

NACIONALNE KLINIČKE SMJERNICE: VOĐENJE FIZIOLOŠKOG VAGINALNOG POROĐAJA

Maj 2026.

MINISTARSTVO ZDRAVLJA CRNE GORE Podgorica

Nacionalne kliničke smjernice. Vođenje fiziološkog vaginalnog porođaja

Izdavač: Ministarstvo zdravlja Crne Gore

Ciljni korisnici: ginekolozi-akušeri, babice, medicinske sestre i drugi zdravstveni radnici uključeni u intrapartalnu njegu

Primjenjivost: Sva javna i privatna porodilišta u Crnoj Gori

Populacija: Žene sa jednoplodnom terminskom trudnoćom (37–42 sedmice) u cefaličnoj prezentaciji

Datum izdavanja: maj 2026.

Autori:

Ime i prezime	Ustanova	Opština	Specijalizacija
Dr Vojislav Šimun	Ministarstvo zdravlja Crne Gore	Podgorica	Specijalista akušerstva i ginekologije
Dr Manzura Mirsaidova, dr sc. med.	Konsultantkinja za međunarodno javno zdravstvo (PH)	Brisel (Belgija)	Akušerstvo i ginekologija, doktorat
Dr Gordana Vukčević, dr sc. med.	Klinički centar Crne Gore	Podgorica	Specijalistkinja akušerstva i ginekologije Supspecijalistkinja za plodnost i sterilitet
Dr Milutin Mitrović	Klinički centar Crne Gore	Podgorica	Specijalista akušerstva i ginekologije
Dr Blažo Varagić	Opšta bolnica Bijelo Polje	Bijelo Polje	Specijalista akušerstva i ginekologije
Dr Marijana Pešić	Kliničko-bolnički centar Berane	Berane	Specijalistkinja akušerstva i ginekologije Supspecijalistkinja perinatologije
Dr Emira Kalamperović Pelinković	Klinički centar Crne Gore	Podgorica	Specijalistkinja akušerstva i ginekologije Supspecijalistkinja perinatologije
Dr Tamara Radoman	Kliničko-bolnički centar Kotor	Kotor	Specijalistkinja akušerstva i ginekologije
Dr Vlado Dragaš	Kliničko-bolnički centar Berane	Berane	Specijalista akušerstva i

			ginekologije
Dr Emilija Delević	Klinički centar Crne Gore	Podgorica	Specijalistkinja akušerstva i ginekologije
Tamara Dragović	Klinički centar Crne Gore	Podgorica	Visoka strukovna babica, glavna medicinska sestra

Napomena:

Ovaj vodič urađen je uz podršku predstavništva UNICEF-a u Crnoj Gori. Sadržaj ovog vodiča ne odražava nužno politike i stavove UNICEF-a i isključiva je odgovornost autora.

SADRŽAJ

LISTA SKRAĆENICA.....	5
1. UVOD	6
2. ANTENATALNA EDUKACIJA I PRIPREMA ZA POROĐAJ	9
3. KLJUČNE PREPORUKE	11
3.1. Definicija fiziološkog porođaja.....	11
3.2. Principi.....	12
3.3. Organizacija zdravstvene zaštite i pristup usmjeren na trudnice	13
3.4. Prakse koje ne treba rutinski koristiti.....	13
4. DEFINICIJA FAZA POROĐAJA.....	15
4.1. Prva faza porođaja (prvo porođajno doba).....	15
4.2. Druga faza (drugo porođajno doba)	15
4.3. Treća faza porođaja (treće porođajno doba)	16
4.4. Postporođajni period	16
5. VOĐENJE FIZIOLOŠKOG POROĐAJA	18
5.1. Prijem i početna procjena.....	18
5.2. Spoljašnji i unutrašnji pregled	22
5.2.1. Pregled abdomena.....	22
5.2.2. Vaginalni pregled (VP)	23
5.2.3. Dijagnostički kriterijumi za prvu fazu porođaja	25
5.3. Prva faza porođaja (prvo porođajno doba).....	26
5.3.1. Njega i praćenje aktivne prve faze porođaja.....	26
5.3.2. Ublažavanje bolova pri porođaju	28
5.3.3. Praćenje napredovanja porođaja (partogram)	31
5.4. Druga faza porođaja (drugo porođajno doba).....	34
5.4.1. Principi njege	34
5.4.2. Praćenje druge faze porođaja/ drugog porođajnog doba.....	35
5.4.3. Vođenje druge faze porođaja/drugog porođajnog doba.....	36
5.5. Treća faza porođaja (treće porođajno doba)	38
5.5.1. Aktivno vođenje treće faze porođaja (AMTSL)	39
5.5.2. Produženo treće porođajno doba (zaostala posteljica).....	40
5.6. Postporođajni period (prvih 24 sata).....	41
6. POSEBNA RAZMATRANJA TOKOM POROĐAJA.....	44
6.1. Prijevremeno prsnuće plodovih ovojaka (PROM).....	44
6.2. Prijevremeno preterminsko prsnuće plodovih ovojaka (PPROM) ≥ 34 sedmice	46
6.3. Profilaksa infekcije streptokokom grupe B (GBS)	47

6.3.1. Antibiotici za intrapartalnu GBS profilaksu	47
6.3.2. Klinički horioamnionitis (intraamnijska infekcija).....	48
6.3.3. Mekonijalna plodova voda.....	48
6.4. Indikacije za kontinuirani kardiotokografski (CTG) monitoring.....	49
6.4.1. Antenatalne indikacije	49
6.4.2. Intrapartalne indikacije	49
6.4.3. Procjena CTG zapisa.....	51
6.5. Epiziotomija.....	52
6.6. Zaštita perineuma i prevencija perinealne traume	53
6.6.1. Zbrinjavanje perinealne traume	53
6.6.2. Rektalni pregled nakon zbrinjavanja povreda perineuma.....	53
6.6.3. Klasifikacija perinealnih povreda	54
7. PRILOZI	55
8. REFERENCE.....	64

LISTA SKRAĆENICA

AMTSL – aktivno vođenje treće faze porođaja (engl. Active Management of the Third Stage of Labor)

CTG – kardiotokografija (engl. Cardiotocography)

FHR – otkucaji srca fetusa (engl. Fetal Heart Rate)

HLD – dezinfikovano na visokom nivou (engl. High-Level Disinfection)

IJ – internacionalne jedinice

IV – intravenski

OASIS – opstetričke povrede analnog sfinktera (engl. Obstetric Anal Sphincter Injuries)

PM – posljednja menstruacija

PPH – postporođajno krvarenje (engl. Postpartum Hemorrhage)

PROM – prijevremeno prsnuće plodovih ovojaka (engl. Premature Rupture of Membranes)

PPROM – prijevremeno preterminsko prsnuće plodovih ovojaka (engl. Preterm Premature Rupture of Membranes)

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija (engl. World Health Organization - WHO)

VP – vaginalni pregled

VTE – venska tromboembolija

VTP – vjerovatni termin (očekivani datum) porođaja

1. UVOD

Svake godine širom svijeta zabilježi se gotovo 140 miliona porođaja, pri čemu većina porođaja protiče bez značajnog rizika po majku i dijete, kako na početku tako i tokom porođaja. Intrapartalni period je od presudnog značaja za zdravlje i preživljavanje majke i novorođenčeta, budući da pojava komplikacija može značajno povećati rizik od morbiditeta i mortaliteta.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) razvila je smjernice za vođenje nekomplikovanog porođaja koje naglašavaju značaj holističkog pristupa, poštovanja potreba i izbora žene, kao i osnovnih ljudskih prava, s ciljem obezbjeđivanja „pozitivnog iskustva porođaja“ za svaku porođilju.

„Pozitivno iskustvo porođaja“ je željeni ishod za sve žene koje rađaju, jer podrazumijeva rođenje zdrave bebe u sigurnom okruženju, kao i fizičku i emocionalnu podršku, uključujući podršku partnera i ljubaznog, kompetentnog zdravstvenog osoblja. Ove savremene smjernice za osnovnu intrapartalnu njegu sadrže preporuke usmjerene ka obezbjeđivanju visokokvalitetne zdravstvene zaštite na svim nivoima zdravstvenog sistema.

Trudnoća i porođaj predstavljaju prirodne fiziološke procese, te se perinatalna zdravstvena zaštita zasniva na informisanosti, aktivnom učešću i podršci žene, porodice i šire društvene zajednice.

Briga o ženi i njenom djetetu treba da odgovori na fizičke, emocionalne i psihološke potrebe majke, novorođenčeta, oca i porodice u cjelini, uz primjenu holističkog pristupa u pružanju zdravstvene zaštite. Potrebno je podsticati aktivno učešće žena u donošenju odluka, promovisati odgovorno roditeljstvo i osnaživati žene da učestvuju u planiranju i vođenju sopstvenog porođaja, u mjeri u kojoj je to moguće i bezbjedno.

SZO daje sljedeću **definiciju sigurnog porođaja**: porođaj koji protiče bez komplikacija, a vodi ga obučena osoba s potrebnim znanjem i vještinama.

Siguran porođaj podrazumijeva:

- čist porođaj,
- vođenje porođaja od strane obučene osobe,
- dostupnost kvalifikovane akušerske njege u slučajevima visokog rizika ili komplikacija ili njihovog nastanka tokom porođaja.

Čist porođaj predstavlja porođaj koji vodi zdravstveni radnik u zdravstvenoj ustanovi, uz poštovanje principa higijene i asepse (čiste ruke, čista površina i čisto presijecanje pupčane vrpce). Sve žene i babice treba da budu upoznate s osnovnim principima čistog porođaja: higijenom ruku, čistoćom površina, pravilnim presijecanjem pupčane vrpce, čistoćom odjeće i održavanjem higijenskih uslova tokom pružanja njege.

Svi zdravstveni radnici treba da prođu odgovarajuću edukaciju i da primjenjuju tehnike čistog i bezbjednog vođenja porođaja, uz izbjegavanje nepotrebnih i neopravdanih vaginalnih pregleda i epiziotomije.

Svrha nacionalnih kliničkih smjernica je da se kliničkom osoblju pruži regulatorni okvir za vođenje fiziološkog vaginalnog porođaja. Ove preporuke nacionalnih kliničkih smjernica će omogućiti da se uspostave standardizovane, na dokazima zasnovane prakse za vođenje fiziološkog vaginalnog porođaja u Crnoj Gori i predstavljaju konsenzus radne grupe donesen nakon pažljivog razmatranja dostupnih naučnih dokaza. Cilj ovih smjernica je da podrže kliničko donošenje odluka i promovišu dosljednu zdravstvenu zaštitu zasnovanu na dokazima. Međutim, one ne zamjenjuju profesionalnu procjenu zdravstvenih radnika, koji ostaju odgovorni za donošenje odgovarajućih odluka u skladu s individualnim kliničkim karakteristikama svake pacijentkinje, u konsultaciji s pacijentkinjom i, kada je to potrebno, njenim pravnim zastupnikom. Svrha ovih smjernica je unapređenje maternalnih i neonatalnih ishoda, promovisanje poštovanja i njege usmjerene prema trudnicama, kao i smanjenje nepotrebnih intervencija tokom porođaja.

Ove smjernice zasnovane su na:

- NICE smjernicama NG235 *Intraporođajna njega*,
- preporukama SZO o intrapartalnoj njezi za pozitivno iskustvo porođaja,
- važećim evropskim i svjetskim standardima akušerske prakse.

Ciljevi

Ciljevi ovih kliničkih smjernica su:

- poboljšati zdravstvene ishode majki i novorođenčadi,
- smanjiti troškove zdravstvene zaštite koji se mogu izbjeći,
- minimalizovati nepotrebne medicinske intervencije,
- promovisati fizičko, emocionalno i psihičko blagostanje žena.

Temeljni principi

Ove kliničke smjernice prepoznaju trudnoću i porođaj kao **normalne fiziološke procese** i naglašavaju pružanje **podrške, pune poštovanja i na ženu usmjerene njege**, uključujući:

- kvalitetnu pripremu žene za porođaj tokom trudnoće,
- primjenu minimalnog nivoa kliničkih intervencija kompatibilnog sa bezbjednošću tokom porođaja i rađanja,
- podršku adekvatnoj ishrani i oralnom unosu tečnosti tokom porođaja,
- slobodu kretanja i izbor položaja tokom porođaja i rađanja¹,
- zajednički boravak majke i novorođenčeta nakon porođaja, uz podršku za **rani početak i isključivo dojenje**,
- pružanje jasnih i pravovremenih informacija ženama o njihovom zdravstvenom stanju, kao i stanju fetusa i/ili novorođenčeta.

¹ U porodilištima u kojima postoje odgovarajući uslovi, ženama treba omogućiti slobodu izbora položaja tokom porođaja i rađanja, u skladu sa preporukama SZO. Iako položaj dorzalne litotomije ostaje standardna praksa u većini porodilišta u Crnoj Gori, žene ne bi trebalo ograničavati na jedan položaj ukoliko postoje uslovi za alternativne opcije.

2. ANTENATALNA EDUKACIJA I PRIPREMA ZA POROĐAJ

Priprema trudnica za porođaj predstavlja važnu komponentu moderne akušerske njege i neizostavan je dio kvalitetne prenatalne njege. Cilj prenatalne edukacije je osnažiti žene i njihove porodice znanjem i vještinama koje omogućavaju donošenje odluka na osnovu informacija, aktivno učešće u procesu porođaja, smanjenje straha i anksioznosti te poboljšanje samopouzdanja tokom porođaja.

