатације) које може скратити трајање активне фазе другог порођајног доба. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

Интрапартални поступци у циљу редукције перинеалне трауме

8.15. Предлаже се употреба хидросолубилних лубриканта у другом порођајном добу, са масажом међице или без ње, као и заштита перинеума руком, у циљу смањења ризика за појаву перинеалних расцепа. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

8.16. Неопходно је информисати трудницу о техникама смањења перинеалне трауме и подржати избор за који је она мотивисана. (**Степен препоруке 1, ниво доказа A**)

8.17 Препоручује се примена епизиотомије само ако постоји потреба за њом, а најчешће је то сумња на фетални дистрес плода и инструментално завршавање порођаја. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

8.18. Не би требало вршити рутински епизиотомију током спонтаног вагиналног порођаја, препоручује се селективна, рестриктивна примена епизиотомије. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

8.19. Уколико се донесе одлука о примени епизиотомије, неопходно је о тој одлуци обавестити трудницу, захтевати усмени или потписани информисани пристанак и обезбедити локалну анестезију. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

8.20. Не би требало рутински применити епизиотомију код пацијенткиња које су имале повреде перинеума трећег степена. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

8.21. Уколико се примењује епизиотомија, требало би вршити медиолатералну епизиотомију. Угао вертикалне осовине са епизиотомијом треба да буде између 45 и 60 степени, пошто је медијална епизиотомија повезана са већим ризиком сложене повреде меког порођајног пута и аналног сфинктера. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

Скраћивање трајања другог порођајног доба

8.22. Не препоручује се скраћивање другог порођајног доба и активни приступ уколико су стање мајке и плода задовољавајући и уколико се процени да порођај задовољавајуће напредује. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

8.23. Уколико нема препрека за завршавање порођаја вагиналним путем, а процена је да су контракције неадекватне, а фетални мониторинг уредан, предлаже се употреба охутоцина током другог порођајног доба. Повећавати дозу охутоцина до постизања 3–4 контракције у 10 минута. Дозу повећавати постепено, најкраће на 30 минута. (Види детаљније употреба охутоцина у Првом порођајном добу) **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Примена форцепса и вакуум екстрактора

8.24. Предлаже се скраћивање другог порођајног доба када активна фаза траје дуже од ТРИ сата код прворотке или ДВА сата код вишеротке. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

8.25. Уколико због појаве индикације од стране труднице и/или плода треба убрзати порођај неопходно је проценити:

- степен хитности
- могућност вагиналног порођаја уз примену акушерских операција, форцепса или вакуум екстрактора
- потребу за применом додатне анестезије. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

8.26. Неопходно је тим обавестити о степену хитности и забележити време када је одлука о убрзању порођаја донета. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

8.27. Требало би понудити завршетак порођаја уз помоћ форцепса или вакуум екстрактора уколико је угрожено стање труднице или/и плода или уколико је продужена друга фаза порођаја. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

8.28. Уколико трудница одбија примену форцепса и/или вакуум екстрактора, неопходно је:

- размотрити друге могућности за завршавање порођаја (царски рез)
- информисати трудницу о ограничениости избора услед безбедности и степена хитности (пример: царски рез није више могућност избора уколико је главица плода превише ниско у карлици). (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

8.29. Неопходно је размотрити примену додатних анестетика пре употребе форцепса и вакуум екстрактора. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Фундални притисак

8.30. Не препоручује се притисак на фундус материце ради олакшања или убрзања другог порођајног доба – захват по Kristelleru. (Степен препоруке 3, ниво доказа С)

8.31. Требало би истаћи значај психофизичке припреме труднице да би вољни механизми напињања били ефикаснији у фази експузије и на тај начин избегао притисак на фундус утеруса. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

8.32. Притисак на фундус материце се може применити током довршења порођаја уз помоћ вакуум екстрактора када се предлаже дозирана примена притиска подлактицом на фундус материце. (Степен препоруке 4, ниво доказа D)

9. Треће порођајно доба

9.2. Неопходно је посаветовати породиљу да је АКТИВНИ ПРИСТУП у трећем породјајном добу удружен са мањим ризиком од постпарталног крварења и мањом потребом за трансузијом крви у односу на ФИЗИОЛОШКИ ПРИСТУП [1]. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

9.3. Уколико породиља захтева физиолошки приступ трећем порођајном добу неопходно је продискутовати о користи АКТИВНОГ ПРИСТУПА. Неопходно је подржати одлуку породиље и убележити у медицинску документацију информисани избор [1-3]. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Опсервација породиље у трећем порођајном добу

9.5 Предлаже се опсервација породиље у трећем порођајном добу:

- праћење општег стања на основу боје коже, респирације и њеног саопштавања како се осећа,
- праћење вагиналног крварења. (Степен препоруке 4 ниво доказа D)

Клемовање и пресецање пупчаника

9.6 Неопходно је одложити клемовање пупчаника пре истека 1 минут, осим у ситуацијама где постоји сумња да није очуван интегритет пупчане врпце или је индиковано применити мере реанимације новорођенчета. **Степен препоруке 1 ниво доказа А)**

9.7 Неопходно је клемовати пупчаник пре истека 5 минута да би се могла применити контролисана тракција као део активног поступка. **(Степен препоруке 1 ниво доказа А)**

9.8 После пресецања пупчаника, применити контролисану тракцију као део активног поступка у трећем порођајном добу. Неопходно је контролисану тракцију применити после примене охутосина и појаве знакова сепарације плаценте. **(Степен препоруке 1 ниво доказа А)**

9.9 Предлаже се вођење медицинске документације о времену клемовања пупчаника и приликом примене активног и физиолошког приступа у трећем порођајном добу. **(Степен препоруке 4 ниво доказа D)**

Продужено треће порођајно доба

9.9. Предлаже се дијагностиковати продужено треће порођајно доба ако се постељица не породи 30 минута приликом активног поступка или 60 минута после физиолошког поступка. **(Степен препоруке 4 ниво доказа D)**

Заостала постељица

9.11 Ако је постељица заостала, предлаже се да се уради вагинални преглед да би се проценила потреба за мануелном екстракцијом постељице. Објаснити породиљи да преглед може бити болан. Предлаже се извођење мануелне експлорације кавума материце и мануелну екстракцију плаценте у аналгезији или анестезији. **(Степен препоруке 4 ниво доказа D)**

Фактори ризика за постпартално крварење

9.12 Трудницама са антенатално утврђеним постојањем фактора ризика за постпартално крварење, препоручује се порођај у секундарној или терцијарној здравственој установи. Фактори ризика за постпартално крварење су:

- претходно постпартално крварење преко 1000 мл,
- placenta accrete spectrum (ПАС)
- прееклампсија,
- матерни хемоглобин испод 85 г/л у моменту порођаја,
- BMI > 35 кг/м²,
- мултипаритет (четворо и више порођаја),
- постојеће аномалије материце (нпр. фибромиоми),
- ниско усађена постељица. **(Степен препоруке 3, ниво доказа B)**

9.13 Препоручује се настављање надзора над факторима ризика који се могу појавити током самог порођаја.

- индукција и стимулација порођаја oxytocinom или простагландинима,

- продужено прво или друго порођајно доба,
- сепса,
- брз порођај,
- завршавање порођаја вакуумом или форцепсом,
- застој рамена,
- застој у рађању постељице. **(Степен препоруке 4 ниво доказа D)**

9.14 Препоручује се опрез са употребом антидепресива, посебно месец дана пре порођаја (селективни инхибитори преузимања серотонина (SSRI) или инхибитори преузимања серотонин-норадреналина (SNRI)) јер њихова примена може утицати на повишење ризика за настанак постпарталног крварења. **(Степен препоруке 3, ниво доказа B)**

9.15 Предлаже се нотирање у медицинској документацији постојање фактора ризика за настанак постпарталног крварења. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

10. Нега новорођенчета

Контакт кожа-на-кожу

10.1. Неопходно је непосредно по рођењу, уколико се не утврди потреба за хитном применом мера реанимације, новорођенче посушити пеленом и спустити на стомак или груди мајке, како би се започео контакт кожа-на-кожу. Неопходно је спроводити контакт кожа-на-кожу током бар једног сата. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

Аспирација горњих дисајних путева

10.2 Неопходно је избећи аспирацију горњих дисајних путева (уста и носа) као рутинску процедуру. Ова интервенција је индикувана само уколико је присутан садржај у дисајним путевима који отежава дисање новорођенчета. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

Одложено клемовање пупчаника

10.3. Неопходно је одложити клемовање пупчаника у свим случајевима када није индикувано применити мере реанимације новорођенчета:

- одложеним клемовањем пупчаника, 1-5 мин, новорођенчету се обезбеђује додатна количина крви из плаценте, значајна за бољу кардиопулмоналну адаптацију по рођењу и превенцију анемије у раном узрасту одојчета,
- истискивање крви из пупчаника, такозвани “milking”, није адекватна и довољно безбедна алтернатива одложеном клемовању пупчаника,
- пресецање пупчаника подразумева асептични поступак (стерилним инструментом у стерилним рукавицама),
- неопходно је клемовати пупчаник пре истека 5 минута да би се могла применити контролисана тракција као део активног поступка. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

Прва процена новорођенчета (Apgar скор)

10.4. Неопходно је спровести прву процену адаптације новорођенчета на ванматеричне услове, евентуалну потребу за применом мера реанимације и одређивање Apgar скорa у 1. и 5. минути по рођењу. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Први подој новорођенчета

10.5 У првом сату, током спровођења контакта кожа-на-кожу мајке и новорођенчета, неопходно је омогућити први подој. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Обележавање новорођенчета

10.6. Предлаже се да мајка и новорођенче непосредно по рођењу добију компатибилне трачице које носе све време боравка у болници како би се избегла случајна замена новорођенчади. (Степен препоруке 4, ниво доказа D)

10.7 Предлаже се да свако породилиште има јасно дефинисану процедуру која се односи на обележавање. У складу са дефинисаном процедуром, трачице могу да садрже неке од следећих података: број под којим је мајка хоспитализована, име и презиме мајке, пол новорођенчета, датум и време рођења или друге податке. (Степен препоруке 4, ниво доказа D)

10.8 Предлаже се да пре напуштања порођајне сале мајка заједно са медицинском сестром провери тачност података који се налазе на трачици. Свако одвајање мајке и новорођенчета захтева поновну проверу трачице. (Степен препоруке 4, ниво доказа D)

Превенција хипотермије

10.9. У циљу превенције хипотермије, неопходно је за новорођенче обезбедити термонуеutralну средину:

- препоручена температура просторије у којој новорођенче борави непосредно по рођењу треба да се креће између 26 и 28 °C
- непосредно по рођењу, новорођенче обрисати сувом компресом или пеленом. Током спровођења контакта кожа-на-кожу новорођенче прекрити сувим прекривачем и држати капу на глави. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Купање новорођенчета

10.10 Неопходно је избегћи купање новорођенчета првог дана по рођењу, само обрисати трагове крви и секрета са коже. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Антропометријска мерења, мере превенције и имунизација

10.11 По спроведеном контакту кожа-на-кожу предлаже се антропометријско мерење новорођенчета. (Степен препоруке 4, Ниво доказа D)

10.12 Неопходно је спровести профилаксу ране хеморагијске болести новорођенчета (Степен препоруке 1, Ниво доказа А)

10.13 Неопходно је спровести профилаксу офталмије и започети имунизацију новорођенчета против хепатитиса В и BCG. (Степен препоруке 1, Ниво доказа А)

11. Брига о породиљу након порођаја

11.1 Неопходно је, након порођаја, контролисати виталне параметре од првог сата од порођаја до 24 сата од порођаја:

- контролисати крвни притисак у првих неколико сати након порођаја и уколико је у физиолошким границама, следеће мерење наредних 6 сати
- прегледати постељицу и лохије,
- пратити вагинално крварење
- палпирати висину фундуса материце,
- проверити контрактилност материце,
- проверити психоемоционално стање пацијенткиње,
- проверити микцију у случају да 6 сати од порођаја није дошло до спонтаног мокрења, извршити катетеризацију мокраћне бешике. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

11.2 Предлаже се упознати породиљу са хигијенским навикама везаним за рану од перинеалног расцепа и/или епизиотомије, као и о примени аналгетика по опоравку, и евентуалним вежбама за мишиће пода карлице. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Процена тонуса материце након порођаја

