



Názov:

**Starostlivosť o nízkorizikovú rodičku počas pôrodu**

Autori:

**prof. MUDr. Jozef Záhumenský, PhD.  
doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.  
prof. MUDr. Miroslav Borovský, CSc.**

Špecializačný odbor:

**Gynekológia a pôrodnictvo**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

### Starostlivosť o nízkorizikovú rodičku počas pôrodu

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0194	22. september 2021	schválený	1.október 2021

### Autori štandardného postupu

#### Autorský kolektív:

prof. MUDr. Jozef Záhumenský, PhD., doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD., prof. MUDr. Miroslav Borovský, CSc.

#### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** MUDr. Helena Glasová, PhD., doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

#### Recenzenti

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhD. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

#### Technická a administratívna podpora

**Podpora vývoja a administrácia:** Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhD. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

**Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom:** "Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NFP312041J193)

## Kľúčové slová

Peripartálna starostlivosť, nízkoriziková rodička

## Zoznam skratiek

<b>CTG</b>	kardiotokograf
<b>j</b>	jednotka
<b>min.</b>	minúta
<b>s</b>	sekunda
<b>SGPS</b>	Slovenská gynekologicko-pôrodná spoločnosť
<b>USG</b>	ultrazvuk

## Kompetencie

Poskytovanie počas pôrodu nízkorizikovej rodičky sa vykonáva na:

1. gynekologicko-pôrodným oddelením (pôrodná sála)

Kompetentní zdravotníckí pracovníci sú:

1. Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo (ďalej len „gynekológ a pôrodník“)
2. Pôrodná asistentka
3. Psychológ

## Definícia

Štandardný postup „Starostlivosť o nízkorizikovú rodičku počas pôrodu“ zahŕňa úkony počas sledovania a asistencie pri pôrode u rodičiek v termíne pôrodu, týždni tehotnosti 37+0 až 41+6, pri jednom plode v polohe plodu pozdĺžnej hlavičkou bez anamnézy cisárskeho rezu v minulosti. Pre zjednodušenie sa bude používať označenie rodička.

Pre vedenie vaginálneho pôrodu po cisárskom reze, pri naliehaní plodu koncom panvovým a pre predčasný pôrod budú vytvorené samostatné štandardné postupy.

## Používané pojmy

**Asistujúca osoba** – zdravotnícky profesionál dohliadajúci nad priebehom pôrodu (pôrodná asistentka, pôrodník).

**Sprevádzajúca osoba/y** – osoba z blízkeho okolia rodičky (partner, partnerka, sestra, matka, dula a podobne), ktorá robí rodiacej žene spoločnosť počas celého pôrodu. Úlohou je predovšetkým emočná a psychická podpora rodičky, v prípade epidurálnej analgézie aj pomoc pri chôdzi. Rodička má právo na prítomnosť sprevádzajúcej osoby počas celého priebehu pôrodu. Počet sprevádzajúcich osôb je limitovaný možnosťami pracoviska. Sprevádzajúca osoba nesmie nijako zasahovať do poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

**Kvalifikovaná pôrodná asistentka** je podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva č. 95/2018, §5-§8 plne kompetentná k vedeniu fyziologických pôrodov a k jej povinnostiam patrí včasná identifikácia zmeny fyziologického stavu do stavu nefyziologického a bezprostredne o tom

informovať príslušného lekára. Rozhodnutie o indikovaní operačného ukončenia pôrodu je v kompetencii iba lekára s atestáciou v odbore gynekológia a pôrodnictvo. [1]

**Pôrodná krivka (partogram)** je originálne tlačivo ŠEVT 143320B, kde je možné graficky zaznamenať progres pôrodu a všetky potrebné údaje. Používanie partogramu má byť riadené zvyklosťami pracoviska. [2]

*Podmienky pre bezpečnú pôrodnú starostlivosť (konsenzus expertov)*

Nižšie uvedené podmienky sú nepodkročiteľné minimum potrebné na poskytovanie lege artis zdravotných služieb rodičkám a ich novorodencom. [3,4] (*Váha dôkazu C*)

- Pracovisko musí spĺňať základné hygienické a technické podmienky pre zdravotné zariadenie podľa platných predpisov.
- Materiálno technické vybavenie musí umožniť včasnú diagnostiku rizikových a akútnych stavov počas pôrodu a po pôrode (ultrazvuk, kardiokografický monitor, monitor vitálnych funkcií matky, dostupnosť laboratórnych vyšetrení).
- Zariadenie musí byť schopné vykonať akútny cisársky rez v čase do 15 minút od stanovenia indikácie.
- Pracovisko musí disponovať podmienkami k okamžitému vykonaniu vaginálnej extrakčnej operácie (forceps, vákuumextrakcia).
- Personálne zabezpečenie vyžaduje možnú nepretržitú prítomnosť kvalifikovanej asistencie pri každom pôrode (pôrodná asistentka, lekár s atestáciou z gynekologie pôrodnictva, anesteziológ, neonatológ).
- Pracovisko by malo mať ročne stanovený minimálny počet pôrodov potrebný na udržanie erudície personálu.