Trudnice bi trebalo da dobiju informacije o:

- fiziološkom toku i fazama porođaja,
- znacima početka porođaja (regularne kontrakcije materice, prsnuće vodenjaka, ispadanje sluznog čepa),
- indikacijama za prijem u porodilište,
- dostupnim opcijama za nefarmakološko i farmakološko ublažavanje bolova tokom porođaja,
- slobodi kretanja tokom porođaja i mogućnosti izbora različitih položaja tokom trajanja porođaja i rađanja,
- ulozi osobe od povjerenja tokom porođaja i koristi od njenog prisustva.

Priprema za porođaj može uključivati i programe prenatalne edukacije koji obuhvataju tehnike disanja i opuštanja, prenatalne vježbe i umjerenu fizičku aktivnost, kao i vježbe za mišiće karličnog dna. Učešće u takvim programima može poboljšati znanje, samopouzdanje i spremnost žena za porođaj. Žene treba ohrabrivati da imaju kontinuiranu podršku partnera ili druge osobe od povjerenja po svom izboru tokom porođaja.

Preporučuje se kretanje majke i mogućnost izbora različitih položaja tokom porođaja, pod uslovom da ne postoje medicinske kontraindikacije. Podsticanje žena na slobodno kretanje i zauzimanje položaja po sopstvenom izboru može doprinijeti većoj udobnosti i zadovoljstvu iskustvom porođaja, a može doprinijeti i napredovanju porođaja.

Ove preporuke u skladu su sa smjernicama SZO, koje naglašavaju značaj poštovanja i njege usmjerene na ženu, te donošenja odluka, na osnovu dobijenih informacija, tokom porođaja. Dokazi takođe pokazuju da informisane žene i kontinuirana podrška tokom porođaja doprinose pozitivnom iskustvu porođaja i mogu smanjiti nepotrebne medicinske intervencije.

3. KLJUČNE PREPORUKE

Svakoj ženi tokom trudnoće i porođaja potrebna je podrška i njega, uključujući:

- pripremu za porođaj tokom trudnoće,
- primjenu minimalnog broja medicinskih intervencija neophodnih za bezbjedan tok porođaja,
- omogućavanje adekvatnog unosa hrane i tečnosti tokom porođaja,
- slobodu kretanja i izbor položaja tokom porođaja,
- zajednički boravak majke i bebe nakon porođaja, uz podršku ranom uspostavljanju i isključivom dojenju,
- pravovremeno informisanje žene o njenom zdravstvenom stanju, kao i o stanju fetusa/novorodenčeta.

Takođe, podrška i njega obuhvataju sljedeće segmente:

- Prisustvo osobe od povjerenja preporučuje se svakoj ženi tokom porođaja.
- Standardno trajanje latentne faze prvog porođajnog doba nije utvrđeno i može se značajno razlikovati među ženama.
- Prihvatljiva brzina dilatacije grlića materice tokom aktivne faze prvog porođajnog doba je 0,5 cm na sat, pod uslovom da je stanje žene i fetusa zadovoljavajuće, a da su plodovi ovojci intaktni.
- Trajanje aktivne faze prvog porođajnog doba od osam sati ili duže zahtijeva kliničku procjenu i razmatranje odgovarajućih intervencija.
- Vaginalne preglede treba vršiti isključivo kada za to postoje jasne indikacije. Učestali vaginalni pregledi tokom porođaja povećavaju rizik od infekcije, naročito ukoliko se obavi osam ili više pregleda.
- Aktivno vođenje trećeg porođajnog doba (AMTSL) treba da sprovodi samo obučeno medicinsko osoblje.

3.1. Definicija fiziološkog porođaja

U skladu s principima SZO, **fiziološki porođaj** definiše se kao porođaj koji:

- počinje spontano u terminu trudnoće,

- napreduje bez potrebe za dodatnim medicinskim intervencijama,
- ne uključuje farmakološko ublažavanje bola,
- na početku porođaja ima nizak rizik od komplikacija,
- ostaje niskog rizika tokom svih faza porođaja,
- rezultuje rođenjem bebe koja je:
 - rođena spontano, bez instrumentalnog ili operativnog završavanja porođaja,
 - u cefaličnoj (okcipitalnoj) prezentaciji,
 - u gestacijskoj dobi **većoj od 37, a kraćoj od 42 navršene sedmice**,
- i u kojem su i žena i njeno novorođenče u zadovoljavajućem kliničkom stanju nakon porođaja.

U **MKB-10** ne koristi se termin „fiziološki porođaj“. Umjesto toga, šifra **O80** obuhvata sve „jednoplodne spontane porođaje u terminu“, uključujući:

- **O80.0 – spontani porođaj sa cefaličnom (okcipitalnom) prezentacijom.**

3.2. Principi

Ljekar i babica treba da pružaju podršku trudnici kroz **humanu, na dokazima zasnovanu zdravstvenu zaštitu, prilagođenu potrebama žene**, uključujući sljedeće postupke:

- Vaginalni porođaj treba podržavati kao preferirani način završetka porođaja kada ne postoje kontraindikacije.
- Za sve preglede i intervencije mora se dobiti i dokumentovati pristanak zasnovan na informacijama.
- Tokom aktivnog porođaja potrebno je obezbijediti kontinuiranu individualnu podršku porodilji.
- Pružanje njege od strane babice odgovarajući je model njege kod porođaja niskog rizika, uz uključivanje akušera kada za to postoje kliničke indikacije.
- Pomozite ženi da obuče **udobnu odjeću po svom izboru**; korišćenje lične odjeće treba biti dozvoljeno ako žena to želi.
- Sprovodite procjene i preglede **samo kada za to postoje kliničke indikacije**.
- Mjerite krvni pritisak i puls u odgovarajućim intervalima.
- Izvršite **spoljašnji akušerski pregled** prema indikacijama.
- Pratite fetalni srčani ritam **intermitentnom auskultacijom** kod porođaja niskog rizika.

- Koristite **partogram** tokom aktivne faze prvog porođajnog doba.
- Pružite **kontinuiranu emocionalnu, psihološku i praktičnu podršku** ženi i njenom pratiocu / osobi od povjerenja.

3.3. Organizacija zdravstvene zaštite i pristup usmjeren na trudnice

- Žene treba da budu **informisane o članovima zdravstvenog tima** i njihovim ulogama u pružanju njege.
- Žene bi trebalo da dobiju informacije o **prednostima kontinuirane emocionalne podrške** tokom porođaja.
- Prisustvo **osobe od povjerenja po izboru žene** treba podsticati i podržavati.
- Porodilišta treba da osiguraju **privatnost i povjerljivost**, po mogućnosti kroz zasebne porođajne sale.
- Kontinuirano praćenje i podršku treba osigurati **tokom porođaja i najmanje prva dva sata nakon rođenja djeteta**.
- Zdravstvene ustanove treba da osiguraju održavanje **toplog lanca** i za majku i za novorođenče.
- Žene bi trebalo **kontinuirano savjetovati i podržavati za rani početak i isključivo dojenje**.

3.4. Prakse koje ne treba rutinski koristiti

- Obavezno presvlačenje u bolničku odjeću se ne preporučuje.
- Rutinska primjena klizme se ne preporučuje. Međutim, ukoliko porodilja zahtijeva primjenu klizme, a prethodno je informisana o nedostatku dokazane medicinske koristi i ne postoje kontraindikacije, klizma se može primijeniti.
- Rutinsko brijanje pubične i perinealne regije se ne preporučuje.
- Rutinska antiseptička obrada vagine i/ili perineuma se ne preporučuje.
- Ne treba koristiti rutinsko šivenje perineuma u odsustvu ruptura koje zahtijevaju suturu.
- Kontinuirani elektronski monitoring fetalne srčane frekvence kod porođaja niskog rizika se ne preporučuje.
- Ne treba ograničavati oralni unos tečnosti ili hrane tokom prve faze porođaja.

- Ne treba vršiti rutinsku reviziju materične šupljine nakon porođaja.
- Ne treba vršiti rutinsku postporođajnu kateterizaciju mokraćne bešike.

Napomena: Ključni princip SZO

Sporije napredovanje porođaja samo po sebi **nije indikacija za medicinsku intervenciju**. Kliničke odluke treba donositi na osnovu **ukupnog stanja porodilje i fetusa**, a ne isključivo na osnovu stepena dilatacije grlića materice.

4. DEFINICIJA FAZA POROĐAJA

4.1. Prva faza porođaja (prvo porođajno doba)

Prva faza porođaja definiše se kao period od početka regularnih kontrakcija materice koje rezultuju progresivnim spuštanjem ploda i skraćanjem i dilatacijom grlića materice do postizanja potpune dilatacije grlića materice (10 cm).

Prva faza porođaja podijeljena je u dvije faze:

- **Latentna faza** – karakterišu je bolne kontrakcije materice, progresivno spuštanje ploda i dilatacija grlića materice do **5 cm**.
- **Aktivna faza** – počinje pri **dilataciji grlića materice od 5 cm** i nastavlja se do kompletne dilatacije (10 cm).

SZO naglašava da su početak i trajanje latentne faze varijabilni i teško ih je precizno definisati. Iregularne uterusne kontrakcije mogu biti prisutne tokom dužeg vremenskog perioda, dok su kontrakcije u ranoj fazi porođaja često blage i rijetke.

Ne postoji jasno definisano standardno trajanje latentne faze porođaja, a njeno trajanje može značajno varirati među pacijentkinjama.

4.1.1. Aktivna faza

Aktivnu fazu porođaja karakterišu regularne, bolne kontrakcije materice praćene progresivnom dilatacijom grlića materice od 5 cm do kompletne dilatacije, bez obzira na paritet.

Napominje se da:

- dilatacija grlića **materice sporija od 1 cm na sat sama po sebi nije indikacija za intervenciju**,
- kliničke odluke treba donositi na osnovu **ukupnog stanja porodilje i fetusa**, a ne isključivo na osnovu stepena dilatacije grlića materice.

4.2. Druga faza (drugo porođajno doba)

Druga faza porođaja počinje postizanjem kompletne dilatacije grlića materice (10 cm) i završava se rađanjem djeteta. Sastoji se od dvije faze:

- **Prva faza – pasivna faza**

Od kompletne dilatacije grlića materice do trenutka kada:

- prednjačeci dio dostiže do karličnog dna, ili
- porodilja osjeti snažan nagon za napinjanjem.

- **Druga faza – aktivna faza – faza napinjanja**

- Od početka aktivnog napinjanja do rađanja djeteta.

Tokom ove faze treba:

- omogućiti ženama da **sljede sopstveni nagon za napinjanjem**,
- podržavati **slobodu položaja i kretanja** tokom druge faze.

4.3. Treća faza porođaja (treće porođajno doba)

Treća faza porođaja je period od rođenja bebe do rađanja posteljice.

U vođenju treće faze porođaja razlikuju se dva pristupa:

1. **Aktivno vođenje treće faze porođaja (AMTSL)** – preporučuje se za prevenciju postporođajnog krvarenja (PPH) i sprovodi ga obučeno zdravstveno osoblje.
2. **Fiziološki (ekspektativni) pristup** – podrazumijeva čekanje znakova odlublјivanja posteljice i spontano rađanje posteljice, najčešće **u roku od 60 minuta**, pod uslovom da je stanje porodilje stabilno i da je krvarenje minimalno.

Obično se smatra da je produženo **treće porođajno doba** kada se:

- posteljica ne rodi u roku od **30 minuta** uz aktivno vođenje trećeg porođajnog doba,
- posteljica ne rodi u roku od **60 minuta** uz ekspektativni pristup.

4.4. Postporođajni period

Postporođajni period traje od rađanja posteljice do **42 dana (6 sedmica) nakon porođaja**.

Podijeljen je na:

- **rani postporođajni period** – prvih 24 sata nakon porođaja (kritičan period za prevenciju morbiditeta i mortaliteta majki i novorođenčadi),
- **kasni postporođajni period** – od 24 sata do 6 sedmica nakon porođaja.

SZO naglašava da su **kontinuirano praćenje, pravovremeno prepoznavanje komplikacija, dostupnost hitne akušerske i neonatalne zdravstvene zaštite, kao i pravovremeno upućivanje na viši nivo zdravstvene zaštite kada je to potrebno**, veoma značajni za unaprjeđenje maternalnih i neonatalnih ishoda.

5. VOĐENJE FIZIOLOŠKOG POROĐAJA

5.1. Prijem i početna procjena

Trudnica u porođaju prima se u pripremni prostor (sobu), gdje je pregleda babica ili ljekar, koji treba da:

- ljubazno pozdrave porodilju, predstave se imenom i ostvare prijatan i profesionalan pristup,
- održavaju kontakt očima tokom razgovora,
- koriste jednostavan, jasan i smiren način komunikacije,
- uključe trudnice i njihove porodice u razgovor i donošenje odluka o njihovoj njezi,
- objasne porodilji svrhu pregleda i procjene kako bi se potvrdilo da su ona i njena beba dobrog stanja,
- obavijeste je o mogućnosti porođaja uz podršku osobe od povjerenja i ohrabre je.

Pitajte trudnicu o eventualnim tegobama:

- glavobolja
- problemi s vidom
- konvulzije / poremećaj svijesti
- visoka temperatura
- krvarenje
- jak bol
- jako povraćanje
- drugi problemi ili nedoumice
- Uvijek objasnite svaki postupak i zatražite njenu dozvolu prije nego što počnete.
- Operite ruke i osigurajte privatnost.