11.3 Процена тонуса материце након порођаја препоручује се за све породиље у циљу раног препознавања атоније материце. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

Примена антибиотика код вагиналног порођаја

11.4. Не би требало рутински примењивати антибиотике код вагиналног порођаја без компликација. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

11.5 Не би требало рутински примењивати антибиотике код вагиналног порођаја са епизиотомијом. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

11.6 Антибиотике треба примењивати само ако постоје клинички знаци инфекције ране од епизиотомије. Уколико се рана од епизиотомије прошири и постане перинеални расцеп 3. и 4. степена потребна је примена антибиотика. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

Отпуст из здравствене установе након вагиналног порођаја без компликација

11.7 Након вагиналног порођаја без компликација породиља и новорођенче треба да буду збринути унутар 24 часа. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

11.8 Предлаже се отпуст из здравствене установе најраније 48 сати након физиолошког вагиналног порођаја. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

11.9 Пре отпуста неопходно је контролисати вагинално крварење породиље. Породиља не сме бити у инфекцији и треба успоставити лактацију. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

ПРЕПОРУКЕ

1. Антенатална едукација о порођају

1.1 Требало би обезбедити свакој трудници антенаталну едукацију о порођају која подразумева:

- Информације шта да трудница очекује у првој фази порођаја,
- Када се трудница јавља у болницу – изабрано породилиште,
- Како да разликује Бракстон Хиксове контракције од правих порођајних контракција, њихов интензитет, учесталост и дужину трајања,
- Како да трудница препозна прснуће плодових овојка [1,2]. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

1.2 Свакој трудници требало би омогућити/понудити:

- Разговор о очекивањима и жељама труднице везаним за порођај. Информације о порођају требало би дати на почетку трудноће, да трудница има довољно времена да размисли о свим аспектима порођаја. Одлуке које донесе може променити из личних разлога или зато што трудноћа то захтева услед новонасталих компликација у току саме трудноће и/или порођаја [1,2]. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- Информације о примени различитих видова обезбољавања порођаја (епидурална, спинална анестезија, инхалациона смеша за ублажавање бола, примена медикамената током порођаја) [1,2]. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- Информације о изненадним унапред непредвидивим компликацијама током порођаја које се могу десити, а које захтевају примену неке од следећих процедура: епизиотомија, вакуум екстракција плода, екстракција плода форцепсом, примена хитног царског реза, примена трансфузије, процедуре за збрињавање компликација у трећем и четвртом порођајном добу [1–3]. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)
- Информације о ретким компликацијама код плода током порођаја: аспирација плодове воде, меконијална аспирација, прелом кључне кости, прелом хумеруса, као и најтежим компликацијама као што су интрапартална смрт плода и рана неонатална смрт у првих 7 дана од рођења [1,4]. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

Литература:

1. **World Health Organization.** Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: WHO; 2018. [Available online](#).
2. **National Institute for Health and Care Excellence.** *Intrapartum Care*, NICE guideline NG235. London: NICE; 2023 [доступно на: www.nice.org.uk/guidance/ng235].
3. **World Health Organization.** Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. 2nd ed. Geneva: WHO; 2017 [доступно на: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565493>].
4. **Hong K, Hwang H, Han H, Chae J, Choi J, Jeong Y, et al.** Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Women Birth*. 2021 May;34(3):219–30.
5. **Alizadeh-Dibazari Z, Abdolalipour S, Mirghafourvand M.** The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a

scoping review using systematic approach and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 Jul 27;23(1):541.

2. Основне одредбе о месту порођаја

По Правилнику о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања – члан 19 [1], свака трудница треба да има изабраног лекара у оквиру примарне здравствене заштите. Код изабраног лекара врши прегледе без упута, а за додатне дијагностичке или терапијске процедуре се додељује упут за преглед или лечење у специјалистичким установама, или установама секундарног или терцијерног нивоа здравствене заштите.

У члану 40 истог Правилника стоји да са упутом лекару специјалисти, осигурано лице остварује право на све специјалистичко-консултативне прегледе и дијагностику који се могу пружити у тој здравственој установи, а који су потребни да би се поставила дијагноза, односно сачињен лекарски извештај, као и на контролне прегледе у року од шест месеци од дана првог јављања лекару специјалисти у тој здравственој установи.

Члан 43 тог Правилника каже: Осигурано лице са упутом изабраног лекара остварује право на стационарно лечење у најближој здравственој установи на подручју филијале.

2.1. По тумачењу свих правних аката који се односе на трудноћу у Републици Србији, порођај се сматра хитним стањем, те се предлаже установама пружање здравствене заштите без обзира да ли труднице у порођају имају упут и да ли је тај упут насловљен за ту здравствену установу. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Разматрања порођаја у кућним условима

У складу са актуелним законом и прописима, порођај у Србији се обавља у породилишту. У неким земљама Европе могуће је порођај обавити код куће. За порођај код куће у Србији постоји низ правних и административних препрека због којих се он у овом тренутку не препоручује трудницама.

2.2 Неопходно је објаснити свим трудницама, било да рађају своје прво дете или су се већ порађале, да вагинални порођај носи низак ризик од компликација и да због тога требају планирати свој порођај у најближој здравственој установи која им то може омогућити [2]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

У Републици Србији постоји неколико ванболничких породилишта, која су оспособљена за порођај трудница са претпостављеним минималним изгледима за компликације, затим породилишта у оквиру општих или специјалних болница која одговарају секундарном нивоу здравствене заштите, као и Универзитетски клинички центри или Клинички центри са породилиштем, који су терцијерни ниво здравствене заштите.

2.3 Препоручује се да надлежни гинеколог, давањем упута за одређену здравствену установу која у свом саставу поседује породилиште, упутити трудницу ради порођаја уз њену сагласност. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

2.4 За одређена стања повећаног ризика (видети Табелу 2) неопходно је саветовати порођај у установи секундарног нивоа здравствене заштите, а у случају компликација у установи терцијарног нивоа здравствене заштите [2]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

Табела 2. Стања повећаног ризика код којих је неопходно саветовати порођај у установи вишег нивоа

Група обољења	Стања
Кардиоваскуларна	Потврђене кардиолошке болести у трудноћи Хипертензија
Респираторна	Астма која захтева терапију Цистична фиброза Хронична опструктивна болест плућа
Хематолошка	Хемоглобинопатије, мајор бета таласемија Анамнеза тромбо-емболијских болести Тромбоцитопеничка пурпура, тромбоцитопенија са мање од 100000 тромбоцита Von Willebrand-ova болест Други поремећаји крви или крварења Атипична антитела и ризик од хемолитичке болести новорођенчета
Ендокрина	Хипертиреозидизам Diabetes mellitus
Инфективна	Хепатитис Б или Ц са поремећајем јетрених функција, HIV Токсоплазмоза Туберкулоза Богиње у завршном триместру Генитални херпес
Имунолошка	Системски lupus eritematosus Склеродермија Болести са поремећајем везивног ткива
Ренална	Тежи поремећаји функције бубрега
Неуролошка	Мијастенија гравис Miasteniја gravis Епилепсија Анамнеза цереброваскуларног инсульта Неуролошки дефицит Претходни прелом карлице
Гастроинтестинална	Кронова болест Улцерозни колитис Болести јетре праћене поремећајем функције и порастом ензима јетре и других тестова који указују на проблем у функцији јетре
Психијатријска	Психијатријска обољења која захтевају појачани надзор и терапију
Гинеколошка	Анамнеза операције на утерусу (миомектомије, хистеротомија, реконструктивне операције на материци, трахелектомија или сл.) Аномалије развоја утеруса и вагине

2.5 За одређена стања у претходној или актуелној трудноћи (видети Табелу 3) неопходно је саветовати порођај у установи секундарног нивоа, а у случају компликације и установи терцијарног нивоа [2].(Степен препоруке **1**, ниво доказа **A**)

Табела 3. Стања у претходној или актуелној трудноћи код којих је неопходно саветовати порођај у установи вишег нивоа

Претходна трудноћа	Необјашњена интраутерина смрт плода или смрт плода повезана са потешкоћама у самом порођају Прееклампсија Рођење детета са енцефалопатијом Абрупција плаценте у претходној трудноћи Претходни царски рез, еклампсија или дистоција рамена Крварења након порођаја која су захтевала трансфузију Руптура материце Претходни порођај са плодом преко 4.5 кг Траума меких порођајних путева 3. и 4. степена, Placenta accreta spectrum (ПАС), Претходно примењене велике гинеколошке операције
Актуелна трудноћа	Вишеплодне трудноће Предњачећа постељица Патолошка плацентација Прееклампсија Актуелна абрупција постељице Превремени порођај Теже анемије (хемоглобин нижи од 85g/l на порођају) Интраутерина смрт плода Злоупотреба супстанци, алкохолна зависност Гестациони дијабетес под терапијом Карлична презентација или попречни положај плода Поновљена интрапартална крварења Фетална рестрикција раста и мали плод за гестацијску доб Смањена или повећана количина плодове воде Антепартално крварење непознате етиологије – једна епизода после 24. недеље трудноће Повећан <i>BMI</i> а посебно већи од 35, Клиничка и УЗ сумња на макрозомију Индукција порођаја Употреба наркотика Животна доб 40 и више година Миоми Аномалије плода

2.6 Требало би трудницама објаснити да је спонтани почетак порођаја повезан са најмање компликација у порођају. Планирани порођаји и индукције могу бити повезани са већом вероватноћом за инструменталним порођајем и са већим процентом порођаја завршених царским резом [3–5] (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**).

2.7 С обзиром на преходне податке, требало би охрабрити породицишта секундарног нивоа здравствене заштите да преузму порођаје без ризика, уз адекватну припрему и обезбеђивање оптималне гинеколошко акушерске неге, искусног анестезиолога и педијатра-неонатолога (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**).

Транспорт у установу вишег нивоа

2.8 Неопходан је транспорт пацијената у установу вишег нивоа здравствене заштите у случајевима појаве стања или компликација из става 2.2 и/или 2.3, и у случајевима када установа секундарног нивоа не располаже опремом или кадром за збрињавање таквог пацијента. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

2.9 Требало би да се сваки транспорт у установу вишег ранга претходно најави. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**).

2.10 Неопходно је да надлежни лекар у контакту са колегама из установе вишег нивоа здравствене заштите прецизно објасни зашто се планира транспорт пацијента и да се након тога донесе заједнички закључак да ли је транспорт оправдан и потребан. Ако јесте, неопходно је да се уз пацијента припреми и пошаље сва пратећа документација са отпусном листом, и уз адекватну пратњу здравствених радника. [2] (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**).

2.11 Предлаже се да се трудница саветује да почетак контракција дочека код куће, у смиреној атмосфери, и уз подршку блиске особе. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

2.12 Неопходно је да трудница на време обезбеди транспорт у породициште, припреми потребне ствари за угоднији боравак у породицишту, медицинску документацију и додатну опрему или лекове које узима. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

2.13 Уколико није дошло до руптуре плодових овојака и трудница уредно осећа покрете плода, предлаже се праћење контракција, док оне не достигну учесталост потребну за полазак у породициште. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

Литература:

1. Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања. „Сл. гласник РС“, бр. 10/2010, 18/2010 – испр., 46/2010, 52/2010 – испр., 80/2010, 60/2011 – одлука УС, 1/2013, 108/2017, 82/2019 – др. правилник, 31/2021 – др. правилник и 4/2024 – др. правилник.
2. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Intrapartum care [Internet]. London: NICE; 2023 Sep 29 [cited 2025 Apr 28]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>)
3. **Danilack VA, Nunes AP, Phipps MG.** Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(6):809.e1–6.

4. **Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al.** Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9947):980–1004.
5. **Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al.** Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33.