### ***Informovaný súhlas verzus pôrodný plán***

Za ideálnych okolností navštevuje rodička posledné návštevy v tehotenskej poradni zvoleného gynekologicko-pôrodnického zariadenia. Okrem bežných vyšetrení by tu mala absolvovať aj poučenie o prevádzke a vnútornom poriadku zariadenia, ideálne v písomnej forme, ktorú potom prediskutuje s lekárom v poradni. Rovnako tam by mal byť podrobne prediskutovaný aj prípadný pôrodný plán rodičky s prihliadnutím na technické a personálne možnosti zdravotníckeho zariadenia. Zápis o tom by mal byť súčasťou zdravotnej dokumentácie a mal by byť podpísaný rodičkou vo forme písomného informovaného súhlasu.

Podpisovanie akéhokoľvek informovaného súhlasu počas kontrakcií alebo pri príjme na pôrodnú sálu nie je z právneho hľadiska relevantné. Na pôrod však treba pozeráť ako na neplánovaný prirodzený biologický proces, ktorý sa nedá odmietnuť. Preto nie je potrebné mať písomný informovaný súhlas s pôrodom, ale je prospešné pred pôrodom písomne rodičku informovať o jeho priebehu, prípadných možných komplikáciách a ich riešení. Rovnako by mala tehotná v poradni podpísať všetky ostatné potrebné dokumenty tak, aby počas prijímania na pôrod nebola zbytočne zaťažovaná administratívou. (*Váha dôkazu D*)

Všetky úkony vykonávané na rodičke vyžadujú jej informovaný súhlas, ktorý môže byť buď verbálny alebo deklaratívny (rodička prikývne, alebo urobí pohyb, ktorým umožní úkon). Akútny cisársky rez nie je plánovaný výkon a nevyžaduje písomný informovaný súhlas, akýkoľvek podpis získaný v takto urgentnej situácii je právne irelevantný. [5]

### *„Informovaný súhlas s pôrodom“*

Fyziologický pôrod je neplánovaný prirodzený dej, s ktorým tehotná žena nemôže vyjadriť nesúhlas. Podľa súčasnej legislatívy sa vyžaduje písomný informovaný súhlas pred plánovanými zákrokmi / operáciami v celkovej alebo lokálnej anestézii. Ostatné medicínske výkony vyžadujú ústny informovaný súhlas. Hoci je pôrod prirodzený dej, rodička počas neho absolvuje niektoré indikované medicínske úkony, s ktorými môže súhlasiť, alebo nie. Preto je vhodné, aby pôrodnice zariadenia dopredu informovali o týchto úkonoch rodičky buď na svojich webových stránkach, alebo písomnou formou prostredníctvom informácií, ktoré rodička dostane dopredu v poradni pre tehotné ženy. Ženy by mali byť dopredu informované aj o vnútornom poriadku zdravotníckeho zariadenia. Vstupom do neho žena vyjadruje svoj súhlas s dodržiavaním tohto poriadku.

Informovaný súhlas poskytuje v súlade so zákonom č.576/2004 Z. z., §6.

### ***Príjem na pôrod***

Správna diagnóza začiatku pôrodu, latentnej fázy pôrodu a aktívnej fázy I. doby pôrodnej je veľmi dôležitá. Až 20 % prvorodičiek sa dostaví na pôrodnicu s dolores praesagientes, ktoré niekedy nie je možné pri jednom vyšetrení odlíšiť od začiatku pôrodu. Väčšina publikovaných prác udáva, že u prvorodičky možno považovať za začiatok pôrodu pravidelné kontrakcie a vaginálny nález – spotrebovaný krčok a bránka otvorená minimálne na 3 cm. Veľmi podstatný je údaj o spotrebovaní krčka, pretože dilatácia nespotrebovaného krčka aj na viac ako 3 cm môže byť tehotenský nález nesvedčiaci o začiatku pôrodu. Veľmi často býva nepriamym znakom krvavý alebo hnedý výtok. [6]

V prípade nejasnosti je odporúčané rodičku prijať a uložiť mimo pôrodnú sálu a sledovať zmenu vaginálneho nálezu. V zahraničí majú niektoré pracoviská na tento účel vyhradený expektačný úsek. U časti prípadov je potrebné žene navrhnúť potentné analgetiká pre silné predzvestné bolesti, ktoré nevedú ku zmene vaginálneho nálezu.