Babica treba da:

- pregleda podatke u antenatalnoj dokumentaciji i sve relevantne kliničke informacije,
- popuni identifikacioni dio (lične podatke) u porođajnoj evidenciji,

- izmjeri tjelesnu visinu i tjelesnu masu,
- uradi kardiotokografski zapis (CTG),
- procijeni prisustvo proteinurije (test trakom iz urina) pri prijemu ili kada za to postoje kliničke indikacije, naročito kod žena s povišenim krvnim pritiskom ili simptomima koji ukazuju na hipertenzivne poremećaje u trudnoći,
- zabilježi sve podatke u porođajnoj dokumentaciji.

VAŽNA NAPOMENA: Sprečavanje infekcije

Operite ruke prije bilo kakvog kontakta s pacijentom:

- Vidljivo zaprljane ruke perite sapunom i vodom 40–60 sekundi.
- Ako ruke nisu vidljivo zaprljane, izvršiti dezinfekciju ruku utrljavanjem alkoholnog sredstva u trajanju 20–30 sekundi.

Pet trenutaka za higijenu ruku prema SZO:

1. Prije bilo kakvog kontakta sa pacijentom / stavljanja rukavica.
2. Prije izvođenja čistih ili aseptičnih postupaka.
3. Nakon izlaganja tjelesnim tečnostima.
4. Nakon dodirivanja pacijenata / skidanja rukavica.
5. Nakon kontakta s okruženjem pacijenta.

Standardne mjere za prevenciju i kontrolu infekcija:

- Koristiti sterilne rukavice i zaštitnu odjeću, uz dodatnu zaštitu očiju tokom porođaja.
- Koristiti sterilne instrumente i opremu ili opremu podvrgnutu dezinfekciji visokog nivoa (HLD). Nakon upotrebe, instrumente odložiti u zatvorene, nepropusne kontejnere otporne na curenje i oštećenje oštrim predmetima. Instrumente oprati u vodi sa deterdžentom, isprati, osušiti i prije ponovne upotrebe sterilisati ili podvrgnuti dezinfekciji visokog nivoa.
- Sve površine čistiti deterdžentom i vodom prije smjenjivanja pacijentkinja.
- Dekontaminirati vidljivo kontaminirane površine i površine po kojima su prosute tjelesne tečnosti.
- Rukovati bolničkim rubljem na bezbjedan način, uz pravilnu obradu i skladištenje.
- Odvojite nekontaminirani i kontaminirani otpad i odložite ga prema standardima. Oštre predmete stavite u posude otporne na probijanje.

Početna procjena:

Dalji postupci prijema mogu se sprovoditi u skladu s **lokalnom kliničkom praksom i protokolima ustanove.**

Prilikom prijema, **ljekar ili babica** vrše početnu procjenu opšteg stanja i vitalnih znakova žene:

- izmjerite puls (vrijednosti izvan raspona 60–110/min zahtijevaju dalju procjenu),
- izmjerite temperaturu (temperatura ≥ 37.5 °C zahtijeva dalju procjenu),
- izmjerite krvni pritisak (sistolni ≥ 140 mmHg ili dijastolni ≥ 90 mmHg zahtijevaju dalju procjenu),
- procijeniti boju kože i sluznica (posmatrati konjunktive i dlanove radi procjene bljedila),
- provjerite znakove dehidracije (kao što su upale oči ili suva usta),
- procijenite turgor kože (uštinite kožu podlaktice ako se sumnja na dehidraciju).

Trudnicu treba obavijestiti o nalazima i sljedećim koracima u njenom liječenju.

Dodatne procedure prijema, kao što su uzimanje anamneze, kardiokotografija (CTG), vaginalni pregled ili druge procjene, **mogu se sprovesti u skladu s kliničkim indikacijama i protokolima ustanove.**

Prostor za porođaj / porođajna sala

- Individualna porođajna soba treba da obezbijedi privatnost, povjerljivost i mogućnost prisustva osobe od povjerenja po izboru trudnice.
- Trudnica ostaje u istoj prostoriji od početka porođaja, tokom cijelog trajanja porođaja i tokom prva dva sata postporođajnog perioda.
- Soba mora biti čista. Nakon svakog porođaja, krevet i pod treba očistiti odgovarajućim sredstvima.
- Prostorija treba biti topla, bez promaje, s temperaturom ne nižom od 24°C.
- Potrebno je obezbijediti adekvatno osvjtljenje.
- Oprema i lijekovi za pružanje hitne pomoći majci i novorođenčetu treba da budu dostupni (**Prilog 1**).

- **Do trenutka rođenja djeteta, osnovna oprema za reanimaciju mora biti spremna i nalaziti se u porođajnoj sali**, budući da je u 50% slučajeva nemoguće predvidjeti potrebu za reanimacijom.
- Oprema koja omogućava slobodan izbor položaja za porođaj (lopte za porođaj, strunjače...).
- Ambijent treba da podsjeća na kućni ambijent (zavjese na prozorima, poster, plastično ili platneno cvijeće itd.).

Anamneza i prikupljanje kliničkih podataka

Otpratiti ženu i njenu osobu od povjerenja do individualne porođajne sale:

- Ljubazno pozdraviti pacijentkinju i predstaviti se.
- Objasnite šta ćete uraditi i zašto i zatražite dozvolu prije nego što izvršite pregled.
- **Umirite pacijentkinju** i pitajte je da li ima nedoumica ili pitanja.
- **Pregledajte** prenatalnu dokumentaciju i relevantne kliničke informacije te pitajte ženu o:
 - eventualnim brigama vezanim za aktuelni porođaj,
 - prethodnim trudnoćama i porođajima,
 - medicinskoj istoriji: hronični zdravstveni problemi, alergije, lijekovi koje koristi u terapiji,
 - toku aktuelne trudnoće.
- **Izračunajte vjerovatni termin porođaja:**
 - Pogledajte antenatalnu dokumentaciju za očekivani termin porođaja prema poznatoj posljednjoj menstruaciji (LMP) ili ranom ultrazvuku.
 - Ukoliko antenatalna dokumentacija nije dostupna, pitajte trudnicu za prvi dan njene posljednje menstruacije (PM) i izračunajte očekivani termin porođaja koristeći akušerski krug ili kalendar: prvi dan PM + 7 dana – 3 mjeseca ILI prvi dan PM + 7 dana + 9 mjeseci.
- **Odredite gestacijsku dob:**
 - Koristite akušerski krug ili mobilnu aplikaciju ILI brojite sedmice u kalendaru koje su prošle od prvog dana posljednje menstruacije ili broj sedmica između današnjeg datuma i očekivanog termina porođaja.
 - Potvrdite ovo mjerenjem visine fundusa tokom abdominalnog pregleda.
- **Uzimanje karličnih mjera:**

- Na početku porođaja, rutinsko uzimanje karličnih mjera kod zdravih trudnica **ne preporučuje se** u odsustvu kliničkih indikacija.
- **Identifikujte probleme** ili faktore rizika i planirajte dalje procjene.
- **Dokumentujte nalaze** odmah nakon završetka procjene.

5.2. Spoljašnji i unutrašnji pregled

5.2.1. Pregled abdomena

Ključni koraci:

- Operite ruke i osigurajte privatnost.
- Objasnite šta ćete uraditi i zašto i zatražite dozvolu od trudnice prije početka pregleda.
- Izmjerite **visinu fundusa**.
- **Pregledom abdomena** procijeniti prisustvo ožiljka nakon prethodnog carskog reza i eventualnog patološkog retrakcionog prstena u donjem dijelu abdomena (Bandlova brazda):
 - Ukoliko se uoči patološki retrakcioni prsten, potrebno je zamoliti porodilju da isprazni mokraćnu bešiku, a zatim ponoviti pregled.
 - Ukoliko je prisutan retrakcioni prsten u donjem dijelu abdomena (Bandlova brazda) ili poprečni položaj ploda, potrebno je hitno obezbijediti viši nivo zdravstvene zaštite.
 - Navedena stanja treba tretirati kao **hitna akušerska stanja**.
- **Procijenite kontrakcije:**
 - Trudnica **u aktivnom porođaju** imaće najmanje 3 kontrakcije tokom 10 minuta, svaka u trajanju od najmanje 40 sekundi.
 - Kontrakcije mogu biti rjeđe, a da se napredovanje porođaja i dalje smatra urednim ukoliko dilatacija grlića materice kontinuirano napreduje.
 - Provjerite da li se materica opušta između kontrakcija.
- **Procijenite položaj i prednjačeći dio ploda:**
 - položaj fetusa – uzdužni ili poprečni,
 - prednjačeći dio – glava, karlica, ostalo,

- prisustvo višeploidne trudnoće,
 - pokrete fetusa,
 - osjetljivost materice na palpaciju.
- **Auskultacija fetalne srčane frekvence** (normalna bazalna srčana frekvencija fetusa: 110–160 otkucaja u minuti):
 - Brojite otkucaje tokom jednog minuta između kontrakcija.
 - Ukoliko je fetalna srčana frekvencija manja od 110 ili veća od 160 otkucaja u minuti, porodilju postaviti u lijevi bočni položaj i ponoviti mjerenje.
 - Procijeniti spuštenost glavice određivanjem dijela glavice palpabilnog iznad simfize.
 - Identifikujte probleme ili faktore rizika.
 - Nalaze podijeliti i objasniti ih porodilji i njenom partneru / osobi od povjerenja.

5.2.2. Vaginalni pregled (VP)

VP je invazivni postupak i treba ga sprovoditi **samo kada je klinički indikovano, uz pristanak trudnice zasnovan na dobijenim informacijama** i strogo poštovanje **privatnosti, dostojanstva pacijentkinje i mjera prevencije infekcije.**

Indikacije:

- sumnja na početak porođaja ili procjena napredovanja porođaja kada je to klinički indikovano,
- procjena napredovanja porođaja tokom **aktivne faze** prvog porođajnog doba, radi adekvatne primjene **partograma**,
- **prisustvo maternalnih ili fetalnih razloga za dodatnu procjenu**, uključujući promjene u stanju porodilje, abnormalnosti fetalne srčane frekvencije ili sumnju na komplikacije tokom porođaja.

Aktivna faza porođaja počinje pri dilataciji grlića materice od 5 cm.

Kod nekomplikovanog porođaja, vaginalni pregled može se razmotriti u približno sljedećim vremenskim intervalima:

- **Latentna faza:** ne češće od jednom na **6 sati**.

- **Aktivna faza:** vaginalni pregled obično se obavlja na približno **4 sata**, uz **individualno prilagođavanje učestalosti pregleda (na 2–4 sata ili prema kliničkoj indikaciji)** radi procjene napredovanja porođaja i stanja majke i fetusa.

Postupci koji se rutinski NE preporučuju:

- rutinski vaginalni pregledi bez kliničke indikacije,
- ponavljani vaginalni pregledi u kratkim vremenskim intervalima u odsustvu kliničkih indikacija za dodatnu procjenu.

Prije VP:

- Objasniti razlog pregleda jednostavnim i razumljivim jezikom.
- Dobiti saglasnost porodilje za pregled.
- Obezbijediti privatnost i povjerljivost.
- Ukoliko porodilja želi prisustvo partnera ili osobe od povjerenja, omogućiti prisustvo.
- Operite ruke i stavite rukavice za pregled.
- Pobrinite se da se trudnica osjeća ugodno i opušteno.

Ključni koraci tokom vaginalnog pregleda – procijeniti i dokumentovati:

- Zamoliti trudnicu da isprazni mokraćnu bešiku.
- Održavati kontakt očima s trudnicom tokom pregleda kako bi se procijenilo kako podnosi pregled.
- Pregled izvoditi isključivo **između kontrakcija**.
- Zamoliti trudnicu da se opusti i relaksira noge. Nikada ne razdvajati noge silom!
- Tokom cijelog pregleda održavati profesionalnu komunikaciju, s iskazanim poštovanjem.
- Pregledom vulve procijeniti: izbočenje perineuma, eventualno vidljive djelove ploda, vaginalno krvarenje, curenje plodove vode, prisustvo kondiloma, keloidnog tkiva ili ožiljaka koji mogu ometati vaginalni porođaj.
- Oprati vulvu i perinealnu regiju čistom vodom.
- Staviti sterilne rukavice; vaginalni pregled **ne izvoditi u toku aktivnog krvarenja**.
- Pažljivo izvesti vaginalni pregled između kontrakcija. Nježno umetnite dva prsta u vaginu radi procjene:

- **cerviksa:** položaj (posteriorni/centralni/anteriorni), konzistencije, dužine/održanosti, dilatacije cerviksa,
- **plodovih ovojaka:** intaktne / nijesu opipljive; ukoliko postoji curenje plodove vode, procijeniti boju, količinu i miris plodove vode,
- **prednjaćeg dijela:** koji dio ploda prednjači i nivo prednjaćeg dijela u odnosu na karlične ravni; položaj glavice, konfiguraciju i spuštenost.

Uporediti nalaz vaginalnog pregleda s nalazom abdominalnog pregleda.

U slučaju palpacije pulsirajuće pupčane vrpce, odmah preduzeti hitne mjere.