3. Опште препоруке за негу током порођаја

3.1 Препоручује се трудници да се креће, помера и заузима положај који њој највише одговара, осим равног лежања на леђима. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

3.2 Требало би омогућити присуство блиске особе трудници током порођаја, узимајући у обзир техничке услове уз строго поштовање приватности и жеље труднице. (**Степен препоруке 2, ниво доказа B**)

3.3 Предлаже се прање гениталија текућом водом пре акушерског прегледа. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

3.4 Неопходно је спровођење хигијенских мера од стране тима који учествује у порођају: стандардно прање руку пре прегледа, употреба рукавица за једнократну употребу, а код руптуре плодових овојака искључиво употреба стерилних рукавица. (**Степен препоруке 1, ниво доказа A**)

3.5 Избор личне заштитне опреме од стране здравствених радника у тиму се заснива на њиховој процени од ризика излагању: крви, телесним течностима, повређеним површинама коже и слузокоже. Неопходно је поштовати стандардне мере у превенцији инфекција. (**Степен препоруке 1, ниво доказа A**)

Присуство пратиоца на порођају

3.6. У складу са могућностима установе, требало би свакој трудници омогућити пратњу блиске особе током порођаја [1–3]. (**Степен препоруке 2, ниво доказа B**)

3.7. Неопходно је да пратилац буде информисан о понашању током боравка у порођајној сали, основним принципима порођаја, те начинима како може физички и психолошки помоћи трудници. (**Степен препоруке 1, ниво доказа A**)

Препоруке Светске здравствене организације указују на могући позитивни утицај присуства пратиоца на порођају како на материјални исход (смањење процента царског реза, мања инциденца перинеалне трауме, краће трајање порођаја, мање коришћење медикаментозног обезбољавања порођаја) тако и на неонатални исход (нешто више оцене Апгар скоро или нешто већи проценат породиља које доје). [4,5]

Одабрани пратилац има улогу да трудници пружа практичну и емотивну подршку, бодрећи је и помажући јој да очува осећај контроле и самопоуздања и да јој пружи континуирану физичку присутност. Он/она преноси информације о порођају, труди се да премости евентуални комуникацијски јаз између здравственог особља и труднице и потпомаже све прихваћене нефармаколошке начине олакшања болова [1–3].

3.8. Током порођаја би требало да медицинско особље, трудници и њеном пратиоцу, пружи потребне информације о току порођаја, у обиму које буде сматрало за довољним у датом тренутку. Требало би пружити информације о свим медицинским процедурама

које буду предузимане у циљу олакшавања или убрзавања тока порођаја. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

3.9 Неопходно је да се пратилац обавезе на заштиту приватности података, како за порођај коме присуствује, тако и за било које информације до којих дође током свог боравка у порођајној сали. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

3.10 Свака здравствена установа има право и обавезу да писаним документом одреди права и дужности пратиоца на порођају, потребну припрему пратиоца, како у едукативном, тако и у смислу процене здравља и прописаног одевања. Ако у одређеним ситуацијама пратња на порођају није могућа, неопходно је то на време саопштити трудници и/или одабраној пратњи. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Литература:

1. **World Health Organization.** *WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting.* Geneva: World Health Organization; 2012. Доступно са: (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf).
2. **World Health Organization.** *WHO recommendations for augmentation of labour.* Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf , accessed 17 January 2018).
3. World Health Organization. *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health.* Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf, accessed 17 January 2018).
4. **World Health Organization.** *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care.* Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334151/WHO-SRH-20.13-eng.pdf>
5. **Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A.** Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;7(7):CD003766. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6483123/>

4. Комуникација и интеракција са трудницом током порођаја

4.1 Неопходно је да обраћање трудници у породицишту буде достојанствено, љубазно и уз поштовање. Трудницу је неопходно охрабрити да поставља питања, дати јој потребно време да донесе одлуке које се тичу њеног порођаја и помоћи јој стручним мишљењем у доношењу таквих одлука [1-5]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

4.2 Сво особље које се налази у породицишту треба да пружа пуну подршку трудници током њеног боравка у порођајној сали и колико год је то могуће поштује њене индивидуалне, културолошке или/и верске обичаје [1-5]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

4.3 Препоручује се, у складу са доступним медицинским кадром, обезбеђивање довољно особља да трудница у активној фази порођаја не остане сама, осим у кратким временским периодима или по њеној жељи. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

4.4 Током објашњавања праћења порођаја требало би се трудници обраћати јасним, разумљивим речником, уз честу проверу да ли је дате информације разумела и да ли има додатних питања [1,5,6]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

4.5 Да би комуникација са трудницом била што успешнија, препоручује се да здравствени радник:

- пре сваког обраћања или прегледа са поштовањем представи, објасни на којој се функцији у том тренутку налази и на који начин ће учествовати у њеном порођају, **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**;
- током комуникације са трудницом задржи љубазан, миран, а истовремено професионалан став [1,2]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**
- пита трудницу како жели да јој се обраћају и обезбеди поуздан и професионални приступ у комуникацији, поштујући њену приватност и дигнитет [1,6]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

4.6 Требало би охрабрити трудницу да изнесе своја запажања или додатна питања везана за план лечења односно план порођаја који јој је презентован. Она има право да се током порођаја предомисли око неких својих одлука и то треба поштовати [1,3,4]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

4.7 Неопходно је трудницу упознати са опцијама за обезбољавање порођаја, могућим ризицима или компликацијама које се током такве процедуре могу појавити [1-5]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

4.8 Препоручује се да здравствени радник примарно пажњу усмери на трудницу, а не на документацију и помоћне техничке дијагностичке процедуре. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

4.9 Здравствени радник треба да развије осећај поверења код труднице, тако да она може да затражи помоћ када год пожели, као и да приликом напуштања порођајне сале, трудници најави свој поновни долазак. (Степен препоруке 2, ниво доказа B)

4.10 У случају промене екипе, препоручује се примопредаја у присуству труднице како би она упознала ново особље, односно како би се пред њом, на адекватан начин објаснило како порођај протиче до тренутка примопредаје, што ће трудници пружити осећај сигурности и поверења [1,6]. (Степен препоруке 3, ниво доказа C)

4.11 Уколико је то могуће, у установи у којој се порођај одвија предлаже се обезбеђивање услова за што комфорнијих положај у коме ће се трудница порађати. (Степен препоруке 4, ниво доказа D)

Литература:

1. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth [Internet]. London: NICE; 2023 [cited 2024 Dec]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
2. **World Health Organization.** WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2024 Dec]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf
3. **World Health Organization.** WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 Feb 15 [cited 2024 Dec]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
4. **Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, et al.** Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. BJOG. 2018 Jul;125(8):932-42. doi: 10.1111/1471-0528.15015.
5. **World Health Organization.** Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2024 Dec]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities>
6. **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** Effective patient–physician communication. Committee Opinion No. 587 [Internet]. Reaffirmed 2024 [cited 2024 Dec]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2014/02/effective-patient-physician-communication>

5. Терапија бола у порођају

Ставови о болу и терапији бола током порођаја

Сво особље које учествује у порођају требало би да прилагоди своје личне ставове о обезбољавању порођаја потребама и подршци трудници која се порађа.

Субјективни доживљај бола код жена у порођају може се испољавати на различите начине, вербалне и невербалне, и на њега значајно утичу порекло, обичаји, религија, културна баштина, социо-економски статус, као и постојање различитих психолошко/психијатријских поремећаја [1–4].

Смањивање бола у порођају без коришћења лекова

Већина жена у порођају жели неку врсту обезбољавања или помоћи да лакше поднесе тај бол. Препоруке указују да технике релаксације могу смањити бол и непријатност у порођају и тиме побољшати укупни доживљај порођаја [5].

Технике обезбољавања обухватају прогресивно опуштање мишића, дисање, музику, туширање, масажу лумбалног дела, коју ће спроводити са пратиоцем у порођају, менталне вежбе концентрације и друго [1]. Овакви поступци препоручују се здравим трудницама које желе олакшати порођај без коришћења медикамената, или је то код њих због нечега контраиндиковано [6,7].

5.1 Уколико породилиште има услове за пружање техника обезбољавања, оне се препоручују, уз обавезну напомену трудницама да је коришћење ових техника безбедно, али да су докази о повољном учинку ових техника веома ниског нивоа поузданости [1, 5–8]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

5.2 Породилишта која имају услове за порођај у води, морају додатно едуковати кадар за овакву врсту порођаја, уз обавезно поштовање хигијене, дезинфекције, антисепсе, техничких услова и превенције инфекције. Предлаже се контрола температуре жене и воде у кади на сат времена, која мора бити око 37,5 °C [1,9]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

5.3 Не предлаже се ароматерапија, јога, хипноза, акупунктура или акупресура за ублажавање бола током латентне фазе прве фазе порођаја [1,10]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Инхалациона аналгезија

5.5 У породилиштима у којима постоји могућност давања инхалационе анестезије, користи се мешавина кисеоника и азотног субоксида, уз обавезно коришћење апарата за уклањање остатака азотног субоксида из ваздуха. Труднице у порођају инхалирају гас преко маске, која ослобађа гас само при удаху кроз маску. Требало би их обавестити о

могућим пратећим дејствима ове инхалационе аналгезије, као што су мучнина, поспаност и/или вртоглавица [1,8]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

Стерилне инекције воде

5.6 Интракутане или супкутане инекције стерилне воде могу смањити бол у леђима током порођаја 10 минута након ињекције, у трајању до 3 сата, али могу дати почетне непријатне сензације у виду пецкања. Уколико се трудница одлучи за ову аналгезију бола у леђима током порођаја, предлаже се апликација по 0,1 ml интракутано или 0,5 ml супкутано на четири тачке Михаелисовог ромба [1]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Аналгезија опиоидним лековима

5.7 Коришћење опиоидних лекова као што су fentanyl или pethidin се предлаже код здравих трудница са сврхом обезбољавања порођаја, у зависности од могућности здравствене установе [1,11] **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

5.8 Уколико се користе опиоидни лекови, предлаже се и примена антиеметика [1]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

5.9 Требало би објаснити трудници да се употребом fentanila или pethidina постиже ограничено ослобађање бола током порођаја, али да могу настати други значајни споредни ефекти за њу (краткотрајна депресија дисања и поспаност, која може трајати неколико дана и отежати дојење) и за плод (респираторна депресија и поспаност) [11]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

5.10 Неопходно је ограничити улазак труднице у воду (базен или каду) док не прође 2 сата од давања опиоида или уколико је поспана [1]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

5.11 У случајевима када је потребно обезболити трудницу и у узнапредовалој дилатацији, као и у току самог порођаја, предлаже се коришћење remifentanila интравенски (РСА – patient controlled analgesia). Предлаже се коришћење само у добро опремљеним центрима јер захтева присуство искусне анестетичарке и бабице, уз континуирани мониторинг стања плода и респираторних функција мајке, због ризика од респираторне депресије, лак приступ оксигенотерапији и присуство анестезиолога [1]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Трудници треба објаснити ризике и користи примене remifentanila. О оваквим лековима мора се водити посебна врста евиденције уз строгу контролу складиштења и издавања.

Регионална аналгезија

Епидурална аналгезија је доказана метода за ублажавање болова током хируршких захвата и порођаја [12,13]. Како би се избегле компликације и очувала моторна

функција, потребно је користити најмању могућу делотворну концентрацију локалног анестетика. Тако се трудницама током експулзије плода омогућава положај по избору. Потребно је очувати осећај напона током другог порођајног доба [1,13].