Príjem na pôrodnú sálu býva v zahraničí realizovaný pri náleze od 4 cm do 6 cm, tento nález sa označuje za začiatok aktívnej fázy I. doby pôrodnej. Stanovenie hranice 6 cm oproti 4cm vedie ku zníženej frekvencii cisárskych rezov, ku nižším nákladom a lepším materským výsledkom starostlivosti. [7], [8] (*Váha dôkazu B*)

Postoj ku rutinnému vstupnému kardiografickému vyšetreniu u nízkorizikových rodičiek je nejednotný, niektoré práce preukázali istý benefit v predikcii známok hypoxie plodu. [9], [10] Vstupné kardiografické vyšetrenie však podľa poslednej metaanalýzy zvyšuje oproti auskultácií riziko cisárskeho rezu bez jasného pozitívneho vplyvu na perinatálny výsledok, na základe toho nie je niektorými odbornými spoločnosťami rutinne odporúčané. [11] (*Váha dôkazu B*)

Pri prijatí na pôrod u nízkorizikovej rodičky nie je indikované ultrazvukové vyšetrenie a biometria, pre nízku presnosť odhadovanej váhy plodu a žiadny prínos pre vedenie pôrodu. [12], [13] (*Váha dôkazu B*)

Pri prijatí sa zhodnotí zvlášť výsledok vyšetrenia na kolonizáciu *Streptokokus agalactiae*, profylaxia včasnej neonatálnej infekcie bude súčasťou zvláštneho štandardného postupu.

*Odporúčenie: Pri prijíme na pôrodnú sálu sa odporúča vykonanie CTG (konsenzus výboru SGPS)*

## ***I. doba pôrodná***

### *Definícia*

Prvá doba pôrodná začína pri pravidelných kontrakciách, ktoré vedú ku zmene vaginálneho nálezu a končí pri úplnom otvorení pôrodnicej bránky.[14] Delí sa na pasívnu fázu, pri náleze pôrodnicej bránky menej ako 5 cm a aktívnu fázu pri otvorenej bránke na 5 cm a viac. V súčasnosti neexistuje časové obmedzenie pasívnej časti pôrodu, diagnózu proťahovaného pôrodu možno stanoviť až v aktívnej fáze pôrodu. [5], [14]–[16] (*Váha dôkazu A*)

### *Starostlivosť a podpora*

Pôrod prebieha pod tonusom parasympatiku a úlohou personálu je rodičku v parasympatikotónii udržať čo najdlhšie. Stres, strach, zúfalstvo potláčajú pôrodnú činnosť prostredníctvom vysokých hladín adrenalínu cez beta receptory v myometriu. Preto je pri pôrode potrebná neustála kontinuálna podporná aktivita nielen personálu (pôrodné asistentky) ale aj sprevádzajúcich osôb. Ideálna je individuálna starostlivosť jednej konkrétnej pôrodnej asistentky o jednu rodičku v I. dobe pôrodnej. [17] (*Váha dôkazu A*)

Prítomnosť cudzích anonymných osôb bez súhlasu rodičky, časté striedanie personálu, nepriateľské postoje, konflikty výrazne ovplyvňujú pôrodný dej. Rovnako nešetrné poznámky personálu, vydieranie, strašenie ale aj nedostatok intimity a súkromia nie sú v súčasnej dobe na pôrodných sálach správnou formou poskytovania zdravotnej starostlivosti. (*Váha dôkazu D*)

### *Monitoring počas pôrodu*

#### *Monitoring matky*

Monitoring stavu matky pozostáva z merania krvného tlaku, pulzu a telesnej teploty každé 4 hodiny. Frekvencia kontrakcií sa zaznamenáva každých 30 minút. Vhodné je sledovať spontánnu mikciu a zaznamenať do dokumentácie. [14] Digitálne vaginálne vyšetrenie sa vykonáva každé 2 - 4 hodiny alebo skôr na prianie rodičky, prípadne pri známkach ohrozenia plodu. Každé vyšetrenie musí byť zaznamenané v dokumentácii alebo v pôrodnej krivke. (*Váha dôkazu C*)