Po završetku vaginalnog pregleda:

- Pažljivo izvući prste i procijeniti prisustvo krvi, mekonijuma i plodove vode. Skinuti i pravilno odložiti rukavice, a zatim oprati ruke.
- Obavijestiti porodilju i njenog partnera / osobu od povjerenja o nalazu pregleda.
- Dokumentovati nalaz na partogramu.
- Umiriti porodilju i nastaviti s kontinuiranom emocionalnom podrškom.

Nalaz vaginalnog pregleda treba evidentirati **na partogramu** i tumačiti u kontekstu **ukupnog kliničkog stanja porodilje i fetusa**. **Sporije napredovanje porođaja samo po sebi nije indikacija za intervenciju.**

Važna napomena:

Vaginalne preglede treba sprovoditi isključivo kada za to postoje jasne indikacije. Učestali vaginalni pregledi tokom porođaja povećavaju rizik od infekcije, naročito ukoliko se obavi osam ili više pregleda.

Zapamtiti:

Njega tokom porođaja treba da bude humana, prilagođena individualno svakoj pacijentkinji i zasnovana na dokazima, uz primjenu minimalnog broja intervencija neophodnih za bezbjedan tok porođaja.

5.2.3. Dijagnostički kriterijumi za prvu fazu porođaja

Dijagnostički kriterijumi:

- Grlić materice mora biti dilatiran najmanje 5 cm.

- Porodilja mora imati regularne, progresivno intenzivnije bolne kontrakcije (najmanje tri kontrakcije u 10 minuta).

Ukoliko porodilja nije u aktivnom porođaju, plodovi ovojci su intaktni i ostali nalazi uredni, potrebno je postupiti u skladu s lokalnim protokolima ustanove u vezi s otpustom kući, prijemom ili daljim posmatranjem.

Zapamtiti:

Ukoliko nijesu ispunjena ova dva kriterijuma, porodilja nije u aktivnom porođaju. Može se raditi o lažnim kontrakcijama ili latentnoj fazi prvog porođajnog doba. Ukoliko je dilatacija grlića materice manja od 5 cm, ne preporučuje se ubrzavanje porođaja amniotomijom, primjenom oksitocina ili drugih lijekova.

Rutinska njega tokom porođaja

Svrha: pružiti podržavajuću njegu tokom porođaja, usmjerenu na ženu, u skladu s individualnim potrebama.

Principi njege tokom porođaja nalaze se u Prilogu 2.

5.3. Prva faza porođaja (prvo porođajno doba)

5.3.1. Njega i praćenje aktivne prve faze porođaja

Aktivna prva faza porođaja traje od 5 cm dilatacije do kompletne dilatacije grlića materice (10 cm). Obično ne traje duže od 12 sati kod prvorotki i 10 sati kod višerotki.

Ako je žena u aktivnom porođaju:

- Započnite njegu tokom porođaja.
- Saslušati iskustva, potrebe i želje trudnice i poštovati njene izbore.
- Podsticati trudnicu na kretanje i zauzimanje položaja koji joj pričaju.
- Ohrabrite trudnicu i pomozite njenom partneru / osobi od povjerenja da pruži podršku tokom porođaja.
- Pružati podršku, ohrabrenje i objasniti trudnici šta može očekivati tokom porođaja.

- Pomoći trudnici da pronađe položaje koji joj pružaju najveću udobnost i izbjegavati dugotrajno ležanje na leđima.
- Podsticati promjenu položaja i kretanje prema želji trudnice.
- Omogućiti unos vode, čaja ili sokova – najmanje jednu šolju na sat.
- Omogućiti lagane obroke kada trudnica osjeća glad.
- Voditi računa o redovnom pražnjenju mokraćne bešike, uz izbjegavanje nepotrebne kateterizacije.
- Omogućiti trudnici da koristi ispuštanje zvukova, uzdisanje, pjevušenje ili druge načine koji joj pomažu da se nosi s bolom.
- Pružite utjehu. Osoblje i njen partner / osoba od povjerenja može:
 - rashlađivati ili osvježavati trudnicu toplom ili hladnom vodom,
 - pomoći pri tuširanju ili kupanju,
 - pružati podršku u različitim položajima tijela,
 - pobrinuti se da ne ostane sama.
- Objasniti trudnici šta može očekivati, gdje će boraviti tokom porođaja, kako može dobiti tečnost za piće i na koji način može pozvati zdravstvenog radnika ukoliko joj je potrebna pomoć.

KLJUČNI KORACI

Procijenite i zabilježite

Svakih 30 minuta:

- praćenje fetalne srčane frekvence (FHR) (normalna frekvencija 110–160 otkucaja u minuti),
- kontrakcije (učestalost, trajanje i intenzitet kontrakcija; u aktivnom porođaju obično tri ili više kontrakcija u 10 minuta, u trajanju dužem od 40 sekundi),
- puls trudnice (normalna srčana frekvencija trudnice iznosi 60–110 otkucaja u minuti),
- raspoloženje i ponašanje trudnice.

Svaka dva sata:

Tjelesna temperatura:

Izmjerite temperaturu trudnice. Temperatura $\leq 37,5$ °C **smatra se očekivanim nalazom tokom fiziološkog porođaja**. Temperatura $\geq 37,5$ °C **zahtijeva pojačan klinički oprez i ponovnu procjenu stanja**.

Svaka četiri sata:

- **krvni pritisak trudnice:** sistolni krvni pritisak 90–139 mmHg / dijastolni krvni pritisak 60–89 mmHg. Sistolni krvni pritisak ≥ 140 mmHg ili dijastolni ≥ 90 mmHg zahtijeva dalju procjenu,
- **grlić materice:** bez edema, mekan, s kontinuiranim napredovanjem dilatacije,
- **stanje plodovih ovojaka:** procijeniti pri svakom vaginalnom pregledu ili pri sumnji na oticanje plodove vode; plodova voda treba da bude bistra,
- **spuštenost prednjačćeg dijela:** očekuje se progresivno spuštanje.

Ako su nalazi normalni:

- Pružite trudnici kontinuiranu podršku uz puno poštovanje i njegu.
- Dokumentovati sve nalaze, donesene kliničke odluke i pružene informacije.
- Upoznati trudnicu i njenog partnera / osobu od povjerenja s nalazima i daljim planom njege.

Važna napomena:

- Rutinska amniotomija ili stimulacija oksitocinom **ne smiju se koristiti** kod porođaja koji uredno napreduje, ukoliko su stanje porodilje i fetusa uredni, dilatacija grlića materice napreduje i tok porođaja je u očekivanim granicama.
- Vaginalni pregledi najčešće se obavljaju na približno svaka 4 sata, uz individualno prilagođavanje učestalosti pregleda u skladu s kliničkim indikacijama i napredovanjem porođaja (2-4 sata).

5.3.2. Ublažavanje bolova pri porođaju

Ublažavanje bolova tokom porođaja treba primijeniti individualno i zasnovano na izboru trudnice koja je informisana, uzimajući u obzir kliničko stanje majke i fetusa, fazu porođaja i dostupne metode analgezije. Trudnicama treba pružiti jasne i razumljive informacije o

dostupnim metodama ublažavanja bolova, njihovim prednostima, ograničenjima i mogućim neželjenim efektima kako bi mogle donijeti odluku zasnovanu na informacijama.

Nefarmakološke metode

Tokom porođaja treba podsticati upotrebu nefarmakoloških metoda za ublažavanje bola, posebno tokom latentne i rane aktivne faze porođaja. Ove metode uključuju:

- kontinuiranu podršku babice i/ili osobe od povjerenja tokom porođaja,
- slobodu kretanja i promjenu položaja,
- tehnike disanja i relaksacije,
- masažu,
- primjenu toplih obloga ili toplog tuša,
- hidroterapiju, uključujući boravak u vodi tokom porođaja.

Ove metode mogu doprinijeti smanjenju doživljaja bola, povećati zadovoljstvo porođilje iskustvom porođaja i smanjiti potrebu za farmakološkom analgezijom.

Inhalaciona analgezija

Inhalaciona analgezija azotnim oksidulom može se ponuditi kao metoda ublažavanja bola tokom porođaja. Trudnicu treba informisati da ova metoda može pružiti djelimično ublažavanje bola, ali može uzrokovati i mučninu, vrtoglavicu ili blagu glavobolju.

Istovremena primjena inhalacionog azot oksidula i sistemskih opioda ne preporučuje se zbog povećanog rizika od respiratorne depresije i sedacije.

Opiodna analgezija

Opiodi, poput petidina ili diamorfina, mogu se koristiti za ublažavanje bolova tokom porođaja uz odgovarajući klinički nadzor. Trudnice treba obavijestiti da ovi lijekovi pružaju djelimično ublažavanje bolova i mogu uzrokovati:

- pospanost,
- mučninu i povraćanje,
- prolaznu respiratornu depresiju i pospanost kod novorođenčeta.

Opioidi mogu privremeno uticati na uspostavljanje dojenja. Kada se opioidi primjenjuju intravenski ili intramuskularno, preporučuje se primjena antiemetika. Trudnice ne treba da ulaze u bazen ili kadu za porođaj u roku od dva sata nakon primjene opioida ili ukoliko osjećaju pospanost.

Regionalna analgezija

Epiduralna analgezija predstavlja najefikasniju farmakološku metodu ublažavanja bolova tokom porođaja. Prije njene primjene, trudnice treba informisati da:

- pruža efikasnije ublažavanje bola u poređenju s opioidima,
- može produžiti drugu fazu porođaja,
- može povećati vjerovatnoću operativnog vaginalnog završetka porođaja,
- nije povezana s dugotrajnim bolom u leđima,
- nije povezana s povećanom stopom carskih rezova.

Epiduralna analgezija zahtijeva intenzivnije praćenje stanja majke i fetusa, kao i intravensku primjenu terapije.

Opšte preporuke

Zdravstveni sistem treba postepeno da unaprijeđuje dostupnost sigurnih i efikasnih metoda za ublažavanje bola tokom porođaja, u skladu s međunarodnim preporukama. Izbor metode analgezije redovno treba preispitivati tokom porođaja, u skladu sa željama trudnice i kliničkom situacijom. Trudnice treba informisati da svoju odluku o analgeziji mogu promijeniti u bilo kojem trenutku tokom porođaja.

Dodatne napomene

*Porođaj u vodi i inhalaciona analgezija azotnim oksidulom u trenutku pisanja ovih smjernica **nijesu bili rutinski dostupni u porodilištima u Crnoj Gori.***

Trudnice **moraju biti informisane** o dostupnim metodama za ublažavanje bolova:

- Pružiti podršku trudnicama koje su anksiozne, uplašene ili uznemirene zbog bola.
- Ponudite zdravim trudnicama koje traže ublažavanje bolova tokom porođaja metode u skladu s njihovim željama, kliničkim stanjem i dostupnošću, uključujući:

- epiduralnu analgeziju (gdje je dostupna),
- opioidnu analgeziju u skladu s Listom lijekova (npr. petidin; fentanil – kada je dostupan i indikovano),
- nefarmakološke metode,
- boravak u vodi tokom porođaja (gdje je dostupno),
- inhalaciju mješavine azotnog oksidula i kiseonika (gdje je dostupna i odobrena za primjenu).

Dostupnost farmakoloških metoda može varirati u zavisnosti od ustanove. **U Crnoj Gori** je pristup epiduralnoj analgeziji trenutno ograničen, a upotreba opioidne analgezije prvenstveno se zasniva na lijekovima koji su dostupni na Listi lijekova.

Izbor metode ublažavanja bola **ne smije ograničiti mogućnost vaginalnog porođaja**.

Bol kod trudnica u određenim djelovima tijela može uzrokovati položaj bebe – ukoliko su leđa ploda okrenuta prema kičmi majke, trudnica može osjećati izraženiji bol u leđima. U takvim slučajevima, položaji poput oslanjanja na ruke i koljena ili nagnjanja prema naprijed mogu pomoći u ublažavanju bola. Pritisak na donji dio leđa takođe može doprinijeti ublažavanju tegoba.

Treba izbjegavati intervencije koje nijesu klinički indikovane ili mogu biti potencijalno štetne, uključujući rutinsku stimulaciju porođaja, vaginalnu dezinfekciju hlorheksidinom, brijanje perinealne regije i primjenu klizme.

Mogući uzroci privremenog usporavanja porođaja

Privremeno usporavanje napredovanja porođaja može biti povezano sa:

- punom mokraćnom bešikom,
- dehidracijom ili nedovoljnim oralnim unosom tečnosti,
- primjenom opioda ili jačih analgetika,
- epiduralnom analgezijom.

Ove faktore treba prepoznati i korigovati prije razmatranja medicinskih intervencija.

5.3.3. Praćenje napredovanja porođaja (partogram)

Nakon što trudnica uđe u **aktivnu fazu prvog porođajnog doba**, napredovanje porođaja treba pratiti pomoću **partograma**.

Cilj praćenja porođaja je **podrška fiziološkom toku porođaja**, a ne nametanje unaprijed definisanih vremenskih ograničenja.

Vođenje partograma:

- omogućava vizuelni prikaz napredovanja porođaja,
- omogućava pravovremeno prepoznavanje odstupanja u toku porođaja i potrebu za dodatnim intervencijama,
- pomaže u razlikovanju abnormalnog napredovanja porođaja i identifikaciji žena kojima je potrebna dodatna podrška ili intervencija.

Ukoliko kriva dilatacije grlića materice prati **liniju upozorenja (Alert line)**, to ukazuje na brzinu dilatacije od približno **1 cm na sat**: napredovanje porođaja smatra se urednim, intervencija nije potrebna i preporučuje se nastavak praćenja.