5.12 Уколико трудница захтева регионалну аналгезију, неопходно је разговарати са њом о ризицима и предностима ове врсте аналгезије, као и ефектима које она има на бол у порођају. По потреби укључити и анестезиолога. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

5.13 Неопходно је да се трудници пруже информације о епидуралној аналгезији, укључујући следеће:

- доступна је само у неким породилиштима,
- има јаче дејство на ублажавање бола од опиоида,
- не мора увек бити потпуно ефикасна и понекад се епидурални катетер мора заменити,
- компликације током пласирања епидурала могу проузроковати тешку главобољу,
- није повезана са дуготрајним болом у леђима,
- није повезана са продуженим првим порођајним добом и повећаним бројем непланираних царских резова,
- повезана је са продуженим другим порођајним добом и повећаним бројем оперативних завршавања порођаја: форцепсом или вакуумом,
- повезана је са интензивнијим мониторингом, тако да кретање током порођаја може бити редуковано. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

5.14 Неопходно је да трудница потпише информисану писану сагласност за примену епидуралне аналгезије. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Нега и праћење жене са епидуралном аналгезијом

5.15 Предлаже се да се обезбеди венски пут пре пласирања епидуралног катетера. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

5.16 Није неопходно рутинско давање раствора пре давања нискодозажне епидуралне аналгезије или комбиноване спинално-епидуралне аналгезије. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

5.17 Трудници у регионалној аналгезији:

- неопходно је мерити притисак сваких 5 минута током 15 минута, током успостављања регионалне аналгезије или након сваке болус дозе (10 ml или више раствора) **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- уколико трудница није обезбољена 30 минута након сваке дозе, требало би обавестити анестезиолога да провери стање и размотри опције **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**
- неопходно је на сат времена проверавати ниво сензорног блока од стране обученог медицинског особља **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**
- уколико трудница није мобилна, неопходно је проверавати ниво моторног блока на сат времена тражећи да испружи ноге. Уколико то не може учинити,

неопходно је обавестити анестезиолога да провери стање и размотри опције [1].
(**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

5.18 Предлаже се да трудница у регионалној аналгезији заузима положај који жели током првог порођајног доба, те да не лежи само на леђима. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

5.19 Предлаже се трудници са епидуралном аналгезијом да се креће уколико има снаге и осећаја у ногама, а што се претходно провери од стране бабице или сестре обучене да брине о трудницама са епидуралном аналгезијом, уз савет да може имати осећај тежине у ногама. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

5.20 Предлаже се да се регионална аналгезија користи све до завршетка трећег порођајног доба и за шивење евентуалне руптуре перинеума или епизиотомије. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

5.21 Код труднице са епидуралном аналгезијом, а при комплетној дилатацији, експулзија може бити одложена до 2 сата код примипара и до сат времена код секундипара или мултипара. Неопходно је саветовати да користи вољне напоне приликом контракција. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

5.22 Није неопходно примењивати рутинску стимулацију oxytocinom у другој фази порођаја код трудница са регионалном аналгезијом (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

5.23 Предлаже се СТG запис у трајању од најмање 30 минута, одмах након пласирања катетера и након давања сваког болуса од 10 ml и више. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

Успостављање и одржавање регионалне аналгезије

5.24 Препоручује се примена епидуралне или комбиноване, спинално-епидуралне аналгезије у порођају. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

5.25 Уколико је потребна брза аналгезија, предлаже се комбинована спинално-епидурална аналгезија. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

5.26 Неопходно је сваку комбиновану спинално-епидуралну аналгезију успоставити са bupivacainom (или еквивалентним локалним анестетиком) и fentanilom. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

5.27 Неопходно је успоставити епидуралну аналгезију са ниском концентрацијом локалног анестетика и раствора fentanila. Иницијална доза је тест доза, ради провере места пласираног епидуралног катетера (не сме бити интратекално или интравенски). (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

5.28. Неопходно је користити мале концентрације локалног анестетика и опиоидног раствора (0.0625% до 0.1% bupivacaina или еквивалената у комбинацији са 2.0 микрограма по ml fentanila) за одржавање епидуралне аналгезије. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

5.29 Препоручује се коришћење програмиране пумпе за епидуралну аналгезију, коју ће укључивати обучени здравствени радници. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

5.30 Неопходно је избегавати високе концентрације раствора локалног анестетика (0.25% или више bupivacaina или еквивалената) рутински за одржавање епидуралне аналгезије. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Литература

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care. NICE guideline [NG235]. Published: 29 September 2023. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
2. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
3. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf
4. World Health Organization. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf
5. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. BMC Med. 2008;6:7.
6. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD009514.
7. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018;(3):CD009290.
8. Suarez-Easton S, Erez O, Zafran N, Carmeli J, Garbi G, Salim R. Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: an expert review. Am J Obstet Gynecol. 2023 May;228(5S):S1246-S1259. doi: 10.1016/j.ajog.2023.03.003.
9. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 16;5(5):CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub4.
10. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2016 May 19;2016(5):CD009356. doi: 10.1002/14651858.CD009356.pub3.
11. Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(9):CD007396.

12. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD000331.
13. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 21;5(5):CD000331. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub4. Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(9):CD007396.
14. Millicent Anim-Somuah, Rebecca Md Smyth, Allan M Cyna, Anna Cuthbert. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 21;5(5):CD000331.

6. Терминска руптура плодових овојака

6.1 Сумња на руптуру плодових овојака настала у $\geq 37+0$ недеља трудноће захтева потврду и адекватну опсервацију. Свака трудница са руптуром плодових овојака неопходно је да се јави најближој специјалистичкој гинеколошкој служби како би се извршила почетна тријажа. [1,2] (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

6.2 Уколико је потврђено отицање плодове воде, неопходно је, након спроведене почетне тријаже, трудницу упутити у породилиште. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

6.3 Уколико је присутно било које од наведених стања:

- евидентно отицање плодове воде непријатног мириса
- присуство меконијума у плодовој води
- присуство сукрвице у плодовој води
- вагинално крварење
- смањена покретљивост плода
- континуирани бол у трбуху
- општа слабост труднице
- изолован *Streptococcus β haemolyticus* групе В (GBS) ради израде плана антибиотске профилаксе
- карлични или попречни положај плода
- интраутерини застој у расту плода
- предњачећа постељица [1,3]

неопходно је трудницу са руптуром плодових овојака насталом у $\geq 37+0$ недељи трудноће, упутити у установу секундарног или терцијарног нивоа која у својој организацији поседује породилиште [1,4] (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**).

6.4 Уколико постоји евидентно отицање плодове воде, код трудница са руптуром плодових овојака насталом у $\geq 37+0$ недељи трудноће, не предлаже се преглед под спекулумом [1,2], али се предлаже бимануелни акушерски преглед. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

6.5. Уколико не постоји евидентно отицање плодове воде, код трудница са сумњом на руптуру плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недељи трудноће, препоручује се преглед под спекулумом, како би се утврдило да ли је заиста дошло до руптуре плодових овојака [1,5], а потом размотрити и бимануелни акушерски преглед. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

6.6 Код потврђене руптуре плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће предлага се дати трудници следећа обавештења:

- 60% порођаја наступа у року од 24 часа од руптуре плодових овојака,
- постоји ризик од неонаталне инфекције са инциденцом од 1%, у односу на ризик код интактних плодових овојака (0.5%), и протоком времена се може повећавати [1,6,7],
- у одређеним ситуацијама следи примена антибиотске профилаксе и/или лечења (видети Табелу 4) [1,7,8]:
 - колонизација GBS током актуелне трудноће,
 - бактериурија током актуелне трудноће,
 - цервикална инфекција током актуелне трудноће,
 - колонизација GBS, бактериурија и цервикална инфекција током претходне трудноће GBS-ом,
 - без негативног теста на GBS у актуелној трудноћи на узорцима ректовагиналног бриса 3 до 5 недеља пре термина порођаја,
 - уколико је током претходне трудноће постојала неонатална инфекција GBS-ом,
 - уколико постоје клинички знаци *chorioamnionitis* [6]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Табела 4. Препоручена антибиотска терапија

АЛЕРГИЈЕ	АНТИБИОТИК
БЕЗ АЛЕРГИЈЕ НА PENICILLIN	Користити Penicillin G или Ampicilin
БЕЗ ТЕШКЕ ИЛИ ДОКАЗАНЕ АЛЕРГИЈЕ НА PENICILLIN	Користити цефалоспорине ефикасне против GBS
ТЕШКА АЛЕРГИЈА НА PENICILLIN	Користити Vancomycin

6.7. Препоручује се трудници са потврђеном руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће понудити следеће опције:

- експектаивни приступ,
- индукција порођаја у најскоријем временском периоду уколико за то постоје акушерски услови. [1,2] (Степен препоруке 3, ниво доказа С)

6.8. Неопходно је трудници са руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће, од стране акушера објаснити предност и потенцијалне ризике експектативног приступа и индукције порођаја. Потребан је информисани пристанак труднице на одабрану процедуру. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

6.9. Препоручује се трудници са руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће која је изабрала експектативни третман, а код које порођај није наступио после 24 часа, понудити као опцију индукцију порођаја. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

6.10. Уколико се трудница одлучи на експектативни приступ и после 24 часа од руптуре плодових овојака насталој $\geq 37+0$ недеља трудноће, или док се не започне са индукцијом порођаја, предлаже се:

- узимање бриса вагине,
- узимање крви за крвну слику и CRP,
- контрола телесне температуре на свака 4 сата током будног стања, ради откривања потенцијалне инфекције,
- саветовање труднице да медицинском особљу пријави сваку промену боје или мириса плодове воде,
- информисање труднице да купање и туширање нису повезани са ризиком од развоја инфекције.[8,9] **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

6.11. Код трудница са руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће, које су изабрале експектативни третман, неопходно је праћење феталне срчане фреквенције при првом прегледу, а затим на свака 24 часа (по потреби и чешће) до наступања порођаја. [1,2] Трудници се саветује да пријави медицинском особљу свако смањење покретљивости плода. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

6.12. Трудницама са позитивним GBS налазом и руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља актуелне трудноће или трудницама са GBS неонаталном инфекцијом у претходној трудноћи, требало би понудити индукцију порођаја, а царски рез само према акушерским индикацијама. [6,9] **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

6.13. Код трудница са руптуром плодових овојака насталој у $\geq 37+0$ недеља трудноће, са одлуком за индукцију порођаја, неопходно је исту применити у складу са акушерским налазом. [10] **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

6.14. Неопходно је обезбедити информисани пристанак труднице и код експектативног и код индукованог приступа порођају, а након разговора са акушером који јој је предочио предности и недостатке, као и даље медицинске поступке који следе након такве одлуке. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Литература:

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care. NICE guideline [NG235]. Published: 29 September 2023. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217. *Obstet Gynecol.* 2020 Mar;135(3):e80-e97. doi: 10.1097/AOG.0000000000003700. PMID: 32080050.
3. Lin D, Hu B, Xiu Y, Ji R, Zeng H, Chen H, Wu Y. Risk factors for premature rupture of membranes in pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2024 Mar 29;14(3):e077727. doi: 10.1136/bmjopen-2023-077727. PMID: 38553068; PMCID: PMC10982755.
4. Garg A, Jaiswal A. Evaluation and Management of Premature Rupture of Membranes: A Review Article. *Cureus.* 2023 Mar 24;15(3):e36615. doi: 10.7759/cureus.36615. PMID: 37155446; PMCID: PMC10122752.
5. Dayal S, Hong PL. Premature Rupture of Membranes. 2023 Jul 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan—. PMID: 30422483.
6. Mei JY, Silverman NS. Group B Streptococcus in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2023 Jun;50(2):375-387. doi: 10.1016/j.ogc.2023.02.009. Epub 2023 Apr 2. PMID: 37149317.
7. Gai S, Wu Q, Zhang H. The change of inflammatory status and vaginal flora in pregnant women with premature rupture of membranes. *J Med Microbiol.* 2023 Apr;72(4). doi: 10.1099/jmm.0.001678. PMID: 37097838.
8. Sénat MV, Schmitz T, Bouchghoul H, Diguisto C, Girault A, Paysant S, Sibiude J, Lassel L, Sentilhes L. Term prelabor rupture of membranes: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022 Aug;35(16):3105-3109. doi: 10.1080/14767058.2020.1810230. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32847438.
9. Daoud-Sabag L, Rottenstreich A, Levitt L, Porat S. Twenty-four versus 48 hours of expectant management in the setting of premature rupture of membranes at term among women with a prior cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023 Apr;161(1):271-278. doi: 10.1002/ijgo.14398. Epub 2022 Sep 3. PMID: 35962752.
10. Wheeler V, Hoffman A, Bybel M. Cervical Ripening and Induction of Labor. *Am Fam Physician.* 2022 Feb 1;105(2):177-186. Erratum in: *Am Fam Physician.* 2022 Aug;106(2):121. PMID: 35166491.

7. Прво порођајно доба

Дефиниција латентне и активне фазе првог порођајног доба и рана тријажа

Препоручује се коришћење следећих дефиниција латентне и активне фазе првог порођајног доба [1].

- **Латентна фаза** првог порођајног доба је период кога карактеришу болне контракције материце и промене грлића које укључују промену позиције, конзистенције и скраћивање грлића до дилатације веће од 5 cm.
- **Активна фаза** првог порођајног доба је период кога карактеришу успостављене редовне болне контракције материце и дилатација грлића већа од 5 cm до комплетне дилатације.