#### *Auskultácia oziev*

Základom sledovania stavu plodu je pravidelná auskultácia oziev plodu najčastejšie pomocou prenosného dopplerovského prístroja, alebo kardiografického prístroja. Ozvy plodu sa zaznamenávajú vždy po kontrakcii, kontinuálne 1 minútu a vždy je zároveň palpačný pulz matky na jednoznačné odlišenie akcie plodu. V aktívnej fáze I. doby pôrodnej sa ozvy sledujú každých 15 minút. Záznam sa zapíše do dokumentácie s presným časom, rozsahom oziev, alebo sa zakreslí do pôrodnej krivky. [5], [14] (*Váha dôkazu A*)

#### *Kardiotokografický (CTG) záznam*

V súčasnej dobe nie je dôkaz, že by kontinuálne sledovanie CTG záznamu u nízkorizikovej rodičky malo priaznivý vplyv na výsledok pôrodu. [15] Viaceré zahraničné odborné spoločnosti neodporúčajú štandardné natáčanie CTG záznamov u nízko rizikových rodičiek, považujú intermitentnú auskultáciu oziev za dostatočné sledovanie plodu. [5], [14], [16] (*Váha dôkazu B*)

Na Slovensku sa odporúča získať 20 - 40 minútový CTG záznam v aktívnej fáze pôrodu každé 3 hodiny a bezprostredne po odtoku plodovej vody. Hodnotenie intrapartálneho CTG záznamu

bude predmetom ďalšieho štandardného postupu. Pri snímaní CTG záznamu sa neodporúča ľah na chrbte, kvôli tlaku na dolnú dutú žilu, rodička môže byť vo vertikálnej polohe, na fit lopte, alebo kresle.

Kontinuálny CTG monitor sa odporúča za nasledovných okolností [5], [16]: (*Váha dôkazu C*)

- pulz matky nad 120/min pri 2 nezávislých meraniach v rozmedzí 30 minút,
- telesná teplota matky nad 38°C alebo 37,5°C pri 2 meraniach v rozmedzí hodiny,
- podozrenie na chorionamnionitídu alebo sepsu,
- bolesti udávané matkou, ktoré sa líšia od normálnych bolestí počas kontrakcie,
- pri výrazne skalenej plodovej vode mekóniom,
- pri čerstvom krvácaní, ktoré sa objaví počas pôrodu,
- pri závažnej hypertenzii (nad 160/110) zistenej medzi kontrakciami,
- pri hypertenzii nad 140/90 zistenej pri 2 meraniach v rozmedzí 30 minút,
- pri kontrakciách s dlhším trvaním ako 60s alebo viac ako 5 kontrakcií za 10 min,
- pri podávaní oxytocínu.

CTG záznam musí byť vždy označený menom pacientky, dátumom a presným časom snímania. Ak má prístroj vlastné hodiny, mal by byť strojový čas pravidelne kontrolovaný a nastavovaný. Ak prístroj nekreslí pulz matky ako ďalšiu krivku, je potrebné zaznamenať a zapísať pulz matky na úvod krivky. (*Váha dôkazu C*)

#### *Jedlo a pitie počas pôrodu*

V súčasnej dobe sa väčšina cisárskych rezov vykonáva v spinálnej anestézii. Podľa odporúčaní európskej anestéziologickej spoločnosti nie je nutné, aby rodička počas pôrodu nepila a hladovala. Tekutiny môže prijímať podľa potreby, ideálne nesýtené, žena môže prijímať ľahko stráviteľnú bezzbytkovú potravu. [18] (*Váha dôkazu A*) *Podrobnosti ohľadom prijímania jedla a pitia budú súčasťou ŠDTP Pôrodnicka analgézia a anestézia.*

#### *Opatrenia pri podozrení na proťahovaný pôrod*

Pri podozrení na proťahovaný priebeh pôrodu je potrebné pri posudzovaní dynamiky pôrodu vziať do úvahy nasledovné skutočnosti:

- Parita
- Dynamika otvárania pôrodnickej bránky
- Charakteristiky pôrodnej činnosti
- Výška naliehajúcej čiastky plodu
- Psychický stav rodičky

Rodičke je potrebné v prvom rade zabezpečiť psychickú podporu, dostatočný príjem tekutín, vertikálnu polohu (chôdzu) a efektívne opatrenia proti bolesti. [5] (*Váha dôkazu C*)

Za proťahovaný pôrod sa v aktívnej fáze prvej doby pôrodnej (nález bránky 5 cm a viac) považuje:


- Postup dilatácie bránky o menej ako 2 cm za 4 hodiny u prvoroďičky.
- Postup dilatácie bránky o menej ako 2 cm za 4 hodiny u viacoroďičky, alebo spomalenie dilatácie oproti predošlým nálezom.
- Zástava progresie a rotácie hlavičky.
- Zmena v sile, trvaní a frekvencii kontrakcií. [5], [16] (*Váha dôkazu A*)

Pri protražovanom priebehu v aktívnej fáze I. doby pôrodnej sa ako prvé opatrenie navrhne rodičke amniotómia, pričom je potrebné jej vysvetliť ako sa vykonáva a aké výhody pre nástup adekvátnej pôrodnej činnosti a rýchlejšie ukončenie pôrodu toto opatrenie prináša. O 2 hodiny po amniotómii je vhodné opakovať vyšetrenie a ak nebude postup o viac ako 1 cm, je potrebné stanoviť diagnózu protražovaného pôrodu. Vtedy je vhodné rodičke vysvetliť, že podanie oxytocínu v týchto prípadoch môže urýchliť priebeh pôrodu. Rodičku je potrebné poučiť, že podanie oxytocínu môže viesť ku silnej pôrodnej činnosti a je indikovaný kontinuálny monitoring. Všetkým rodičkám s protražovanou aktívnou fázou pôrodu je potrebné ponúknuť adekvátne prostriedky proti bolesti.

Oxytocín sa podáva vždy cez infúznou pumpu alebo inžektomat, dávka sa zvyšuje v intervale nie kratšom ako 30-40 minút, až kým sa nedosiahne 4-5 kontrakcií za 10 minút. Viac ako 5 kontrakcií za 10 minút sa považuje za hyperstimuláciu uteru a môže viesť k nežiaducim zmenám na kardiokografickom zázname. [19] (*Váha dôkazu D*)

Oxytocín počas pôrodu sa podáva v dvoch režimoch vysokodávkovanom (high dose protokol: 4 – 6 milijednotiek/minútu -mU/min) a nízкодávkovanom (low dose protokol: 1,5-2 milijednotiek/minútu – mU/min). Pri oboch režimoch sa začína uvedenou dávkou, ktorá sa zvyšuje o rovnakú dávku každých 30-40 minút podľa odpovede maternice. Metaanalýza v Cochrane databáze z roku 2013 priniesla záver, že vysokodávkovaný oxytocín vedie k redukcii dĺžky trvania pôrodu aj k zníženiu frekvencie cisárskych rezov. [20] Recentná metanalýza publikovaných štúdií z roku 2021 nepriniesla dôkazy o vyššej úspešnosti vysokodávkovaného režimu oproti nízкодávkovanému. [19] Praktické podávanie je zobrazené v tabuľke 1. (*Váha dôkazu A*)

**Tabuľka č. 1**

 <b>Rôzne režimy dávkovania oxytocínu infúznou pumpou alebo inžektomatom</b>				
	5 j oxytocínu v 500 ml roztoku (infúzna pumpa)		5 j oxytocínu v 50 ml roztoku (inžektomat)	
	začiatková dávka	zvyšovať á 30-40 minút	začiatková dávka	zvyšovať á 30 – 40 minút
1,5 mU/min	0,15ml/min resp. 9 ml/hod	0,15ml/min resp. 9ml/hod	0,015ml/min resp. 0,9 ml/hod	0,015ml/min resp. 0,9 ml/hod
2 mU/min	0,2 ml/min resp. 12ml/hod	0,2 ml/min resp. 12ml/hod	0,02 ml/min resp. 1,2ml/hod	0,02 ml/min resp. 1,2ml/hod
4 mU/min	0,4 ml/min resp. 24ml/hod	0,4 ml/min resp. 24ml/hod	0,04 ml/min resp. 2,4 ml/hod	0,04 ml/min resp. 2,4 ml/hod
6 mU/min	0,6 ml/min resp. 36ml/hod	0,6 ml/min resp. 36ml/hod	0,06 ml/min resp. 3,6ml/hod	0,06 ml/min resp. 3,6ml/hod



Podávanie oxytocínu bez sledovania presnej kadencie sa neodporúča. Počas podávania oxytocínu sa odporúča kontinuálny kardiotokeografický monitoring. (*Váha dôkazu D*)

*Pôrodná analgézia a anestézia bude súčasťou samostatného ŠDTP*

## **II. doba pôrodná**

### *Definície*

Druhá doba pôrodná začína úplným otvorením (zájdením, dilatáciou) pôrodnickej bránky a končí vypudením plodu.