Ukoliko se kriva dilatacije nalazi **lijevo od linije upozorenja**, to ukazuje na brzinu dilatacije veću od 1 cm na sat: napredovanje porođaja smatra se urednim, intervencija nije potrebna i preporučuje se nastavak praćenja.

Važna napomena:

Brzina dilatacije grlića materice od 1 cm na sat tokom aktivne faze prvog porođajnog doba ne postiže se kod svih trudnica i ne treba je koristiti kao strogi kriterijum urednog napredovanja porođaja.

Prelazak preko linije upozorenja ukazuje na brzinu dilatacije grlića materice **manju od 1 cm na sat**. Ukoliko su plodovi ovojci intaktni i stanje trudnice i fetusa zadovoljavajuće, ova situacija može predstavljati **normalno stanje** za tu trudnicu. Porođaj napreduje sporije od prosjeka, ali se **još uvijek ne smatra patološkim**.

Sporija dilatacija grlića materice (**manja od 1 cm na sat**), ukoliko je izolovan nalaz, sama po sebi nije indikacija za medicinsku intervenciju.

Nastaviti pažljivo praćenje toka porođaja i razmotriti dodatnu kliničku procjenu u skladu s lokalnim protokolima i organizacijom rada zdravstvene ustanove.

Napredovanje dilatacije grlića materice:

- Brzina **dilatacije grlića materice značajno varira** među ženama.
- Fiksna brzina dilatacije (npr. 1 cm na sat) **ne treba da se koristi kao univerzalni kriterijum** urednog napredovanja porođaja.
- Dilatacija grlića materice sporija od prosječne može se smatrati urednim nalazom ukoliko su ispunjeni sledeći uslovi:
 - stanje trudnice je zadovoljavajuće,
 - stanje fetusa je zadovoljavajuće,
 - kontrakcije materice su adekvatne,
 - nijesu prisutne nikakve komplikacije.
- **Sporija dilatacija grlića materice sama po sebi nije indikacija za intervenciju.**

Trajanje aktivne faze porođaja

Trajanje aktivne faze prvog porođajnog doba **značajno varira među trudnicama.**

Produženo trajanje aktivne faze zahtijeva pažljivu ponovnu procjenu i primjenu suportivnih mjera, a ne neodložnu intervenciju.

Medicinsku intervenciju treba razmatrati samo ukoliko je usporeno napredovanje porođaja praćeno ugroženošću majke ili fetusa ili drugim kliničkim indikacijama.

Sveobuhvatna procjena napredovanja porođaja

Procjena napredovanja porođaja treba da bude sveobuhvatna i da uzme u obzir više faktora, uključujući:

- opšte **stanje trudnice i fetusa,**
- trendove dilatacije i skraćivanja (zbrisavanja) grlića materice tokom vremena,
- spuštanje i rotaciju prednjaćeg dijela,
- jačinu, trajanje i učestalost kontrakcija materice,
- paritet i prethodnu akušersku anamnezu,
- emocionalno stanje trudnice, umor i način podnošenja porođaja.

Tokom uznapredovale dilatacije (posebno između **8 i 10 cm**), trudnice mogu osjetiti drhtavicu, mučninu, povraćanje ili razdražljivost. To su **uobičajene fiziološke reakcije** i najčešće ukazuju na povećanu potrebu za podrškom, a ne na patologiju.

Mjere podrške

Pružite kontinuiranu, individualnu emocionalnu i fizičku podršku tokom cijelog porođaja.

Ohrabrite:

- uzimanje tečnosti i hrane u skladu s potrebama,
- redovno pražnjenje mokraćne bešike,
- kretanje i promjene položaja,
- mjere komfora i nefarmakološke metode ublažavanja bola.

Praćenje stanja fetusa

Kod porođaja niskog rizika **ne preporučuje se rutinska kontinuirana kardiokotografija (CTG).**

Za praćenje fetalne srčane frekvence preporučuje se intermitentna auskultacija, u skladu s nacionalnim preporukama i smjernicama SZO.

Kada porođaj napreduje sporije od očekivanog

Ukoliko porođaj napreduje sporije od prosjeka:

- nastaviti **pažljivo praćenje i suportivnu njegu**,
- ponovo procijeniti hidrataciju, ispražnjenost mokraćne bešike, potrebu za ublažavanjem bola i emocionalnom podrškom,
- Razmotriti dodatnu kliničku procjenu u skladu s lokalnim protokolima i organizacijom rada zdravstvene ustanove,
- izbjegavati nepotrebne intervencije ukoliko ne postoje jasne kliničke indikacije.

5.4. Druga faza porođaja (drugo porođajno doba)

Druga faza porođaja (drugo porođajno doba) počinje pri **kompletnoj dilataciji grlića materice (10 cm)** i završava se rođenjem djeteta. Sastoji se iz dvije faze:

- pasivna faza – period od kompletne dilatacije do trenutka kada prednjačeći dio dospije na karlično dno ili porodilja osjeti snažan nagon za napinjanjem,
- aktivna faza – **faza napinjanja** – od početka aktivnih napona trudnice do rođenja bebe.

5.4.1. Principi njege

Principi njege su:

- Pružiti njegu koja je **kontinuirana, s puno poštovanja i usmjerena na trudnicu.**
- Obezbijediti pristanak, zasnovan na dobijenim informacijama, za sve procedure i preglede.
- Podržavati fiziološki tok porođaja kada su stanje majke i fetusa uredni.
- Pristup njezi individualno prilagoditi u skladu s paritetom, primjenom analgezije i kliničkim stanjem trudnice.
- Kada je u pitanju položaj:
 - Ohrabrite trudnicu da zauzme **položaj koji sama odabere.**
 - Izbjegavati rutinsko postavljanje trudnice u ležeći položaj na leđima.
 - Podsticati kretanje i uspravan položaj kada god je to moguće.
 - Za trudnice koje primaju epiduralnu analgeziju – izbjegavati ležanje na ravnoj površini. Ležeći položaj na boku može povećati vjerovatnoću spontanog vaginalnog porođaja.
- Rutinska epiziotomija se ne preporučuje.
- Pružiti kontinuiranu emocionalnu i fizičku podršku tokom porođaja.

5.4.2. Praćenje druge faze porođaja/ drugog porođajnog doba

Praćenje majke:

- Puls: mjeriti svakih 30 minuta.
- Krvni pritisak: mjeriti svaka četiri sata (ili češće ako je klinički indikovano).
- Temperatura: mjeriti svaka dva sata.
- Procijenite hidrataciju, ispražnjenost mokraćne bešike, emocionalno stanje i umor.

Praćenje fetalne srčane frekvencije

Za trudnoće niskog rizika (intermitentna auskultacija):

- Auskultaciju fetalne srčane frekvence sprovoditi **najmanje na svakih pet minuta** tokom druge faze porođaja.
- Slušati **najmanje jedan puni minut**, odmah nakon kontrakcije.
- Razlikovati fetalnu srčanu frekvencu od pulsa majke.
- Nalaz evidentirati kao pojedinačnu vrijednost, uz procjenu bazalne frekvence, ritma i eventualnih abnormalnosti.

Normalna bazalna fetalna srčana frekvencija je **110–160 otkucaja u minuti**.

Razlozi za pojačan oprez uključuju:

- perzistentnu fetalnu srčanu frekvenciju <110 otkucaja u minuti ili >160 otkucaja u minuti,
- značajne deceleracije,
- progresivne promjene u odnosu na bazalnu frekvenciju.

Kliničke odluke treba donositi na osnovu ukupne kliničke procjene i obrasca nalaza, a ne na osnovu pojedinačne vrijednosti.

Rutinska primjena kontinuiranog CTG nadzora kod trudnoća niskog rizika **ne preporučuje se**.

5.4.3. Vođenje druge faze porođaja/drugog porođajnog doba

Vođenje pasivne faze drugog porođajnog doba

- Pružite podršku i obrabrenje trudnici.
- Po potrebi podstičite odmor.
- Izbjegavati započinjanje vođenog/usmjerenog napinjanja prije pojave spontanog nagona za napinjanjem, osim kada za to postoje kliničke indikacije.
- Kod trudnica s epiduralnom analgezijom:
 - Može se razmotriti **odloženo napinjanje (do 1–2 sata)** ako je stanje majke i fetusa zadovoljavajuće.
 - S napinjanjem početi kada trudnica osjeti nagon ili kada je spuštenost prednjaćeg dijela adekvatna.
- Rano forsirano napinjanje može povećati iscrpljenost trudnice.
- Kod trudnica bez epiduralne analgezije preporučuje se spontano napinjanje u skladu s nagonom trudnice, koje može skratiti trajanje druge faze porođaja u poređenju s vođenim napinjanjem.
- Ukoliko se primjenjuje vođeno napinjanje, može se razmotriti napinjanje uz otvoreni glotis (napinjanje tokom izdisaja), posebno kod višerotki.

Vođenje aktivne faze

Podstičite spontano napinjanje prema nagonu trudnice.

Izbjegavati dugotrajno napinjanje uz zatvoren glotis i zadržavanje daha, osim kada za to postoje kliničke indikacije.

Redovno procenjivati napredovanje porođaja kliničkim pregledom.

Vaginalni pregled (VP):

Vaginalni pregled sprovoditi na osnovu kliničkih indikacija tokom aktivne faze drugog porođajnog doba, najčešće jednom na sat.

Uvijek obezbijediti saglasnost trudnice i objasniti nalaz pregleda.

Trajanje i dijagnoza produžene druge faze porođaja

Trajanje druge faze porođaja samo po sebi ne predstavlja indikaciju za intervenciju.

Produžena druga faza može se razmotriti kada:

- nema spuštanja prednjaćeg dijela uprkos adekvatnim kontrakcijama i
- aktivno napinjanje/guranje traje duže od:
 - kod prvoročke: najčešće 3 sata,
 - kod višeročke: najčešće 2 sata,
 - (duže trajanje može se očekivati u uslovima epiduralne analgezije),i
- nema kontinuiranog spuštanja i/ili rotacije prednjaćeg dijela.

Prilikom donošenja kliničkih odluka potrebno je uzeti u obzir:

- spuštanje glave fetusa,
- rotaciju,
- stanje trudnice,
- stanje fetusa,
- adekvatnost kontrakcija,
- dostupnost bezbjednog operativnog završetka porođaja.

Znaci adekvatnog napredovanja porođaja:

- kontinuirano spuštanje prednjaćeg dijela,
- progresivno rastezanje perineuma,
- efikasno napinjanje porodilje,
- fiziološka fetalna srčana frekvencija.

Znaci koji zahtijevaju ponovnu procjenu ili intervenciju:

- odsustvo spuštanja uprkos adekvatnim kontrakcijama,
- suspektan obrazac fetalne srčane frekvencije,
- iscrpljenost ili nestabilnost trudnice,
- zastoj rotacije fetalne glave,
- sumnja na cefalopelvičnu disproporciju.

Zaštita perineuma

- Rutinska epiziotomija se **ne preporučuje**.
- Epiziotomiju izvoditi samo u slučajevima kada su indikacije jasne:
 - instrumentalni vaginalni porođaj (vakuum ekstrakcija ili forceps),
 - fetalna ugroženost tokom druge faze porođaja koja zahtijeva ubrzano završavanje porođaja,
 - rigidni perineum s otežanim rađanjem fetalne glavice,
 - povećan rizik od teške perinealne traume.

Rađanje djeteta:

- Podržati kontrolisani porođaj glave.
- Podstičite lagano disanje tokom ekspulzije.
- Provjeriti prisustvo pupčane vrpce oko vrata fetusa i postupiti prema kliničkoj situaciji.
- Omogućiti spontanu restituciju i rotaciju ramena.
- Po potrebi, nježno pomoći rađanje ramena.
- Novorođenče odmah postaviti na abdomen majke u kontakt „koža na kožu“.
- Novorođenče dobro osušiti i zabilježiti vrijeme rođenja.
- Preduzeti mjere prevencije hipotermije.

5.5. Treća faza porođaja (treće porođajno doba)

Treća faza porođaja počinje neposredno nakon rađanja djeteta i završava se potpunim rađanjem posteljice i plodovih ovojaka.

Principi njege

Vođenje treće faze porođaja:

- Budite puni poštovanja prema porodilji.
- Potreban je pristanak, zasnovan na detaljnim informacijama, za sve radnje koje se preduzimaju.
- Cilj je prevencija postpartalnog krvarenja (PPH).
- Osigurati pravovremeno prepoznavanje i zbrinjavanje komplikacija.
- Podrazumijeva i tačno mjerenje i dokumentovanje količine izgubljene krvi.

5.5.1. Aktivno vođenje treće faze porođaja (AMTSL)

Aktivno vođenje treće faze porođaja preporučuje se za sve porođaje, osim ako nije kontraindikovano.

To uključuje:

1. primjenu uterotonika,
2. odgovarajuće vrijeme klemovanja pupčane vrpce,
3. kontrolisanu trakciju pupčane vrpce (od strane obučenog osoblja),
4. procjena tonusa uterusa.

Primjena uterotonika

- Odmah nakon porođaja palpacijom procijeniti uterus radi isključivanja prisustva drugog ploda.
- Dati **oksitocin 10 IU intramuskularno (ili intravenski)** unutar prvog minuta nakon porođaja.

Oksitocin je uterotonik prvog izbora za prevenciju PPH.