7.1 У случају да се трудница не хоспитализује након прегледа у току првог порођајног доба неопходно је све податке документовати и уписати савет у лекарски извештај који јој се предаје. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Трајање првог порођајног доба

7.2 Требало би објаснити трудници да не постоји прецизна дефиниција стандардног трајања латентне фазе првог порођајног доба и да се оно може значајно разликовати од труднице до труднице. Трајање активне фазе првог порођајног доба које обухвата дилатацију од 5 cm до комплетне дилатације, обично не прелази 12 сати код прворотке и 10 сати код вишеротке. Средње време трајање активне фазе првог порођајног доба износи око 4 сата код прворотке и око 3 сата код вишеротке [1,2,3,4]. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

7.3 Продужено трајање првог порођајног доба не би требало само по себи да буде разлог за предузимање медицинских интервенција и поступака [1,2,4-6]. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

7.4. Требало би упознати труднице да је физиолошко трајање порођаја веома различито и да постоје значајна индивидуална одступања [2]. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

Спонтано започињање порођаја и пријем у породилиште

7.5 Неопходно је подржати труднице које су без ризика у одлуци за спонтано започињање порођаја [1,3]. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

7.6. Требало би обавити разговор са трудницом о току трудноће, испитати факторе ризика за појаву феталне хипоксије, информисати се о дужини трајања, јачини и учесталости контракција материце, предочити начине обезбољавања током порођаја, пратити пулс, притисак, температуру и респирације, проверити GBS налаз, информисати се о феталним покретима у последња 24 часа, утврдити положај, смештај, презентацију и ангажованост предњачећег дела плода, регистровати тонове плода у току контракције

и најмање 1 минут непосредно након контракције, уз истовремену палпацију трудничиног пулса [1]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

7.7. Акушерски преглед може бити стресан за трудницу, нарочито ако има болове, ако је анксиозна и у новом окружењу. Пре прегледа требало би:

- објаснити разлог акушерског прегледа, обезбедити трудници приватност, достојанство и удобност
- објаснити налаз након обављеног прегледа и изнети даљи план порођаја трудници [1,2] **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

7.8 Неопходно је трудницу са знацима порођаја у активној фази првог порођајног доба примити у здравствену установу ради пружања одговарајуће здравствене неге [1,5]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

7.9 На пријему у здравствену установу је неопходно проценити стање мајке и плода од стране здравственог радника ради искључивања недијагностикованих компликација и препознавања ризика компликација које би се могле развити [1,5]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

7.10 Уколико се трудница хоспитализује у латентној фази првог порођајног доба она се смешта на одељење и уколико трудноћа није ризична, требало би избегавати све интервенције и поступке који се користе у циљу убрзавања порођаја. План порођаја се прави индивидуално у складу са потребама и могућностима [1,2,7,8]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

7.11. У латентној фази првог порођајног доба требало би да трудници буду омогућени услови за слободно кретање, као и приступ тоалету, води и храни [1,3]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

7.12. Требало би превести трудницу у порођајну салу у активној фази првог порођајног доба, то јест са дилатацијом од 5 cm или већом или уколико постоји неки од фактора ризика [1]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа В)**

7.13 Неопходно је без одлагања превести трудницу у порођајну салу уколико постоји неки од фактора ризика [1]:

Фактори везани за трудницу:

- пулс преко 120 у минути у 2 наврата у раздобљу од 15 до 30 минута
- повишен дијастолни притисак преко 90 mm Hg и/или систолни притисак преко 140 mm Hg у 2 мерења након 15 до 30 минута
- дијастолни притисак преко 110 mm Hg и/или систолни притисак преко 160 mm Hg
- појава мање од 9 или више од 21 респирације у минути у 2 наврата у периоду од 15 до 30 минута
- 2+ протеина у урину и повишен дијастолни притисак преко 90 mm Hg или систолни притисак преко 140 mm Hg
- телесна температура од 38° C и више или 37.5° C или више у 2 мерења у размаку од 1h
- свеже крвављење или крвава плодова вода

- прснуће плодових овојка дуже од 24h
- присуство меконијума
- бол који трудница описује да се разликује од бола повезаног са контракцијама материце
- било који други фактор ризика

Фактори везани за плод:

- патолошки или интермедијарни CTG запис
- редуковани покрети плода у последња 24h
- презентација пупчаника. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Фетална срчана радња

7.14. Предлаже се провера срчаних тонова плода сваки пут када се трудница прегледа [1,4] (Степен препоруке 4, ниво доказа D)

7.15 Кардиотокографија или аускултација тонова плода помоћу Пинардовог стетоскопа или ручног преносивог Доплера се препоручују за процену стања плода након пријема у здравствену установу код трудница са спонтаним започињањем порођаја [1,9,10]. (Степен препоруке 3, ниво доказа C)

7.16 У активној фази првог порођајног доба предлаже се аускултација плода на сваких 30 минута, а по потреби и чешће. Требало би да свака аускултација траје најмање 1 минут, почевши од момента када се палпаторно осети престанак контракције. Ако откуцаји нису у нормалном распону од 110–160 откуцаја у минути, аускултацију треба поновити заредом након три наредне контракције материце. Ако постоји суспектан аускултаторни налаз предлаже се CTG мониторинг [1,9,10]. (Степен препоруке 2, ниво доказа B)

7.17 Континуирана кардиотокографија се не препоручује рутински за процену интраутерусног стања плода код трудница без ризика код којих је порођај наступио спонтано [1,9,10] (Степен препоруке 3, ниво доказа C).

Пелвиметрија

7.18 Рутинска клиничка пелвиметрија се не предлаже трудницама. [1,3,5,11]. (Степен препоруке 3, ниво доказа C)

Клистирање

7.19. Рутинско клистирање трудница се не предлаже приликом пријема у породилиште. Одлуку препустити трудници, након детаљног објашњења. (Степен препоруке 4, ниво доказа D)

Бријање перинеума

7.20 Не предлаже се рутинско бријање перинеалног подручја пре вагиналног порођаја. Одлуку о томе препустити трудници, осим ако се предлог не односи на труднице које се припремају за оперативно завршавање порођаја – царски рез [1,12]. (Степен препоруке 4, ниво доказа D)

Храна и пиће

7.21 Предлаже се да се трудница информише да може да уноси течност током порођаја уколико је жедна, али се не предлаже унос течности већи од уобичајеног [1,12]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.22 Предлаже се да се трудница информише да може унети лакши дијетални оброк током порођаја уколико није примила опиоиде или уколико не постоји ризик од оперативног завршавања порођаја [1,119,12]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Мобилност и положај тела

7.23 Препоручује се слобода кретања труднице током прве фазе физиолошког порођаја. Подржати одлуку саме труднице о положају тела током прве фазе порођаја [1,12]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

Вођење првог порођајног доба – латентна фаза

7.24. Током латентне фазе првог порођајног доба требало би [1]:

- мерити температуру, притисак, пулс и респирације
- предложити трудници акушерски преглед према клиничкој процени
- регистровати CTG запис на свака 24 сата, по потреби чешће. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

7.25. Требало би трудницу превести у породилиште, тј. у порођајну салу уколико је дилатација 5 cm или се појави:

- пулс преко 120 у минути у 2 наврата у раздобљу од 15 до 30 минута
- повишен дијастолни притисак преко 90 mm Hg и/или систолни притисак преко 140 mm Hg у 2 узастопна мерења након 15 до 30 минута
- дијастолни притисак преко 110 mm Hg и/или систолни притисак преко 160 mm Hg
- мање од 9 или више од 21 респирација у минути у 2 наврата у периоду од 15 до 30 минута
- 2+ протеина у урину и повишен дијастолни притисак преко 90 mm Hg или систолни притисак преко 140 mm Hg
- телесна температура од 38° C и више или 37.5° C или више у 2 мерења у размаку од 1h
- свеже крвављење или крвава плодова вода
- прснуће плодових овојка дуже од 24h
- меконијална плодова вода
- бол који трудница описује да се разликује од бола повезаног са контракцијама материце
- промена фреквенце срца плода
- хитно стање у акушерству (крвављење, пролапс пупчаника, губитак свести труднице или потреба за интензивном негом неонатуса). **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

7.26. Неопходно је трудницу превести у породилиште, тј. порођајну салу, уколико се утврди постојање било ког фактора ризика, након чега се такав порођај не сматра физиолошким и води се на одговарајуће начине. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Меконијум

7.27 Уколико је присутан меконијум у плодовој води, препоручује се превођење труднице у порођајну салу уз проверу постојања других фактора ризика. Информисати трудницу да [1,11]:

- присуство меконијума повећава ризик за патњу плода
- саветује се континуирана кардиотокографија
- неопходно је присуство неонатолога на рођењу плода. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

Прво порођајно доба – активна фаза

7.28 Након започињања активне фазе првог порођајног доба и превођења труднице у порођајну салу неопходно је коришћење партограма и правилно вођење медицинске документације **Степен препоруке 1, ниво доказа А**

7.29 Неопходно је трудници омогућити пражњење мокраћне бешике најмање на свака 4 сата [1]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

7.30 Предлаже се да се обрати пажња на емотивно и психолошко стање труднице и њену евентуалну жељу за обезбољавањем порођаја [1, 5, 11]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.31 Не предлаже се предузимање акушерских интервенција и поступака уколико порођај задовољавајуће напредује и ако трудница и плод нису угрожени [1, 13]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.32 Предлаже се размотрити враћање труднице на одељење на коме до тада проводи прво порођајно доба, уколико више не постоји разлог због кога је преведена у порођајну салу [1,6]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Интервенције у првом порођајном добу

7.33 Код порођаја који спонтано започиње и задовољавајуће напредује, не препоручује се рутинско прокидање водењака [1, 13]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С).**

7.34. Не препоручује се рутинско комбиновање ране амниотомije са применом oxytocina [1,2,9,13]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С).**

Активно вођење порођаја

7.35. Активно вођење порођаја ради превенције спорог напредовања порођаја се не препоручује као рутински поступак [1,2,4,11,13]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

7.36 Активно вођење порођаја има одређене предности у смислу скраћивања трајања порођаја и смањења процента царског реза. Упркос томе, сматра се да ова метода захтева знатне здравствене ресурсе и може нарушити права и избор трудница, тако да се препоручује стални индивидуални приступ у евентуалном активном вођењу порођаја [1]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

Успорено напредовање и застој у активној фази у првом порођајном добу

Успорено напредовање порођаја у активној фази првог порођајног доба је дефинисано као прогресија дилатације мања од 1 cm у периоду од 2 сата.

Застој порођаја у активној фази првог порођајног доба је дефинисан као ненапредовање дилатације у периоду од 2 сата.

7.37 Уколико се посумња или је дошло до ненапредовања порођаја у активној фази у првом порођајном добу, препоручује се да се размотри [1]:

- Паритет
- Промене у јачини, трајању и учесталости материћних контракција
- Постојање неправилности ротације и презентације плода. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

7.38 Препоручује се да се трудници понуди хидратација и пружи подршка [1]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

7.39 Предлаже се да се свим трудницама са успореним напредовањем или застојем у порођају у активној фази првог порођајног доба унутрашњи акушерски преглед понавља на 2 сата, а по потреби и чешће [1,6]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Амниотомија

7.40 Уколико се установи успорено напредовање или застој порођаја у успостављеној активној фази првог порођајног доба, неопходно је размотрити примену амниотомије код свих трудница са интактним плодовим овојцима након објашњења процедуре и информисања труднице да ће то скратити дужину трајања порођаја и евентуално појачати болност материћних порођајних контракција [1,13]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

7.41 Након амниотомије предлажу се унутрашњи акушерски прегледи на свака 2 сата, по потреби и чешће [1,2,6]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Употреба oxytocina

7.42. Код свих трудница са доказаним успореним напредовањем или застојењем порођаја у активној фази првог порођајног доба, предлаже се започињање стимулације порођаја применом oxytocina. [1,2,7,8,11,13]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D).**

7.43. Предлаже се да се трудници објасни улога oxytocina и донесе заједничка одлука о примени истог [1,2,7,8,11]. Истовремено информисати трудницу да:

- употреба oxytocina након амниотомије или спонтаног прснућа плодових овојка може убрзати порођај
- oxytocin повећава учесталост и јачину контракција материце и зато се праћење материчних контракција и срчане радње плода мора спроводити континуирано употребом кардиотокографије
- oxytocin може довести до хиперстимулације порођаја која може довести до пролазне феталне хипоксије и уколико до тога дође доза oxytocina ће бити смањена или ће употреба oxytocina бити обустављена. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.44. Предлаже се да се трудници понуди епидурална аналгезија пре започињања стимулације порођаја oxytocinom или касније уколико то трудница жели [1]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.45. Када се започиње стимулација порођаја oxytocinom у току активне фазе првог порођајног доба, предлаже се:

- не давати *i.v.* растворе течности без клиничке индикације (није пила, дехидрирана или хипотензивна)
- пратити баланс течности. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.46. Уколико се oxytocin користи у првом порођајном добу, предлаже се да време између повећавања дозе не буде краће од 30 минута. Доза се повећава док се не постигну 3 до 4 контракције на 10 минута [1]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.47. Oxytocin се користи обазриво. Уколико су контракције чешће од 4 на 10 минута, смањити дозу или у потпуности обуставити стимулацију порођаја oxytocinom док се не успоставе 4 или мање контракције на 10 минута [1]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.48 Предлаже се тренутна обустава примене oxytocina уколико је CTG запис патолошки [1,9,10]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.49 Предлаже се поновна примена стимулације порођаја oxytocinom у првом порођајном добу, уколико је трудница акушерски прегледана и ако је CTG запис уредан [1]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.50 Након поновне примене oxytocina предлаже се вођење рачуна о претходној дози и комплетној клиничкој слици [1]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.51 Предлаже се акушерски преглед на сваких сат времена након што је стимулација порођаја применом oxytocina довела до појаве регуларних контракција и успостављања механизма порођаја [1]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

7.52 Уколико у времену 4 сата од почетка примене охутосина дилатација напредује за мање од 2 cm, потребно је размотрити завршавање порођаја царским резом [1,2]. (Степен препоруке 2, ниво доказа В)

Литература:

1. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Intrapartum care. NICE guideline [NG235]. London: NICE; 2023 Sep [cited 2025 Apr 28]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
2. **World Health Organization.** WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: WHO; 2014 [cited 2025 Apr 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507363>
3. **World Health Organization.** WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Geneva: WHO; 2014.
4. **Hermesch AC, Kernberg AS, Layoun VR, Caughey AB.** Oxytocin: physiology, pharmacology, and clinical application for labor management. *Am J Obstet Gynecol.* 2024 Mar;230(3S):S729–39. doi: 10.1016/j.ajog.2023.06.041.
5. **World Health Organization.** WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Apr 28]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/272447>
6. **Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al.** Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 Apr;223:123–32. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.02.026.
7. **Cohen WR, Friedman EA.** The latent phase of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2023 May;228(5S):S1017–24. doi: 10.1016/j.ajog.2022.04.029.
8. **Alhafez L, Berghella V.** Evidence-based labor management: first stage of labor (part 3). *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020 Nov;2(4):100185. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100185.
9. **Brown J, Kanagaretnam D, Zen M.** Clinical practice guidelines for intrapartum cardiotocography interpretation: A systematic review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2023 Jun;63(3):278–89. doi: 10.1111/ajo.13667.
10. **Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V.** Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 26;2017(1):CD005122. doi: 10.1002/14651858.CD005122.pub5.
11. **Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al.** Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Apr 20;2017(4):CD011516. doi: 10.1002/14651858.CD011516.pub2.
12. **World Health Organization.** WHO recommendation on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva: WHO; 2015.
13. **Storgaard L, Uldbjerg N.** The use of amniotomy to shorten spontaneous labour. A survey of a Cochrane review. *Ugeskr Laeger.* 2009 Nov 16;171(47):3438–40.

8. Друго порођајно доба

Дефиниција

Друго порођајно доба подразумева време од потпуне дилатације грлића материце до рођења плода.

Стручне особе које воде порођај треба да буду упознате са чињеницом да трудница у другом порођајном добу нагон за експулзијом плода може осетити и пре потпуне дилатације грлића материце, као и да нагон за експулзијом не мора да буде присутан и ако је унутрашњим акушерским прегледом констатована потпуна дилатација грлића материце. [1,2]

Напони настају **НЕВОЉНО**, али се могу вољно појачавати. **ВОЉНО** појачавање напона може бити од стране труднице у порођају или **ДИРИГОВАНО** од стране медицинског радника.

Друго порођајно доба чине:

- ПРВА или ПАСИВНА фаза, од потпуне дилатације грлића материце до појаве напона
- ДРУГА или АКТИВНА фаза, када се уз потпуну дилатацију појављују напони или главица плода постаје видљива у интроитусу вагине

Надзор у другом порођајном добу

8.1. Неопходно је трудницу информисати да активна фаза другог порођајног доба траје до ТРИ сата ако је прворотка, а уколико је вишеротка траје максимално ДВА сата. Неопходно је имати у виду да код трудница са епидуралном аналгезијом пасивна фаза може трајати до два сата код прворотки и до сат времена код вишеротки. (**Степен препоруке 1, ниво доказа А**)

8.2. Не препоручује се скраћивање другог порођајног доба употребом oxytocina или другим активним приступом уколико су стање труднице и плода задовољавајући и уколико се процени да порођај задовољавајуће напредује. (**Степен препоруке 3, ниво доказа С**)

8.3. Предлаже се праћење напредовање порођаја у другом порођајном добу унутрашњим акушерским прегледима на сваких сат времена, по потреби чешће. [1,2] (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

У оквиру сваког прегледа, потребно је дефинисати:

- тачку водилу на главици плода
- положај оријентационих линија главице плода
- висину главице плода у односу на интерспиналну линију
- учесталост, јачину и трајање материћних контракција
- постојање водењака или квалитет плодове воде
- праћење ефикасности невољног и вољног напињања трудице. (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)

8.4. Кардиотокографија или аускултација тонова плода помоћу Пинардовог стетоскопа или ручног преносивог Доплера се препоручују у другом порођајном добу за процену стања плода. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

8.5. Континуирани CTG мониторинг током друге фазе порођаја се не препоручује. Постоје докази да таква примена мониторинга плода повећава стопу оперативних завршених порођаја. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

8.6. У другој фази порођаја предлаже се аускултација плода на сваких 10 минута, а по потреби и чешће. Требало би да свака аускултација траје најмање 1 минут, почевши од момента када се палпаторно осети престанак контракције. Ако откуцаји нису у нормалном распону од 110-160 откуцаја у минути, аускултацију треба поновити заредом након три наредне контракције материце. Ако постоји суспектан аускултаторни налаз предлаже се CTG мониторинг. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

8.7. Неопходно је током друге фазе порођаја пратити:

- психоемоционални статус труднице и њено понашање.
- положај труднице, хидрацију и ублажавање болова [1-4] (Види поглавље положај труднице у другом порођајном добу 8.5.-8.10 и Терапија бола у порођају поглавље 5). (**Степен препоруке 1, ниво доказа A**)

Положај труднице у другом порођајном добу

8.6. Препоручени положај труднице за експулзију плода у Републици Србији је **ЛИТОТОМНИ** (лежећи положај на леђима са ногама подигнутим, савијеним у куковима и коленима и постављеним у посебно припремљене држаче. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

8.7. Уколико услови у породилишту дозвољавају препоручује се да се трудници омогући напињање и у другом положају осим литотомном. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

8.8. Уколико особље у порођајној сали није у могућности да испрати стање плода у положају који трудница изабере, препоручује се да се о томе обавести трудница и да јој се препоручи промена положаја тела у току порођаја. [3,4] (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

Напињање у другом порођајном добу

8.11. Труднице треба да током другог порођајног доба прате невољне напоне и додатно их појачавају вољним напињањем. [1,2] (**Степен препоруке 2, ниво доказа B**)

8.12. Препоручује се **дириговано вољно напињање** трудницама вишероткама без епидуралне аналгезије. Дириговано вољно напињање може скратити трајање другог порођајног доба. (**Степен препоруке 3, ниво доказа C**)

8.13. Препоручује се трудници прворотки са епидуралном аналгезијом:

- **дириговано напињање** које смањује могућност завршетка порођаја хитним царским резом и скраћује време трајања друге фазе порођаја,
- **одложено дириговано напињање** (2 сата након комплетне дилатације) које може скратити трајање активне фазе другог порођајног доба. (Степен препоруке **3, ниво доказа C**)

8.14. Препоручује се трудници вишеротки са епидуралном аналгезијом:

- **одложено дириговано напињање** (1 сат након комплетне дилатације) које може смањити могућност употребе форцепса или вакуума,
- **одложено дириговано напињање** (1 сат након комплетне дилатације) које може скратити трајање активне фазе другог порођајног доба. [1,2,3] (Степен препоруке **3, ниво доказа C**)

Интрапартални поступци у циљу редукције перинеалне трауме

8.15. Предлаже се употреба хидросолубилних лубриканта у другом порођајном добу, са масажом међице или без ње, као и заштита перинеума руком, у циљу смањења ризика за појаву перинеалних расцепа. [1,5,6] (Степен препоруке **4, ниво доказа D**)

8.16. Неопходно је информисати трудницу о техникама смањења перинеалне трауме и подржати избор за који је она мотивисана [1,5,6]. (Степен препоруке **1, ниво доказа A**)

8.17. Препоручује се примена епизиотомије само ако постоји потреба за њом, а најчешће је то сумња на фетални дистрес плода и инструментално завршавање порођаја. [1,7] (Степен препоруке **3, ниво доказа C**)

Прихватљиву стопу примене епизиотомије је тешко проценити.

8.18. Не би требало вршити рутински епизиотомију током спонтаног вагиналног порођаја, препоручује се селективна, рестриктивна примена епизиотомије. [1,5,6] (Степен препоруке **2, ниво доказа B**)

8.19. Уколико се донесе одлука о примени епизиотомије, неопходно је о тој одлуци обавестити трудницу, захтевати усмени или потписани информисани пристанак и обезбедити локалну анестезију [1,5,6]. (Степен препоруке **1, ниво доказа A**)

8.20. Не би требало рутински применити епизиотомију код пацијенткиња које су имале повреде перинеума трећег степена [1]. (Степен препоруке **2, ниво доказа B**)

8.21. Уколико се примењује епизиотомија, требало би вршити медиолатералну епизиотомију. Угао вертикалне осовине са епизиотомијом треба да буде између 45 и 60 степени, пошто је медијална епизиотомија повезана са већим ризиком сложене повреде меког порођајног пута и аналног сфинктера. [1,7] (Степен препоруке **2, ниво доказа B**)

Скраћивање трајања другог порођајног доба

8.22. Не препоручује се скраћивање другог порођајног доба и активни приступ уколико су стање мајке и плода задовољавајући и уколико се процени да порођај задовољавајуће напредује. **(Степен препоруке 3, ниво доказа С)**

8.23. Уколико нема препрека за завршавање порођаја вагиналним путем, а процена је да су контракције неадекватне, а фетални мониторинг уредан, предлага се употреба охутосина током другог порођајног доба. Повећавати дозу охутосина до постизања 3–4 контракције у 10 минута. Дозу повећавати постепено, најкраће на 30 минута. (Види детаљније употреба охутосина Прво порођајно доба) **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Примена форцепса и вакуум екстрактора

8.24. Предлага се скраћивање другог порођајног доба када активна фаза траје дуже од **ТРИ** сата код прворотке или **ДВА** сата код вишеротке. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

8.25. Уколико због појаве индикације од стране труднице и/или плода треба убрзати порођај неопходно је проценити:

- степен хитности
- могућност вагиналног порођаја уз примену акушерских операција, форцепса или вакуум екстрактора
- потребу за применом додатне анестезије [1,2]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

8.26. Неопходно је тим обавестити о степену хитности и забележити време када је одлука о убрзању порођаја донета. [1] **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

8.27. Требало би понудити завршетак порођаја уз помоћ форцепса или вакуум екстрактора уколико је угрожено стање труднице или/и плода или уколико је продужена друга фаза порођаја [1,8,9]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

8.28. Уколико трудница одбија примену форцепса и/или вакуум екстрактора, неопходно је:

- размотрити друге могућности за завршавање порођаја (царски рез)
- информисати трудницу о ограничености избора услед безбедности и степена хитности (пример: царски рез није више могућност избора уколико је главица плода превише ниско у карлици) [1,8,9]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

8.29. Неопходно је размотрити примену додатних анестетика пре употребе форцепса и вакуум екстрактора [1]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа A)**

Фундални притисак

8.30. Не препоручује се притисак на фундус материце ради олакшања или убрзања другог порођајног доба – захват по Кристелеру. [2,10] **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

8.31. Требало би истаћи значај психофизичке припреме труднице да би вољни механизми napiњања били ефикаснији у фази експузије и на тај начин избегао притисак на фундус утеруса. [2,10] (**Степен препоруке 2, ниво доказа В**)

8.32. Притисак на фундус материце се може применити током довршења порођаја уз помоћ вакуум екстрактора када се предлага дозирана примена притиска подлактицом на фундус материце. [2,10] (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