Druhá doba pôrodná sa delí na:

- Pasívnu časť:
  - Pôrodná bránka je zašlá (plne dilatovaná) a rodička nepocit'uje vôľou neovládateľné nutkanie na tlačenie.
- Aktívnu časť:
  - Rodička udáva neprekonateľné nutkanie na tlačenie počas kontrakcie, pri plne dilatovanej bránke.
  - Hlavička sa „korunuje nad hrádzou“.
  - Rodička udáva nutkanie na tlačenie aj mimo kontrakcie. [16]

### *Sledovanie rodičky počas II. doby pôrodnej*

Pôrodná asistentka, sleduje nasledovné parametre a ich hodnoty zapisuje do dokumentácie, alebo do pôrodnej krivky. V prípade zachytenia nepravidelností informuje pôrodníka. [5], [14], [16] (*Váha dôkazu C*)

- Ozvy plodu sú sledované kontinuálne elektronicky, alebo intermitentne po kontrakcii každých 5 minút počas 1 minúty. Každých 15 minút je odporúčané sledovať pulz matky na odlíšenie od akcie plodu.
- Každých 30 minút je zaznamenaná frekvencia kontrakcií.
- Každú hodinu je sledovaný krvný tlak rodičky.
- Sledované je močenie, rodička je aktívne nabádaná na vymočenie sa.
- Vaginálne vyšetrenie sa vykonáva so súhlasom rodičky raz za hodinu alebo na želanie rodičky.

Ďalšie dôležité opatrenia v II. dobe pôrodnej:

- Aktívna kontinuálna emočná a psychologická podpora rodičky (povzbudzovanie, podrobné informovanie a komunikácia aj so sprevádzajúcou osobou).
- V pasívnej časti je odporúčaná vertikálna poloha rodičky (stoj, sed na fit lopte, v kresle), pri potrebe ležania (únava, slabosť dolných končatín po epidurálnej analgézii) je vhodné polohovať rodičku na tom boku, kde má byť vedúca čiastka plodu (malá fontanela a chrbátik plodu).
- Starostlivosť o hydratáciu rodičky a podpora zvládania bolesti.
- Poloha v aktívnej časti II. doby pôrodnej sa riadi práním rodičky a možnosťami pôrodnickeho zariadenia. Nie je medicínsky dôkaz pre preferenciu ktorejkoľvek pôrodnej polohy v závere II. doby pôrodnej (litotomická, polosed, na boku, v drepe, alebo na pôrodnickej stoličke). [21], [22] (*Váha dôkazu A*)

-

### *Trvanie II. doby pôrodnej:*

- U väčšiny prvorodičiek možno očakávať pôrod do 3 hodín od začiatku aktívnej časti II. doby pôrodnej.
- U väčšiny viacrodičiek možno očakávať pôrod do 2 hodín od začiatku aktívnej fázy II. doby pôrodnej.

### *Chránenie hrádze („Hands on“ vs „Hands off“) a manuálne manévry počas konca druhej doby pôrodnej*

„Hands on“ - Asistujúca osoba jednou rukou kontrolovaným tlakom podporuje flexiu hlavičky plodu počas prerezávania ľahkým protitlakom, po jej porodení a dorotovaní ľahkou laterálnou flexiou podporuje pôrod predného aj zadného ramienka. Zároveň druhou rukou podporuje tlakom tkanivo hrádze tak, aby nedošlo k jeho náhlemu a nadmernému rozťahnutiu. Podpora hrádze môže byť buď ukazovák a palcom v bodoch nad laterálnymi okrajmi hrádze alebo celou dlaňou a palcom priloženou na hrádzu, ideálne cez rúško, ktoré zabráni kĺzaniu tkaniva. Pri „Hands off“ technike asistujúca osoba nepridržiava hrádzu, maximálne pri náhlom vypudzovaní hlavičky jednou rukou spomaľuje jej prechod a tým bráni nadmerné poranenie tkaniva.

V súčasnej dobe neexistuje relevantný dôkaz o výhodnosti jednej z uvedených techník, preto sú oba postupy („Hands on“ aj „Hands off“) prípustné. [23], [24] (*Váha dôkazu A*)

Masáž hrádze počas druhej doby pôrodnej môže znižovať riziko závažnejšieho poranenia hrádze. [25] (*Váha dôkazu A*)

Teplé obklady na hrádzu (teplá rúška) počas aktívnej fázy II. doby pôrodnej môžu znižovať riziko závažného poranenia hrádze. [24] (*Váha dôkazu A*)

Pri očakávanom pôrode makrozomického plodu možno kontrolovaným protitlakom proti hlavičke pri jej prerezávaní umožniť ramienkam dokončenie rotácie a vstúpenie do pôrodného kanála, čím sa znižuje riziko dystokie ramienok. [26] (*Váha dôkazu B*)