Ako oksitocin nije dostupan ili se njegov kvalitet ne može garantovati, potrebno je primijeniti alternativni uterotonik u skladu s Listom lijekova.

Vrijeme klemovanja pupčane vrpce

Ukoliko novorođenče ne zahtijeva hitnu reanimaciju odložiti klemovanje pupčane vrpce najmanje jedan minut nakon rođenja.

Ako je potrebna hitna reanimacija novorođenčeta, bez odlaganja podvezati i presjeći pupčanu vrpcu.

Kontrolisana trakcija pupčanika

Kontrolisanu trakciju pupčanika treba da sprovodi samo obučeno i iskusno osoblje.

Postupak:

- Primijeniti kontrapritisak iznad pubične simfize.
- Nježno povlačiti pupčanu vrpцу tokom kontrakcije uterusa.
- Prekinuti trakciju ukoliko se osjeti otpor.

Rađanje posteljice

Kada se posteljica pojavi u introitusu, prihvatite je objema rukama.

Lagano rotirajte posteljicu kako biste izvukli neoštećene plodove ovojke.

Izbjegavajte pretjeranu trakciju kako biste spriječili inverziju uterusa ili zaostajanje djelova plodovih ovojaka.

Procjena tonusa uterusa

- Procijenite kontrahovanost uterusa odmah nakon rađanja posteljice. Nastavite periodične procjene tonusa uterusa u ranom postpartalnom periodu.
- Rutinska kontinuirana masaža materice ne preporučuje se ako je primijenjen oksitocin i ako je uterus dobro kontrahovan.
- Ukoliko je uterus slabo kontrahovan ili atoničan, potrebno je započeti masažu uterusa i postupiti prema protokolu za postpartalno krvarenje (PPH).

Pregled posteljice

Pažljivo pregledajte maternalnu i fetalnu stranu posteljice.

Provjerite jesu li plodovi ovojci cijeli.

Ako postoji sumnja na zaostale djelove posteljice ili ovojaka, postupiti prema protokolu za zaostale produkte začeca.

Procjena gubitka krvi

Kada god je moguće, kvantifikovati gubitak krvi.

Dokumentovati procijenjeni gubitak krvi.

Svaki gubitak krvi ≥ 500 ml zahtijeva ponovnu kliničku procjenu.

5.5.2. Produženo treće porodajno doba (zaostala posteljica)

Na zaostalu posteljicu treba posumnjati ukoliko posteljica nije rođena u roku od 30 minuta nakon aktivnog vođenja treće faze porođaja.

Ukoliko je stanje trudnice stabilno i nema krvarenja:

- Ponovo procijenite tonus materice.
- Potvrdite da je mokraćna bešika prazna.
- Podstaknite dojenje.
- Razmotrite ponovnu primjenu oksitocina.
- Sprovesti kontrolisanu trakciju pupčanika od strane obučenog osoblja.

Ukoliko se javi krvarenje ili dođe do pogoršanja stanja porodilje:

- Tretirati kao PPH.
- Pozvati dodatnu pomoć.
- Obezbijediti intravenski pristup.
- Primijenite uterotonike.
- Pripremiti porodilju za manuelnu reviziju i uklanjanje posteljice.

Preporuka

Ukoliko nijesu dostupni obučeno osoblje ili mogućnost hirurškog zbrinjavanja:

- Organizujte hitno upućivanje u ustanovu višeg nivoa.
- Tokom transporta nastaviti primjenu uterotonika i monitoring porodilje.

Upućivanje ne smije odložiti hitno zbrinjavanje ukoliko je prisutno krvarenje.

5.6. Postporođajni period (prvih 24 sata)

Definicija: Postporođajni period počinje nakon rađanja posteljice i traje šest nedjelja. Rani postporođajni period obuhvata prvih 24 sata nakon porođaja.

Ciljevi njege:

- prevencija postpartalnog krvarenja,
- rano prepoznavanje maternalnih komplikacija,
- podrška dojenju,
- podsticanje oporavka majke,

- savjetovanje o postpartalnoj kontracepciji,
- prepoznavanje problema mentalnog zdravlja.

Praćenje (tokom prva dva sata nakon porođaja, u porođajnoj sali)

Porodilju treba nadzirati u porođajnoj sali **tokom prva dva sata nakon porođaja**.

Svakih 15 minuta procijenite:

- tonus uterusa i visinu fundusa palpacijom abdomena,
- vaginalno krvarenje (količina i karakter),
- punoću mokraćne bešike.

Mjerite krvni pritisak, puls, frekvencu disanja i tjelesnu temperaturu:

- neposredno nakon porođaja,
- prije premještanja na akušersko odjeljenje.

Kontinuirana masaža uterusa **ne preporučuje se** ako je uterus dobro kontrahovan.

Premještaj na akušersko odjeljenje

Porodilju i novorođenče premjestiti na akušersko odjeljenje.

Obezbijediti strukturisanu primopredaju babici koja preuzima njegu, uključujući:

- tok porođaja, komplikacije, procijenjeni gubitak krvi i primijenjene uterotonike,
- praćenje stanja porodilje i njenih tegoba,
- stanje novorođenčeta i eventualne faktore rizika.

Primopredaja treba da bude direktna („iz ruke u ruku“) – (direktan prenos odgovornosti).

Praćenje na akušerskom odjeljenju (prvih 24 sata):

Tokom prvih dva sata nakon premještanja, **svakih 30 minuta** procijenite:

- tonus uterusa i visinu fundusa,
- vaginalno krvarenje / lohije,
- punoću mokraćne bešike i mokrenje.

Tokom naredna četiri sata: procijenite iste parametre **svakog sata**.

Tokom narednih 18 sati: procijenite iste parametre **svakih 4 sata**.

Vitalni znaci (krvni pritisak, puls, frekvencija disanja, tjelesna temperatura): provjeriti **svakih 4 sata** tokom prvih 24 sata.

Ponoviti mjerenje krvnog pritiska: ako je početni krvni pritisak normalan, ponoviti mjerenje krvnog pritiska **u roku od 6 sati**.

Dokumentovati mokrenje u roku od šest sati nakon porođaja.

Ukoliko porodilja ne mokri u roku od šest sati:

- podstaknite mobilizaciju,
- osigurajte privatnost,
- razmotrite toplu kupku / tuš,
- procijenite eventualnu retenciju urina i postupiti u skladu s nalazom.

Na abnormalne nalaze reagovati bez odlaganja.

Savjetovanje tokom boravka

Porodilji treba pružiti savjetovanje o:

- podršci dojenju i kada/kako potražiti pomoć,
- normalnim lohijama i znacima opasnosti koji zahtijevaju hitnu procjenu (npr. iznenadno ili obilno krvarenje, pojačano krvarenje, ugrušci/tkivo, povišena tjelesna temperatura ili groznica, iscjedak neugodnog mirisa, bol u karlici/međici),
- odmoru, ishrani, unosu tečnosti i postepenoj mobilizaciji,
- postpartalnoj kontracepciji,
- vremenu i mjestu javljanja na kontrolu nakon otpusta.

Važno:

Ukoliko se u bilo kojem trenutku uoče znakovi komplikacija ili odstupanja od očekivanog postporođajnog oporavka, potrebno je postupati u skladu s lokalnim protokolima i organizacijom rada ustanove.

Otpust:

Ukoliko su majka i novorođenče klinički dobro, otpust se najčešće planira između 24 i 72 sata nakon porođaja, u skladu s nacionalnim kriterijumima i organizacijom daljeg praćenja.

6. POSEBNA RAZMATRANJA TOKOM POROĐAJA

Tokom porođaja, određene kliničke situacije mogu zahtijevati pažljivije praćenje ili modifikacije u vođenju inače nekomplikovanog vaginalnog porođaja. Sljedeće preporuke odnose se na uobičajena stanja koja se sreću u kliničkoj praksi, a koja mogu uticati na intrapartalnu njegu, uključujući prijevremeno prsnuće plodovih ovojaka, kolonizaciju streptokokom grupe B (GBS) i praćenje fetalne srčane radnje.

6.1. Prijevremeno prsnuće plodovih ovojaka (PROM)

PROM se definiše kao spontano prsnuće plodovih ovojaka prije početka redovnih kontrakcija materice.

PROM se javlja u otprilike 8–10% trudnoća u terminu i često je prvi razlog zbog kog se trudnica javlja na pregled.

Prema gestacijskoj starosti, PROM se dijeli na:

- PROM u terminu ≥ 37 nedjelja gestacije;
- PPRM – prijevremeno pretermansko prsnuće plodovih ovojaka (< 37 nedjelja gestacije).

Nakon prsnuća plodovih ovojaka, povećava se rizik od intrauterine infekcije majke i novorođenčeta. Stoga je pravovremena procjena stanja majke i fetusa neophodna kako bi se planiralo dalje vođenje porođaja, u skladu s aktuelnim kliničkim preporukama. Iako se ove smjernice fokusiraju na fiziološki vaginalni porođaj, prijevremeno prsnuće plodovih ovojaka predstavlja relativno čestu kliničku situaciju u terminskoj trudnoći i često je prvi razlog za prijem na hospitalno liječenje. Shodno tome, način vođenja trudnoće sa prsnućem plodovih ovojaka može značajno uticati na dalji tok porođaja.

Uključivanje kratkog poglavlja o PROM-u omogućava:

- standardizovan pristup u porodilištima,
- smanjenje varijabilnosti u kliničkoj praksi,
- pravovremeno prepoznavanje infekcije i drugih komplikacija.

Na ovaj način smjernice zadržavaju fokus na sigurnom vaginalnom porođaju, uz istovremeno pružanje jasnih preporuka za jedno od najčešćih stanja koje prethodi početku porođaja.

Postupak kod PROM-a u terminu

Kod većine žena sa PROM-om, spontani porođaj započinje u relativno kratkom vremenskom periodu.

Porođaj započinje tokom prvih 12 sati kod približno 60–70% žena, dok će više od 90% žena spontano ući u porođaj unutar 24 sata nakon PROM-a.

Ovakav prirodni tok porođaja podržava kratkotrajni ekspektativni pristup kod trudnoća s urednim maternalnim i fetalnim nalazima.

Iako većina žena spontano ulazi u porođaj tokom prvih 24 sata nakon PROM-a, produženo trajanje PROM-a povezano je s povećanim rizikom od maternalne i neonatalne infekcije.

Meta-analize randomizovanih studija pokazale su da planirana rana indukcija porođaja kod PROM-a u terminu smanjuje rizik od horioamnionitisa i neonatalne infekcije, bez povećanja stope carskog reza – u poređenju s ekspektativnim pristupom.

Preporuka

Ženama s terminskim PROM-om treba ponuditi izbor između:

- ekspektativnog pristupa do 24 sata, ili
- ranije indukcije porođaja.

Ukoliko spontani porođaj ne započne u roku od 24 sata, preporučuje se indukcija porođaja. Trudnici treba pružiti adekvatne informacije o prednostima i potencijalnim rizicima oba pristupa kako bi mogle donijeti odluku zasnovanu na informacijama o daljem vođenju porođaja.

Procjena trudnica sa PROM-om

Kod trudnica sa sumnjom na PROM potrebno je:

- potvrditi prsnuće plodovih ovojaka (anamneza i pregled sterilnim spekulomom),
- procijeniti stanje majke i fetusa,
- procijeniti GBS status,
- procijeniti trajanje PROM-a.

Broj vaginalnih pregleda treba svesti na minimum kako bi se smanjio rizik od infekcije.

Indukcija porođaja kod PROM-a

Izbor metode indukcije zavisi od zrelosti grlića materice.

Povoljan nalaz na cerviksu (Bishop skor ≥ 6)

Preporučena metoda: Infuzija oksitocina

Nepovoljan nalaz na cerviksu (Bishop skor < 6)

Moguće metode uključuju:

- prostaglandini (dinoproston (PGE_2) vaginalno ili misoprostol (PGE_1) oralno ili vaginalno),
- mehaničke metode (balon kateter).

Indukcija porođaja nakon PROM-a ne povećava stopu carskog reza u poređenju s ekspektivnim pristupom, ali smanjuje rizik od infekcije.

6.2. Prijevremeno preterminsko prsnuće plodovih ovojaka (PPROM) ≥ 34 sedmice

Kod trudnica sa PPRom-om nakon 34. nedjelje gestacije aktuelne smjernice preporučuju planiranje završetka trudnoće zbog povećanog rizika od intrauterine infekcije i relativno niskog rizika neonatalnih komplikacija povezanih s prematuritetom u ovoj gestacijskoj dobi.

Preporučeni pristup uključuje:

- procjenu maternalnog i fetalnog stanja,
- procjenu znakova infekcije.

U odsustvu kontraindikacija za vaginalni porođaj, preporučuje se indukcija porođaja.

Kratkotrajni ekspektativni pristup može se razmotriti u pažljivo odabranim pojedinačnim slučajevima, uz intenzivno praćenje majke i fetusa. Međutim, nakon 34. nedjelje trudnoće uglavnom treba planirati završetak trudnoće zbog značajno povećanog rizika od intrauterine infekcije.

GBS antibiotsku profilaksu treba primijeniti u skladu sa važećim preporukama za intrapartalnu profilaksu.

Ženama sa PPRom-om ≥ 34 . nedjelje gestacije treba ponuditi porođaj, najčešće indukcijom porođaja, osim ako postoje klinički razlozi za drugačiji pristup liječenju.