Литература

1. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Intrapartum care: NICE guideline [Internet]. London: NICE; 2023 Sep 29 [cited 2025 Apr 28]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
2. **Gimovsky AC, Berghella V.** Evidence-based labor management: second stage of labor (part 4). *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2022 Mar;4(2):100548. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100548.
3. **Satone PD, Tayade SA.** Alternative birthing positions compared to the conventional position in the second stage of labor: a review. *Cureus.* 2023 Apr 21;15(4):e37943. doi: 10.7759/cureus.37943.
4. **Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP.** Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 May 25;5(5):CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
5. **Rodrigues S, Silva P, Rocha F, Monterroso L, Silva JN, de Sousa NQ, Escuriet R.** Perineal massage and warm compresses – randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor. *Midwifery.* 2023 Sep;124:103763. doi: 10.1016/j.midw.2023.103763.
6. **Oliveira LS, Brito LG, Quintana SM, Duarte G, Marcolin AC.** Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *Sao Paulo Med J.* 2014;132(4):231–8. doi: 10.1590/1516-3180.2014.1324710.
7. **Tex-Jack D, Eleke C.** Perspectives of skilled birth attendants and pregnant women regarding episiotomy: a quantitative approach. *Afr Health Sci.* 2021 Sep;21(3):1355–61. doi: 10.4314/ahs.v21i3.47.
8. **Vacca A.** Vacuum-assisted delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2002 Feb;16(1):17–30. doi: 10.1053/beog.2001.0252.
9. **Muraca GM, Ralph LE, Christensen P, D'Souza R, Geoffrion R, Lisonkova S, Joseph KS.** Maternal and neonatal trauma during forceps and vacuum delivery must not be overlooked. *BMJ.* 2023 Oct 19;383:e073991. doi: 10.1136/bmj-2022-073991.
10. **Shek KL, Dietz HP.** Is urethral pressure associated with parity and delivery mode? *Int Urogynecol J.* 2022 Dec;33(12):3435–9. doi: 10.1007/s00192-022-05233-2.

9. Треће порођајно доба

Опште напомене

Потребно је имати у виду да је време непосредно после порођаја период када се трудница и њена пратња на порођају, први пут сусрећу и упознају са бебом. Потребно је обезбедити да се сви поступци и процедуре изводе са посебном пажњом и да се минимизира одвајање мајке и детета [1,2].

Потребно је пре или током порођаја са трудницом разговарати о могућности примене два приступа трећем порођајном добу: физиолошком и активном приступу. Потребно је саслушати захтеве труднице и упознати је са предностима и недостацима оба приступа [1,3].

Дефиниција трећег порођајног доба

Треће порођајно доба је време од рођења плода до експулзије постељице и плодових овојка.

Активни приступ трећем порођајном добу

Активни приступ трећем порођајном добу обухвата следеће процедуре:

1. Рутинску употребу утеротоничких лекова [4-6],
2. Клемовање и пресецање пупчане врпце [7,8],
3. Контролисана тракција пупчане врпце после појаве знакова сепарације плаценте [9].

Активни приступ трећем порођајном подразумева одмах после рођења плода, а пре клемовања, пупчанка, давање утеротоника на један од следећих начина:

1. 10 јединица oxytocina (интрамускуларном инјекцијом),
2. 5 јединица oxytocina (интравенски споро 3 до 5 минута) или
3. 5 јединица oxytocina плус 500 mcg ergometrina (интрамускуларно) [4]

9.1. Са породиљом која се породила вагинално и изабрала активан приступ трећем порођајном добу неопходно је продискутовати следеће чињенице:

- oxytocin плус ergometrin могу бити ефективнији од давања само oxytocina у сврху смањивања ризика под постпарталног крварења [4],
- oxytocin плус ergometrin се препоручују где постоје фактори ризика за настанак постпарталног крварења [5,6],
- oxytocin плус ergometrin могу изазвати мучнину и повраћање чешће него само употреба oxytocina [4],
- oxytocin плус ergometrin су контраиндиковани код породиља са тешком хипертензијом, прееклампсијом, еклампсијом, тешким срчаним, хепатичним и бубрежним обољењима [4],
- понудити антиеметик у случају употребе oxytocin плус ergometrin [4]. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Физиолошки приступ трећем порођајном добу

Физиолошки приступ трећем порођајном добу укључује следеће процедуре:

1. Избегавање употребе утеротоника,
2. Клемовање пупчане врпце после престанка пулсација, или после рађања постељице,
3. Ређење постељице спонтано или са материјалним напињањем [2,10].

9.2 Неопходно је саветовати породиљу да је **АКТИВНИ ПРИСТУП** у трећем порођајном добу удружен са мањим ризиком од постпарталног крварења и мањом потребом за трансфузијом крви у односу на **ФИЗИОЛОШКИ ПРИСТУП** [1]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

За допунску компарацију ова два приступа користити информације из Табеле 5 [1,2].

9.3 Уколико породиља захтева физиолошки приступ трећем порођајном добу неопходно је продискутовати о користи **АКТИВНОГ ПРИСТУПА**. Неопходно је подржати одлуку породиље и убележити у медицинску документацију информисани избор [1-3]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Табела 5. Компарација исхода примене **АКТИВНОГ И ФИЗИОЛОШКОГ** приступа у трећем порођајном добу

ИСХОД	АКТИВНИ ПРИСТУП	ФИЗИОЛОШКИ ПРИСТУП
Крварење >500 ml	68 породиља од 1000	188 породиља од 1000
Крварење > 1000 ml	13 породиља од 1000	29 породиља од 1000
Потреба за применом трансфузије	13 породиља од 1000	35 породиља од 1000
Постпартална анемија (Hgb <9g/l)	30 породиља од 1000	60 породиља од 1000
Потреба за даљом применом утеротоника	47 породиља од 1000	90 породиља од 1000
Нежељени ефекти (мучнина, повраћање, главобоља, хипертензија, накнадни пријем због крварења)	186 породиља од 1000	90 породиља од 1000

9.4 Предлаже се прелазак са **ФИЗИОЛОШКОГ** на **АКТИВАН ПРИСТУП** у следећим ситуацијама:

- крварење,
- уколико се постељица не породи 1 сат после порођаја бебе,
- уколико породилца пожели да скрати период трећег порођајног доба [1–3].
(Степен препоруке 4 ниво доказа D)

Опсервација породиље у трећем порођајном добу

9.5. Предлаже се опсервација породиље у трећем порођајном добу:

- праћење општег стања на основу боје коже, респирације и њеног саопштавања како се осећа,
- праћење вагиналног крварења [3,6]. Степен препоруке 4 ниво доказа D)

Клемовање и пресецање пупчаника

9.6. Неопходно је одложити клемовање пупчаника пре истека 1 минут, осим у ситуацијама где постоји сумња да није очуван интегритет пупчане врпце или је индиковано применити мере реанимације новорођенчета [7,8]. Степен препоруке 1 ниво доказа A)

9.7 Неопходно је клемовати пупчаник пре истека 5 минута да би се могла применити контролисана тракција као део активног поступка [7,8]. (Степен препоруке 1 ниво доказа A)

9.8 После пресецања пупчаника, применити контролисану тракцију као део активног поступка у трећем порођајном добу. Неопходно је контролисану тракцију применити после примене oxytocin и појаве знакова сепарације плаценте [7–9]. (Степен препоруке 1 ниво доказа A)

9.9 Предлаже се вођење медицинске документације о времену клемовања пупчаника и приликом примене активног и физиолошког приступа у трећем порођајном добу [2]. (Степен препоруке 4 ниво доказа D)

Продужено треће порођајно доба

9.10. Предлаже се дијагностиковати продужено треће порођајно доба ако се постељица не породи 30 минута приликом активног поступка или 60 минута после физиолошког поступка [1,9]. (Степен препоруке 4 ниво доказа D)

Заостала постељица

9.11. Ако је постељица заостала, предлаже се да се уради вагинални преглед да би се проценила потреба за мануелном екстракцијом постељице. Објаснити породилци да преглед може бити болан. Предлаже се извођење мануелне експлорације кавума материце и мануелну екстракцију плаценте у аналгезији или анестезији [2,10].
(Степен препоруке 4 ниво доказа D)

Фактори ризика за постпартално крварење

9.12 Трудницама са антенатално утврђеним постојањем фактора ризика за постпартално крварење, препоручује се порођај у секундарној или терцијарној здравственој установи.

Фактори ризика за постпартално крварење су:

- претходно постпартално крварење преко 1000 мл,
- placenta accrete spectrum,
- прееклампсија,
- матерни хемоглобин испод 85 г/л у моменту порођаја,
- BMI > 35 кг/м²,
- мултипаритет (четворо и више порођаја),
- постојеће аномалије материце (нпр. фибромиоми),
- ниско усађена постељица [5,6]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа В)**

9.13 Препоручује се настављање надзора над факторима ризика који се могу појавити током самог порођаја.

- индукција и стимулација порођаја охутоцином или простагландинима,
- продужено прво или друго порођајно доба,
- сепса,
- брз порођај,
- завршавање порођаја вакумом или форцепсом,
- застој рамена,
- застој у рађању постељице [2,3,5,6]. **(Степен препоруке 4 ниво доказа D)**

9.14 Препоручује се опрез са употребом антидепресива, посебно месец дана пре порођаја (селективни инхибитори преузимања серотонина (SSRI) или инхибитори преузимања серотонин-норадреналина (SNRI)) јер њихова примена може утицати на повишење ризика за настанак постпарталног крварења [11-13]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа В)**

9.15 Предлаже се нотирање у медицинској документацији постојање фактора ризика за настанак постпарталног крварења [1,2]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Литература:

1. **Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A.** Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Mar 2;(3):CD007412. doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub4. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2019 Feb 13;2:CD007412. doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub5. PMID: 25730178.
2. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Intrapartum care for healthy women and babies. NICE Clinical Guideline CG190. 2017 (Updated 2021). Available at: NICE Guideline CG190

3. **World Health Organization (WHO).** *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience.* 2016. Available at: [WHO Guidelines](#)
4. **World Health Organization (WHO).** WHO Recommendations: Uterotonics for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. 2018. Available at: [WHO Guidelines](#)
5. **International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).** Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2012;117(2):108-118. doi:10.1016/j.ijgo.2012.03.001
6. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).** Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage (Green-top Guideline No. 52). 2016. Available at: RCOG Guideline
7. **World Health Organization (WHO).** Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. WHO Guidelines. 2014. Available at: [WHO Guideline](#)
8. **McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS.** Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 11;2013(7):CD004074. doi: 10.1002/14651858.CD004074.pub3. PMID: 23843134; PMCID: PMC6544813.
9. **Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Landoulsi S, Widmer M, Abdel-Aleem H, Festin M, Carroli G, Qureshi Z, Souza JP, Bergel E, Piaggio G, Goudar SS, Yeh J, Armbruster D, Singata M, Pelaez-Crisologo C, Althabe F, Sekweyama P, Hofmeyr J, Stanton ME, Derman R, Elbourne D.** Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet.* 2012 May 5;379(9827):1721-7. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60206-2. Epub 2012 Mar 6. Erratum in: *Lancet.* 2012 Jul 21;380(9838):218. Erratum in: *Lancet.* 2012 May 5;379(9827):1704. PMID: 22398174.
10. **International Confederation of Midwives (ICM).** Essential Competencies for Midwifery Practice. 2018. Available at: ICM Competencies
11. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance (CG192).* 2014 (Updated 2020). Available at: NICE Guideline CG192
12. **Palmsten K, Hernández-Díaz S, Huybrechts KF, Williams PL, Michels KB, Achtyes ED, Mogun H, Setoguchi S.** Use of antidepressants near delivery and risk of postpartum hemorrhage: cohort study of low income women in the United States. *BMJ.* 2013 Aug 21;347:f4877. doi: 10.1136/bmj.f4877. PMID: 23965506; PMCID: PMC3748906.
13. **Rahimi R, Nikfar S, Abdollahi M.** Pregnancy outcomes following exposure to serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of clinical trials. *Reprod Toxicol.* 2006 Nov;22(4):571-5. doi: 10.1016/j.reprotox.2006.03.019. Epub 2006 May 23. PMID: 16720091.