### *Epiziotómia*

Pri spontánnom vaginálnom pôrode sa neodporúča rutinné vykonávanie epiziotómie [27], rovnako WHO neodporúča rutinné používanie epiziotómie. [15] Systematický prehľad kvalitných štúdií nepotvrdil, že selektívne vykonávanie epiziotómie znižuje riziko poranenia musculus sfínter ani oproti úplnému nevykonávaniu epiziotómií. [28] (*Váha dôkazu A*)

Momentálne hlavnou a základnou indikáciou k vykonaniu epiziotómie je plánované prevedenie vaginálnej extrakčnej operácie [29] (*Váha dôkazu C*)

Preferovaná metóda je mediolaterálna epiziotómia na plne rozvinutej napätej hrádzi, smer nástrihu zviaza uhol s mediálnou líniou asi 60 stupňov, dĺžka epiziotómie zodpovedá dĺžke brandží nožníc. Ak sa vykonáva epiziotómia na nerozvinutú hrádzu (pred extrakčnou operáciou) mal by sa nástrih viesť viac laterálne. [30], [31] (*Váha dôkazu C*)

Lateralita nástrihu (vľavo alebo vpravo) je čisto daná organizáciou práce pôrodnického zariadenia, je vhodné, aby sa osoby asistujúce pri pôrode dohodli na jednom spôsobe, kvôli nácviku ošetrenia. [5] (*Váha dôkazu C*)

Každé pracovisko by si malo robiť pravidelne audit epiziotómií aj ostatných poranení hrádze pri pôrode [5] (*Váha dôkazu C*)

### *Tlak na fundus (pridrżanie fundu v závere II. doby pôrodnej).*

Tlak na fundus je veľmi široko používaná pôrodnická praktika, ktorá sa považuje za kontroverznú. Pretože sa v súčasnej dobe nepoužíva, je potrebné zaviesť pre ňu jasné pravidlá týkajúce sa indikácií, spôsobu vykonania aj kontraindikácií. Pretože nie sú jasné dôkazy o škodlivosti tejto metódy (pri adekvátnej indikácií a vykonaní), nie je správne ju vyhlásiť za postup non lege artis. [32] Jej použitie je súčasťou niektorých pôrodnických hmatov (záver Brachtovej manuálnej pomoci pri pôrode koncom panvovým, Woodsov manéver pri dystokií ramienok). Existujú aj nafukovacie pásy, ktoré vyvíjajú tlak na fundus podobne ako ruka personálu. Tlak na fundus ako legálnu metódu spomínajú aj viaceré odborné spoločnosti. [5], [33] Japonská pôrodnická spoločnosť ho nemá v odporučených postupoch, ale považuje ho za lege artis postup. [34] Naopak svetová zdravotnícka organizácia ho neodporúča. [15] U prvoroďčiek môže jeho aplikácia zvýšiť riziko avulzného poranenia musculus levator ani. [35]

Operácia by sa mala vykonávať iba vo výnimočných prípadoch a pri splnení nasledovných podmienok (*Váha dôkazu D*):

- Dôkladné poučenie rodičky a jej pochopenie situácie.
- Rodička môže operáciu kedykoľvek odmietnuť a je nutné zmeniť postup (vaginálna extrakčná operácia).
- Kontinuálna komunikácia s rodičkou.
- Tlak na fundus vykonávať iba na konci aktívnej časti II. doby pôrodnej.
- Tlak aplikovať zásadne počas kontrakcie.
- Na fundus tlačiť nie čisto vertikálne, ale smerom osi pôrodného kanálu kaudálnym smerom.
- Je potrebné zabezpečiť aj adekvátnu komunikáciu pôrodnického tímu a sprevádzajúcej osoby.
- Použitie expresie by malo byť zaznamenané v pôrodnickej dokumentácii a jej používanie by malo podliehať spätnej analýze na pôrodnickom pracovisku. [5]

Kontraindikáciou tlaku na fundus maternice je jazva na maternici, znaky cefalopelvického nepomeru, nedorotovaná hlavička plodu mimo aktívnej časti II. doby pôrodnej, zástava progresie pôrodu pri dystokií ramienok.