Kod žena sa PPRom-om ≥ 34 . nedjelje gestacije **tokolitička terapija se ne preporučuje**, jer produženje trudnoće može povećati rizik od intrauterine infekcije.

Primjena antenatalnih kortikosteroida može se razmotriti kod žena između 34+0 i 36+6 nedjelja gestacije ukoliko se očekuje prijevremeni porođaj u narednih sedam dana i ukoliko prethodno nije primijenjen puni ciklus kortikosteroida.

6.3. Profilaksa infekcije streptokokom grupe B (GBS)

Prevenција rane neonatalne infekcije izazvane bakterijom *Streptococcus agalactiae* (GBS) predstavlja važan dio intrapartalne zaštite.

Indikacije za intrapartalnu antibiotsku profilaksu

Profilaksa je indikovana u slučajevima:

- pozitivnog GBS skrininga tokom trudnoće,
- GBS bakteriurije tokom trudnoće,
- prethodnog novorođenčeta s invazivnom GBS infekcijom,
- nepoznatog GBS statusa uz prisutne faktore rizika.

Faktori rizika uključuju:

- temperaturu majke $\geq 38^{\circ}\text{C}$,
- prijevremeni porođaj,
- prsnuće plodovih ovojaka u vremenskom intervalu ≥ 18 sati.

6.3.1. Antibiotici za intrapartalnu GBS profilaksu

Antibiotik	Početna doza	Doza održavanja
Penicilin G	5 miliona IJ IV	2,5–3 miliona IJ IV svakih 4 sata do porođaja
Ampicilin	2 g IV	1 g IV na svaka 4 sata do porođaja
Cefazolin	2 g IV	1 g IV svakih 8 sati do porođaja
Klindamicin	900 mg IV	900 mg IV svakih 8 sati
Vankomicin	20 mg/kg IV	20 mg/kg IV svakih 8–12 sati ***

***Maksimalna pojedinačna doza: 2 g

Minimalno vrijeme infuzije: 1 sat ili 500 mg/30 min za doze >1 g

6.3.2. Klinički horioamnionitis (intraamnionska infekcija)

Na intraamnionsku infekciju treba posumnjati u prisustvu:

- temperature majke $\geq 39^{\circ}\text{C}$
ili
- temperature majke $38,0\text{--}38,9^{\circ}\text{C}$ uz prisustvo dodatnih kliničkih znakova:
 - fetalne tahikardije,
 - maternalne leukocitoze,
 - purulentnog cervikalnog iscjetka.

Prisustvo kliničkog horioamnionitisa predstavlja indikaciju za hitno započinjanje antibiotske terapije i završavanje trudnoće.

6.3.3. Mekonijalna plodova voda

Prisustvo mekonijalne plodove vode zahtijeva pažljiviju procjenu fetalnog stanja.

Smjernice razlikuju bistru plodovu vodu, blago mekonijalno prebojenu plodovu vodu i značajno mekonijalno prebojenu plodovu vodu (gust mekonijum). U slučaju značajno mekonijalno prebojene plodove vode preporučuje se kontinuirani CTG monitoring i akušerska procjena daljeg vođenja porođaja. U takvim situacijama smatra se da je trudnoća povećanog rizika i obično se preporučuje prijem u porodilište radi kontinuiranog praćenja stanja majke i fetusa.

PROM ≥ 37 sedmica



Procjena stanja majke i fetusa



- Nema znakova infekcije
- CTG zapis uredan



Ekspektativni pristup do 24 sata



Ako spontani porođaj ne započne u roku od 24 sata,



indukcija porođaja

GBS pozitivan ili nepoznat GBS status + faktori rizika
profilaksa



Intrapartalna antibiotska

6.4. Indikacije za kontinuirani kardiotokografski (CTG) monitoring

Kontinuirani elektronski fetalni monitoring pomoću kardiotokografije (CTG) koristi se za procjenu fetalnog stanja tokom porođaja kod trudnoća s povećanim rizikom od fetalne ugroženosti.

Kod žena s **trudnoćama niskog rizika i nekomplikovanim porođajem preporučuje se intermitentna auskultacija fetalne srčane frekvence**. Kontinuirani CTG nadzor preporučuje se u prisustvu antenatalnih ili intrapartalnih faktora rizika.

6.4.1. Antenatalne indikacije

Kontinuirani CTG nadzor tokom porođaja preporučuje se u prisustvu sljedećih antenatalnih faktora rizika:

- prethodni carski rez ili drugi ožiljak na uterusu,
- hipertenzivni poremećaji u trudnoći,
- pregestacijski ili gestacijski dijabetes koji zahtijeva terapiju,
- produženo prsnuće plodovih ovojaka,
- vaginalno krvarenje tokom porođaja,
- sumnja na intraamnijsku infekciju ili maternalnu sepsu,
- sumnja na zastoj u rastu fetusa ili da je fetus mali za gestacijsku dob (SGA – engl. small for gestational age), uz dodatne faktore rizika,
- prezentacija koja nije cefalična,
- trudnoća ≥ 42 nedjelje gestacije,
- abnormalna količina plodove vode (oligohidramnion ili polihidramnion),
- smanjeni pokreti ploda neposredno prije početka porođaja.

6.4.2. Intrapartalne indikacije

Kontinuirani CTG nadzor treba započeti ukoliko se tokom porođaja pojave faktori koji ukazuju na povećan rizik od fetalne ugroženosti, uključujući:

- mekonijalno prebojenu plodovu vodu,
- maternalnu temperaturu ≥ 38 °C ili sumnju na infekciju,

- sumnju na horioamnionitis ili maternalnu sepsu,
- svježe vaginalno krvarenje tokom porođaja,
- maternalnu tahikardiju ($>120/\text{min}$),
- maternalnu hipertenziju,
- produžen ili usporen tok porođaja,
- uterinu tahisistoliju (više od 5 kontrakcija u 10 minuta),
- produžene kontrakcije (>2 minuta),
- primjenu oksitocina za stimulaciju porođaja,
- abnormalan ili sumnjiv nalaz fetalne srčane frekvence pri intermitentnoj auskultaciji.

U prisustvu ovih faktora rizika potrebno je započeti kontinuirani CTG nadzor radi pravovremenog prepoznavanja fetalne ugroženosti.

Tabela: Praćenje fetalne srčane frekvence tokom porođaja

Klinička situacija	Preporučeni monitoring
Trudnoća niskog rizika i normalan porođaj	Intermitentna auskultacija fetalne srčane radnje
Prethodni carski rez ili ožiljak na uterusu	Kontinuirano CTG praćenje
Indukcija ili stimulacija porođaja oksitocinom	Kontinuirano CTG praćenje
Mekonijalno prebojena plodova voda	Kontinuirano CTG praćenje
Maternalna temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ili sumnja na infekciju	Kontinuirano CTG praćenje
Vaginalno krvarenje tokom porođaja	Kontinuirano CTG praćenje
Sumnja na zastoje u rastu fetusa ili abnormalno stanje fetusa	Kontinuirano CTG praćenje
Abnormalan nalaz tokom intermitentne auskultacije	Preći na kontinuirani CTG monitoring
Usporeno napredovanje porođaja ili abnormalna uterušna aktivnost	Kontinuirano CTG praćenje

Napomena: Kod pacijentkinja sa **trudnoćama niskog rizika i nekomplikovanim porođajem** preporučuje se intermitentna auskultacija fetalne srčane radnje. Kontinuirani CTG nadzor treba koristiti kod žena s povećanim rizikom od fetalne ugroženosti.

6.4.3. Procjena CTG zapisa

Interpretacija CTG zapisa zasniva se na procjeni četiri ključna parametra:

- bazalne fetalne srčane frekvence,
- varijabilnosti,
- prisustva deceleracija,
- prisustva akceleracija.

Normalni CTG parametri

Parametar	Normalne vrijednosti
Bazalna fetalna srčana frekvenca	110–160/minuti
Varijabilnost	25/minuti
Akceleracije	Prisutne
Deceleracije	Odsutne ili rane

Klasifikacija CTG zapisa

Klasifikacija CTG zapisa	Karakteristike
Normalan CTG	Svi parametri u granicama normale
Suspektan CTG	Jedan parametar van granica normale
Patološki CTG	Dva ili više abnormalnih parametara ili značajne deceleracije

Postupak prema CTG nalazu

CTG nalaz	Preporučeni postupak
Normalan CTG	Nastaviti rutinsko praćenje
Suspektan CTG	Procijeniti reverzibilne uzroke i nastaviti monitoring
Patološki CTG	Hitna akušerska procjena i razmotriti hitno završavanje porođaja

Korektivne mjere kod suspektanog ili patološkog CTG nalaza

Kada se registruje suspektan ili patološki CTG zapis, potrebno je procijeniti i korigovati moguće reverzibilne uzroke:

- promijeniti položaj porodilje (lijevi bočni položaj),

- obustaviti administraciju oksitocina,
- korigovati maternalnu hipotenziju,
- primijeniti intravensku nadoknadu tečnosti,
- procijeniti uterusnu aktivnost.

6.5. Epiziotomija

Rutinska epiziotomija se ne preporučuje tokom vaginalnog porođaja. Aktuelne kliničke smjernice podržavaju restriktivnu (selektivnu) primjenu epiziotomije, što znači da ovu proceduru treba izvoditi samo kada postoje jasne kliničke indikacije.

Restriktivna primjena epiziotomije povezana je sa:

- manjim rizikom od traume perineuma,
- manjim gubitkom krvi,
- manjim intenzitetom postpartalnog bola,
- bržim oporavkom u poređenju s rutinskom epiziotomijom.

Epiziotomija se može razmotriti kada je potrebno ubrzati završavanje porođaja ili smanjiti rizik od teške povrede međice, na primjer u sljedećim situacijama:

- fetalna ugroženost tokom druge faze porođaja,
- operativni vaginalni porođaj (vakuum ili forceps),
- rigidni perineum s otežanim rađanjem fetalne glavice,
- povećan rizik od teške perinealne traume.

Kada postoji indikacija za epiziotomiju, preporučuje se **mediolateralna epiziotomija**, jer je povezana s manjim rizikom od opstetričke povrede analnog sfinktera (OASIS) u poređenju s epiziotomijom u srednjoj liniji.

NICE i RCOG preporučuju izvođenje mediolateralne epiziotomije **pod uglom od približno 60° u odnosu na srednju liniju u trenutku izvođenja reza**, s obzirom na to da se ugao nakon porođaja smanjuje.

6.6. Zaštita perineuma i prevencija perinealne traume

Tokom druge faze porođaja preporučuju se postupci usmjereni na zaštitu perineuma radi smanjenja rizika od perinealne traume, naročito opstetričkih povreda analnog sfinktera.

Mjere koje mogu smanjiti rizik od perinealne traume uključuju:

- kontrolisano rađanje fetalne glavice,
- manuelnu zaštitu perineuma,
- verbalno usmjeravanje porodilje tokom napinjanja,
- primjenu toplih obloga na perineum tokom druge faze porođaja.

Primjena toplih obloga na perineum tokom druge faze porođaja povezana je sa smanjenim rizikom od teške perinealne traume.

6.6.1. Zbrinjavanje perinealne traume

Nakon vaginalnog porođaja potrebno je pažljivo pregledati perineum, vaginu i grlić materice radi identifikacije eventualnih povreda i adekvatnog zbrinjavanja.

Perinealne rupture treba klasifikovati prema stepenu zahvaćenosti tkiva i zbrinjavati u skladu s aktuelnim kliničkim preporukama.

Za ublažavanje bola nakon zbrinjavanja perinealne traume mogu se primijeniti analgetici, uključujući nesteroidne antiinflamatorne lijekove (NSAIL).

Rektalne forme NSAIL (npr. diklofenak supozitorije) mogu se primijeniti nakon epiziotomije ili zbrinjavanja rupture perineuma radi smanjenja postpartalnog bola.

Prije zbrinjavanja perinealne traume potrebno je obezbijediti adekvatnu analgeziju, najčešće lokalnom infiltracionom anestezijom.

Nakon završenog zbrinjavanja, po potrebi se može primijeniti dodatna analgezija, uključujući NSAIL.

6.6.2. Rektalni pregled nakon zbrinjavanja povreda perineuma

Nakon završenog zbrinjavanja povreda perineuma preporučuje se rektalni pregled kako bi se provjerilo da šavovi nijesu zahvatili rektalnu mukozu ili analni sfinkter.

Rektalni pregled omogućava rano prepoznavanje neadekvatno plasiranih šavova i smanjuje rizik od neprepoznatih povreda analnog sfinktera.

Ukoliko se ustanovi da šav prolazi kroz rektalnu mukozu, potrebno ga je ukloniti i ponovo plasirati odgovarajućom tehnikom.

6.6.3. Klasifikacija perinealnih povreda

Stepen rupture	Opis
Prvog stepena	Povreda kože perineuma i/ili vaginalne sluznice
Drugog stepena	Povreda koja zahvata perinealne mišiće, ali ne i analni sfinkter
Trećeg stepena	Povreda kompleksa analnog sfinktera
IIIa	<50% spoljašnjeg analnog sfinktera je oštećeno/pokidano
IIIb	>50% spoljašnjeg analnog sfinktera je oštećeno/pokidano
IIIc	Pokidani/oštećeni i spoljašnji i unutrašnji analni sfinkter
Četvrtog stepena	Povreda kompleksa analnog sfinktera i rektalne sluznice

Napomena:

Rupture trećeg i četvrtog stepena klasifikuju se kao opstetričke povrede analnog sfinktera (OASIS) i zahtijevaju posebno zbrinjavanje i praćenje u skladu s aktuelnim kliničkim smjernicama.