10. Нега новорођенчета

Контакт кожа-на-кожу

10.1 Неопходно је непосредно по рођењу, уколико се не утврди потреба за хитном применом мера реанимације, новорођенче посушити пеленом и спустити на стомак или груди мајке, како би се започео контакт кожа-на-кожу. Неопходно је спроводити контакт кожа-на-кожу током бар једног сата [1,2]. **(Степен перпоруке 1, ниво доказа А)**

Контакт кожа-на-кожу је један од кључних корака у успостављању дојења, као златног стандарда исхране новорођенчета и одојчета [1,3].

Аспирација горњих дисајних путева

10.2 Неопходно је избегћи аспирацију горњих дисајних путева (уста и носа) као рутинску процедуру.

Ова интервенција је индикувана само уколико је присутан садржај у дисајним путевима који отежава дисање новорођенчета [2,4-6]. **(Степен перпоруке 1, ниво доказа А)**

Одложено клемовање пупчаника

10.3 Неопходно је одложити клемовање пупчаника у свим случајевима када није индикувано применити мере реанимације новорођенчета:

- одложеним клемовањем пупчаника, 1-5 мин, новорођенчету се обезбеђује додатна количина крви из плаценте, значајна за бољу кардиопулмоналну адаптацију по рођењу и превенцију анемије у раном узрасту одојчета,
- истискивање крви из пупчаника, такозвани “milking”, није адекватна и довољно безбедна алтернатива одложеном клемовању пупчаника,
- пресецање пупчаника подразумева асептични поступак (стерилним инструментом у стерилним рукавицама),
- неопходно је клемовати пупчаник пре истека 5 минута да би се могла применити контролисана тракција као део активног поступка [2,6,7]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Прва процена новорођенчета (Apgar скор)

10.4 Неопходно је спровести прву процену адаптације новорођенчета на ванматеричне услове, евентуалну потребу за применом мера реанимације и одређивање Apgar скорa у 1. и 5. минути по рођењу [2,7,8]. **(Степен перпоруке 1, ниво доказа А)**

Први подој новорођенчета

10.5 У првом сату, током спровођења контакта кожа-на-кожу мајке и новорођенчета, неопходно је омогућити први подој [2,9]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

Први сат је оптимални период за започињање подоја, јер је то време када се рађа плацента, па је и ниво охутоцина значајно повишен и олакшан је излазак млека из дојке [2,10].

Обележавање новорођенчета

10.6 Предлаже се да мајка и новорођенче непосредно по рођењу добију компатибилне трачице које носе све време боравка у болници како би се избегла случајна замена новорођенчади [2,6]. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

10.7 Предлаже се да свако породилиште има јасно дефинисану процедуру која се односи на обележавање. У складу са дефинисаном процедуром, трачице могу да садрже неке од следећих података: број под којим је мајка хоспитализована, име и презиме мајке, пол новорођенчета, датум и време рођења или друге податке [2,6,11]. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

10.8 Предлаже се да пре напуштања порођајне сале мајка заједно са медицинском сестром провери тачност података који се налазе на трачици. Свако одвајање мајке и новорођенчета захтева поновну проверу трачице [2,11]. (**Степен препоруке 4, ниво доказа D**)

Превенција хипотермије

10.9 У циљу превенције хипотермије, неопходно је за новорођенче обезбедити термонуетралну средину:

- препоручена температура просторије у којој новорођенче борави непосредно по рођењу треба да се креће између 26 и 28 °C
- непосредно по рођењу, новорођенче обрисати сувом компресом или пеленом. Током спровођења контакта кожа-на-кожу новорођенче прекрити сувим прекривачем и држати капу на глави [12,13]. (**Степен препоруке 1, ниво доказа A**)

Купање новорођенчета

10.10 Неопходно је избегћи купање новорођенчета првог дана по рођењу, само обрисати трагове крви и секрета са коже. (**Степен препоруке 1, ниво доказа A**)
Сирнати маз штити новорођенче од развоја хипотермије и инфекције [2,14].

Антропометријска мерења, мере превенције и имунизација

10.11 По спроведеном контакту кожа-на-кожу предлаже се антропометријско мерење новорођенчета [1,2]. (**Степен препоруке 4, Ниво доказа D**)
Антропометријско мерење обухвата мерење телесне масе, дужине, обима главе и обима грудног коша [2].

10.12 Неопходно је спровести профилаксу ране хеморагијске болести новорођенчета [15-17]. (**Степен препоруке 1, Ниво доказа A**)
Профилакса ране хеморагијске болести спроводи се парентералном применом витамина К [15-17].

10.13. Неопходно је спровести профилаксу офталмије и започети имунизацију новорођенчета против хепатитиса В и BCG [18-24]. (**Степен препоруке 1, Ниво доказа А**)

Профилакса офталмије спроводи се применом за ту намену предвиђених капи за очи (раствор еритромицина или раствор повидон јодида) [18,19].

Имунизација обухвата примену вакцине против Хепатитиса В и BCG (која се примењује пред отпуст новорођенчета) [20-24].

Литература:

1. **Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T.** Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 May 16;5(5):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 25;11:CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. PMID: 22592691; PMCID: PMC3979156.
2. Doronjski A, Martić J, Nikolić T. Osnovno i specijalizovano zbrinjavanje novorođenčeta. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2023.
3. **World Health Organization (WHO).** *WHO Guidelines on Patient Safety and Quality of Care in Service Delivery.* Available at: [WHO Patient Safety](#)
4. **Kumar M.** Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth. *Paediatr Child Health.* 2020 Feb;25(1):9-11. doi: 10.1093/pch/pxz035. Epub 2019 Apr 2. PMID: 33390734; PMCID: PMC7757770.
5. **Joint Commission International (JCI).** *International Patient Safety Goals.* Available at: [JCI Patient Safety Goals](#)
6. **World Health Organization (WHO).** *Guidelines on Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health.* Available at: [WHO Newborn Health Guidelines](#)
7. **World Health Organization (WHO).** *WHO Recommendations on Newborn Health: Guidelines Approved by the WHO Guidelines Review Committee.* 2017. Available at: [WHO Guidelines](#)
8. **American Academy of Pediatrics (AAP).** *Guidelines for Perinatal Care.* 8th Edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017. Available at: [AAP Guidelines](#)
9. **World Health Organization (WHO).** *Early Initiation of Breastfeeding: The Key to Survival and Beyond.* 2010. Available at: [WHO Guidelines](#)
10. **Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group.** Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7. PMID: 26869575.
11. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** *Intrapartum care for healthy women and babies.* NICE Clinical Guideline CG190. 2014 (Updated 2017). Available at: NICE Guideline CG190
12. **World Health Organization (WHO).** *Thermal Protection of the Newborn: A Practical Guide.* 1997. Available at: [WHO Guidelines](#)
13. **McCall EM, Alderdice F, Halliday HL, Vohra S, Johnston L.** Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Feb 12;2(2):CD004210. doi: 10.1002/14651858.CD004210.pub5. PMID: 29431872; PMCID: PMC6491068.

14. **Johnson E, Hunt R.** Infant skin care: updates and recommendations. *Curr Opin Pediatr.* 2019 Aug;31(4):476-481. doi: 10.1097/MOP.0000000000000791. PMID: 31188166.
15. **American Academy of Pediatrics (AAP).** Prevention of Vitamin K Deficiency Bleeding in Newborns. *Pediatrics.* 2003;112(1):191–192. doi:10.1542/peds.112.1.191
16. **World Health Organization (WHO).** *WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage.* 2012. Available at: [WHO Guidelines](#)
17. **Puckett RM, Offringa M.** Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;2000(4):CD002776. doi: 10.1002/14651858.CD002776. PMID: 11034761; PMCID: PMC6718236.
18. **U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).** Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum: Preventive Medication. *JAMA.* 2019;321(4):394-398. doi:10.1001/jama.2018.21367
19. **Darling EK, McDonald H.** A meta-analysis of the efficacy of ocular prophylactic agents used for the prevention of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. *J Midwifery Womens Health.* 2010 Jul-Aug;55(4):319-27. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.09.003. PMID: 20630358.
20. **World Health Organization.** Hepatitis B vaccines: WHO position paper, July 2017 - Recommendations. *Vaccine.* 2019 Jan 7;37(2):223-225. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.07.046. Epub 2017 Jul 22. PMID: 28743487.
21. **Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, Harris A, Haber P, Ward JW, Nelson NP.** Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep.* 2018 Jan 12;67(1):1-31. doi: 10.15585/mmwr.rr6701a1. PMID: 29939980; PMCID: PMC5837403.
22. **Lee C, Gong Y, Brok J, Boxall EH, Gluud C.** Hepatitis B immunisation for newborn infants of hepatitis B surface antigen-positive mothers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Apr 19;(2):CD004790. doi: 10.1002/14651858.CD004790.pub2. PMID: 16625613.
23. **World Health Organization (WHO).** *BCG Vaccines: WHO Position Paper. Weekly Epidemiological Record.* 2018;93(8):73–96. Available at: [WHO Position Paper](#)
24. **Trunz BB, Fine P, Dye C.** Effect of BCG vaccination on childhood tuberculous meningitis and miliary tuberculosis worldwide: a meta-analysis and assessment of cost-effectiveness. *Lancet.* 2006 Apr 8;367(9517):1173-80. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68507-3. PMID: 16616560.

11. Брига о породиљи након порођаја

11.1 Неопходно је, након порођаја, контролисати виталне параметре од првог сата од порођаја до 24 сата од порођаја:

- контролисати крвни притисак у првих неколико сати након порођаја и уколико је у физиолошким границама, следеће мерење наредних 6 сати
- прегледати постељицу и лохије,
- пратити вагинално крварење
- палпирати висину фундуса материце,
- проверити контрактилност материце,
- проверити психоемоционално стање пацијенткиње,
- проверити микцију у случају да 6 сати од порођаја није дошло до спонтаног мокрења, извршити катетеризацију мокраћне бешике [1,2,3]. **(Степен препоруке 1, ниво доказа А)**

11.2 Предлаже се упознати породиљу са хигијенским навикама везаним за рану од перинеалног расцепа и/или епизиотомије, као и о примени аналгетика по опоравку, и евентуалним вежбама за мишиће пода карлице [3]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

Процена тонуса материце након порођаја

11.3 Процена тонуса материце након порођаја препоручује се за све породиље у циљу раног препознавања атоније материце [3]. **(Степен препоруке 3, ниво доказа C)**

Примена антибиотика код вагиналног порођаја

11.4 Не би требало рутински примењивати антибиотике код вагиналног порођаја без компликација [1]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

11.5 Не би требало рутински примењивати антибиотике код вагиналног порођаја са епизиотомијом [1]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

11.6 Антибиотике треба примењивати само ако постоје клинички знаци инфекције ране од епизиотомије. Уколико се рана од епизиотомије прошири и постане перинеални расцеп 3. и 4. степена потребна је примена антибиотика [1,3]. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

Отпуст из здравствене установе након вагиналног порођаја без компликација

11.7 Након вагиналног порођаја без компликација породиља и новорођенче треба да буду збринути унутар 24ч. **(Степен препоруке 2, ниво доказа B)**

11.8 Предлаже се отпуст из здравствене установе најраније 48 сати након физиолошког вагиналног порођаја [1,3]. **(Степен препоруке 4, ниво доказа D)**

11.9 Пре отпуста неопходно је контролисати вагинално крварење породиље. Породиља не сме бити у инфекцији и треба успоставити лактацију [2,4]. (Степен препоруке 1, ниво доказа А)

Литература:

1. **Committee on Practice Bulletins-Obstetrics**. ACOG Practice Bulletin No. 199: Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. Obstet Gynecol. 2018 Sep;132(3):e103–e119. doi:10.1097/AOG.0000000000002833. Erratum in: Obstet Gynecol. 2019 Oct;134(4):883–4. doi:10.1097/AOG.0000000000003499. PMID: 30134425.
2. **Angarita AM, Cochrane E, Bianco A, Berghella V**. Prevention of postpartum hemorrhage in vaginal deliveries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023 Jan;280:112–9. doi:10.1016/j.ejogrb.2022.11.021. Epub 2022 Nov 24. PMID: 36455391.
3. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)**. Intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. London: NICE; 2023 Sep 29 [cited 2025 Apr 28]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
4. **Gallos I, Devall A, Martin J, Middleton L, Beeson L, Galadanci H, et al**. Randomized trial of early detection and treatment of postpartum hemorrhage. N Engl J Med. 2023 Jul 6;389(1):11–21. doi:10.1056/NEJMoa2303966. Epub 2023 May 9. PMID: 37158447.