Sve povrede perineuma treba pažljivo procijeniti nakon porođaja, uključujući sistematski vaginalni i rektalni pregled, radi prepoznavanja eventualnih povreda analnog sfinktera.

7. PRILOZI

Prilog 1: Oprema za zbrinjavanje novorođenčeta u porođajnoj sali

Oprema za novorođenče	• Čist sto za zbrinjavanje novorođenčeta sa mogućnošću zagrijavanja i pristupom sa tri strane. • Osnovna oprema za reanimaciju (Ambu balon i maska). • Obavezno je obezbijediti dvije veličine maski za reanimaciju novorođenčeta: ○ za novorođenče male porođajne mase, ○ za novorođenče normalne porođajne mase. • Aspirator, kateter ili aspiraciona pumpica (po mogućnosti jednokratna). • Set za presijecanje i podvezivanje pupčane vrpce. • Dvije tople pelene za sušenje novorođenčeta. • Topla kapica, čarapice i ćebe za novorođenče. • Živin toplomjer sa skalom ispod 35°C ili elektronski toplomjer. • Sat sa sekundarom. • Osnovni set lijekova (za reanimaciju i hitno zbrinjavanje, kao i vitamin K i oftalmološka mast). • Novorođenče nije dozvoljeno prenositi u rukama u hladnu prostoriju. • Svaki transport novorođenčeta treba sprovoditi uz održavanje toplog lanca i adekvatne termičke zaštite.
------------------------------	--

Prilog 2: Principi njege tokom porođaja

Vrsta njege	Preporuke
Humana njega, usmjerena na ženu	• Čuvati dostojanstvo, privatnost i povjerljivost. • Štititi trudnice od zlostavljanja i neprimjerenog tretmana. • Omogućiti izbor i pristanak koji su zasnovani na pouzdanim informacijama. • Osigurati kontinuiranu emocionalnu i fizičku podršku tokom porođaja i rađanja.
Individualizovan pristup njezi	• Prepozna je ženu kao primarnog donosioca odluka o sopstvenoj zdravstvenoj zaštiti. • Uzima u obzir fizičke, psihosocijalne, kulturološke i emocionalne potrebe žene. • Daje prednost vrijednostima, očekivanjima i izborima žene u odnosu na organizacione ili profesionalne pogodnosti. • Poštuje pravo žene na privatnost, autonomiju i donošenje odluka na osnovu dobijenih informacija. • Uzima u obzir potrebe novorođenčeta i porodice žene.
Žena u centru zdravstvene zaštite	• Pružiti jasne, potpune i razumljive informacije radi podrške fiziološkom (vaginalnom) porođaju kada god je to moguće. • Omogućiti donošenje odluka na osnovu potpunih informacija, uključujući pravo žene da odbije predloženu zdravstvenu zaštitu i razmotri alternativne mogućnosti. • Obezbijediti efikasnu komunikaciju na jeziku koji žena razumije, uz provjeru razumijevanja pruženih informacija. • Izgraditi i održavati povjerenje kroz komunikaciju zasnovanu na poštovanju. • Poštovati i sprovoditi plan porođaja, ukoliko postoji.

	• Aktivno uključiti žene u donošenje kliničkih odluka.
Profesionalna etika	• Graditi međusobno povjerenje između pružaoca zdravstvenih usluga i žene. • Postaviti jasno definisane i poštovane profesionalne granice. • Preuzeti zajedničku odgovornost za ishode zdravstvene zaštite. • Njegovati otvorenu, iskrenu i transparentnu komunikaciju.
Saradnja i timski rad	• Omogućiti efikasnu interdisciplinarnu saradnju među zdravstvenim radnicima. • Pružiti individualizovanu zdravstvenu zaštitu svakoj ženi. • Omogućiti integraciju zdravstvenih usluga i pravovremeno upućivanje na viši nivo zdravstvene zaštite kada je to potrebno. • Obezbijediti adekvatnu podršku mlađem zdravstvenom kadru, kao i superviziju. • Omogućiti kontinuirano interprofesionalno usavršavanje i edukaciju.

Prilog 3: Kontrolna lista znakova opasnosti u postpartalnom periodu (prvih šest nedjelja nakon porođaja)

Prije otpusta svim ženama treba pružiti usmeno savjetovanje, a gdje je dostupno i pisane informacije. Ženama treba savjetovati da odmah potraže hitnu medicinsku pomoć ako se pojavi bilo šta od navedenog.
1. Obilno krvarenje
• iznenadno obilno vaginalno krvarenje
• korišćenje ≥ 1 higijenskog uloška na sat
• izbacivanje velikih ugrušaka
• pojačano krvarenje nakon prethodnog smanjenja intenziteta krvarenja
• osjećaj malaksalosti, nesvjestice, vrtoglavice, slabosti ili ubrzanog rada srca
2. Znaci infekcije
• tjelesna temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
• jeza ili drhtavica
• vaginalni iscjedak neugodnog mirisa
• pojačan bol u donjem dijelu trbuha
• pojačan bol u predjelu perineuma ili iscjedak iz rane
• crvenilo, otok ili iscjedak u predjelu rane carskog reza
3. Znaci hipertenzivnih poremećaja
• jaka glavobolja koju ne ublažavaju lijekovi
• poremećaji vida (zamagljen vid, bljeskovi pred očima)
• jak bol u epigastrijumu ili gornjem desnom kvadrantu abdomena
• iznenadan otok lica ili šaka
• krvni pritisak $\geq 140/90$ mmHg (ukoliko je izmjereno)
4. Znaci venske tromboembolije (VTE)
• jednostrani bol ili otok noge
• osjetljivost ili bolnost lista noge

• iznenadni osjećaj nedostatka vazduha / kratak dah
• bol u grudima
5. Problemi s mentalnim zdravljem
• uporna tuga ili anksioznost
• misli o samopovređivanju ili povređivanju novorođenčeta
• izražene promjene raspoloženja
• nemogućnost brige o sebi ili novorođenčetu
6. Urinarne ili gastrointestinalne tegobe
• nemogućnost mokrenja u roku od šest sati nakon porođaja
• bolno mokrenje
• urinarna ili fekalna inkontinencija
• izražena konstipacija praćena bolovima u trbuhu
7. Komplikacije na dojka
• crvenilo dojki, otok, bol praćeni povišenom tjelesnom temperaturom
• ragade bradavica sa znacima infekcije
• nemogućnost efikasnog podoja novorođenčeta
Ženama treba jasno dati uputstva gdje i kada da potraže pomoć:
• Hitna pomoć
• Dom zdravlja
• Klinika za ginekologiju i akušerstvo
• Broj za hitne slučajeve

Prilog 4: Kontrolna lista ranog postpartalnog nadzora (0–24 sata)

PRVA 2 SATA (porodajna sala)
Svakih 15 minuta procijenite i dokumentujte:
☐ Tonus materice (čvrst/mečan) ☐ Visina fundusa ☐ Vaginalno krvarenje (količina) ☐ Puls ☐ Krvni pritisak ☐ Frekvencija disanja ☐ Tjelesna temperatura
NAKON PREMJEŠTANJA NA AKUŠERSKO ODJELJENJE
Tokom prva 2 sata: svakih 30 minuta Tokom naredna 4 sata: na svakih 1 sat Tokom narednih 18 sati: na svakih 4 sata
Procijenite:
☐ Tonus materice ☐ Visinu fundusa ☐ Lohije (količinu, boju i prisustvo ugrušaka) ☐ Pražnjenje mokraćne bešike ☐ Vitalni znaci (krvni pritisak, puls, frekvencija disanja, tjelesna temperatura)
OBAVEZNO DOKUMENTOVATI
☐ Kontrolno mjerenje krvnog pritiska u roku od 6 sati ☐ Prvo mokrenje u roku od 6 sati ☐ Procijenjeni gubitak krvi ☐ Pruženo savjetovanje
HITNO OBAVIJESTITI LJEKARA UKOLIKO SU PRISUTNI:
• Krvarenje ≥ 500 ml • Korišćenje ≥ 1 uloška/sat • Mekan ili atoničan uterus • Krvni pritisak $\geq 150/100$ ili < 90 sistolni • Puls $\geq 110/\text{min}$ • Temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$ • Jaka glavobolja ili poremećaji vida • Izostanak mokrenja u roku od 6 sati
→ Odmah obavijestiti specijalistu ginekologije i akušerstva / dežurnog ljekara.

PRILOG 5: Informativni letak za pacijentkinje pri otpustu iz porodilišta

(verzija za majke napisana jednostavnim i razumljivim jezikom)

NAKON POROĐAJA: KADA TREBA POTRAŽITI POMOĆ
Većina žena se dobro oporavlja nakon porođaja. Međutim, odmah se javite ljekaru u najbližoj zdravstvenoj ustanovi ukoliko primijetite bilo koji od sljedećih simptoma:
OBILNO KRVARENJE
Zamjena uložaka svakih sat vremena ili češće
Veliki ugrušci
Iznenadno pojačanje krvarenja
Osjećaj slabosti, malaksalosti, nesvjestice ili vrtoglavice
POVIŠENA TEMPERATURA ILI ZNACI INFEKCIJE
Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$
Vaginalni iscjedak neugodnog mirisa
Jak bol u donjem dijelu trbuha
Crvenilo ili iscjedak iz rane
ZNACI POVIŠENOG KRVNOG PRITISKA
Jaka glavobolja
Zamagljen vid
Jak bol u gornjem dijelu trbuha
Otok lica ili šaka
ZNACI POJAVE KRVNOG UGRUŠKA / TROMBOZE
Jedna noga otečena ili bolna
Iznenadni bol u grudima
Kratkoća daha / otežano disanje / osjećaj nedostatka vazduha
MENTALNO ZDRAVLJE
Izražena tuga ili anksioznost
Misli o povrjeđivanju sebe ili bebe
Nemogućnost spavanja ili brige o bebi
PROBLEMI S MOKRENJEM
Nemogućnost mokrenja
Jak bol prilikom mokrenja
Ako ste zabrinuti – odmah potražite medicinsku pomoć.

Hitni kontakt: _____
Porodilište: _____ Ambulanta/Dom zdravlja: _____

PARTOGRAM

Prezime i ime, starost _____
 Datum i sat prijema _____
 Prsnuće vodenjaka (datum i sat) _____
B – bistra **M** – mekonijalna (+++) **K** – krvava

P.M. _____
 Porod. _____
 VTP: _____
 Dio koji prednjači G K T

DILATACIJA (cm)		10															
		9															
		8															
		7															
		6															
		5															
Sati u aktivnom prodaju			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Vrijeme pregleda																	
Visina pred. dijela	Ulaz karlice																
	U karlici																
	Izlaz karlice																
	Vagina																
Vodenjak	Intaktan																
	Spontano prsnuće																
	Amniotomija																
	Boja plodove vode																
Fetalna srčana frekvencija u min.																	
Kontrakcije u 10 min.	≤ 2, > 5																
Dužina trajanja kontrakcije	<20, >60																
Terapija																	
Potpis akušera																	

8. REFERENCE

1. Svjetska zdravstvena organizacija. *Intrapartalna njega za pozitivno iskustvo porođaja*. Ženeva: WHO. 2018.
2. Nacionalni institut za zdravlje i izvrsnost u njezi (NICE). *Intrapartalna njega za zdrave žene i bebe (NG235)*. London: NICE. 2023.
3. Američki koledž opstetričara i ginekologa (ACOG). *Praktični bilten br. 217: Ruptura vodenjaka prije porođaja*. Akušerstvo i ginekologija. 2020.
4. Kraljevski koledž opstetričara i ginekologa (RCOG). *Smjernice br. 73: Prijevremena ruptura vodenjaka prije porođaja*. London: RCOG. 2019.
5. Američki koledž opstetričara i ginekologa (ACOG). *Mišljenje Komiteta br. 712: Intrapartalno liječenje intraamnionske infekcije*. Akušerstvo i ginekologija. 2017. (potvrđeno 2022).
6. Američki koledž opstetričara i ginekologa (ACOG). *Mišljenje Komiteta br. 797: Prevencija bolesti ranog početka uzrokovane streptokokom grupe B kod novorođenčadi*. Akušerstvo i ginekologija. 2020.
7. Centri za kontrolu i prevenciju bolesti (CDC). *Prevencija perinatalne streptokokne bolesti grupe B: Revidirane smjernice*. Atlanta: CDC. 2010.
8. Američki koledž opstetričara i ginekologa (ACOG). *Praktični bilten br. 106: Intrapartalno praćenje fetalnog srčanog ritma – nomenklatura, tumačenje i opšti principi upravljanja*. Akušerstvo i ginekologija. 2009.
9. Kraljevski koledž opstetričara i ginekologa (RCOG). *Smjernice za zelene vrhove br. 29: Liječenje perinealnih ruptura trećeg i četvrtog stepena*. London: RCOG. 2015. (ažurirano 2021).
10. Američki koledž opstetričara i ginekologa (ACOG). *Praktični bilten: Prevencija i liječenje opstetričkih laceracija pri vaginalnom porođaju*. Akušerstvo i ginekologija. 2018.
11. Cochrane saradnja. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. *Kontinuirana podrška ženama tokom porođaja*. Cochrane baza podataka sistematskih pregleda. 2017.