### *Bonding*

Včasný kontakt koža na kožu (skin to skin) stabilizuje neonatálne parametre, podporuje nástup včasného dojčenia a podporuje rozvoj vzťahu matky a dieťaťa. [36], [37] (*Váha dôkazu A*) Všetky ošetrovacie a diagnostické úkony by sa mali v tomto čase obmedziť na minimum, aby sa tak podporil včasný kontakt matky a novorodenca, vyšetrenie novorodenca možno vykonať na bruchu matky, alebo odložiť po ukončení bondingu. Novorodenec by sa mal nahý položiť na kožu hrudníka a brucha matky a zakryť suchou prikrývkou. Pupočník by sa nemal prerušiť v čase kratšom ako 1 minúta od pôrodu, výnimku tvorí závažná bradykardia plodu bez tendencie zlepšenia a poranenie pupočníka s krvácaním. Oneskorené zaklempovanie pupočníka po dotepaní prináša benefity pre novorodenca. [38], [39] (*Váha dôkazu A*) Po zaklempovaní pupočníka je odporúčané odobrať arteriálnu pupočníkovú krv na stanovenie hodnôt astrupu. [16] (*Váha dôkazu D*)

### **III. doba pôrodná**

#### *Definícia*

III. doba pôrodná začína vypudením plodu/plodov a končí vypudením placenty a plodových obalov.

#### *Trvanie*

U termínových tehotností sa placenta porodí do 14 minút v 90% pôrodov. Ak rodička nekrváca, možno počkať 30 minút, WHO odporúča dokonca čakať až 60 minút a až potom pristúpiť k ďalším terapeutickým zásahom. [5], [15], [16] (*Váha dôkazu A*)

#### *Vedenie*

Rodička by mala byť poučená o výhodách aktívneho vedenia III. doby pôrodnej, ktoré pozostáva z podania bolusu 5 - 10 j oxytocínu i.v. po pôrode hlavičky plodu. Podrobne viď *ŠDTP: Prevencia, diagnostika a liečba peripartálneho krvácania*.

#### *Ošetrovanie bežného pôrodného poranenia*

Pred samotným ošetrovaním pôrodného poranenia je potrebné: (*Váha dôkazu D*):

- podrobne vysvetliť rodičke rozsah pôrodného poranenia a spôsob ošetrovania,
- zabezpečiť adekvátnu anestéziu (epidurálnu, inhalačnú, lokálnu),
- zabezpečiť kvalitné osvetlenie a dobrý prístup k poraneniu.
- vykonať adekvátne zhodnotenie rozsahu perineálneho poranenia na vylúčenie skrytej lézie musculus sfincter ani (bidigitálne vyšetrenie – ukazovák zaviesť do konečníku, vytlačiť oblasť zvierača smerom k línii poranenia a aspexiou zhodnotiť jeho celistvosť, následne palcom oproti ukazováku zhodnotiť hrúbku a celistvosť vonkajšieho zvierača), v prípade pochybností sa odporúča zavolať kolegu pre „second opinion“, [40]
- pri zistení poranenia musculus sfincter ani postupovať podľa príslušného štandardného postupu (*ŠDTP : Ošetrovanie závažného pôrodného poranenia*)

Pri ošetrovaní poranenia sa odporúčajú vstrebateľné materiály s krátkou dobou degradácie. [41] Kontinuálny (pokračujúci) steh vykazuje menšiu krátkodobú bolestivosť, menej častú potrebu odstrániť steh pre bolesti ako šitie jednotlivými stehmi. [42] (*Váha dôkazu A*) Podanie čapíku s nesteroidovým analgetikom (indometacín, sodná soľ diklofenaku) bezprostredne po ošetrovaní poranenia znižuje včasnú bolestivosť a potrebu analgézie v popôrodnom období. [43] (*Váha dôkazu A*) V súčasnosti neexistuje jasný dôkaz, že lokálne chladenie (ľad, studené gélové obklady) hrádze po ošetrovaní znižuje výskyt edému a bolestivosti hrádze. [44] (*Váha dôkazu B*)

#### **Nadväzujúce štandardné postupy**

- *Prevencia, diagnostika a liečba peripartálneho krvácania (už publikovaný)*
- *Predčasný odtok plodovej vody v rôznych štádiách tehotnosti*
- *Profylaxia včasnej neonatálnej infekcie baktériou Streptococcus agalactiae*
- *Hodnotenie intrapartálneho kardiografického záznamu*
- *Pôrodnícka analgézia a anestézia*
- *Ošetrovanie závažného pôrodného poranenia*
- *Pôrod plodu koncom panvovým*
- *Predčasný pôrod*
- *Pôrod rodičky s anamnézou cisárskeho rezu*
- *Indukcia pôrodu*
- *Vedenie pôrodu u viacpočetnej gravidity*

- *Dystokia ramienok*
- *Extrakčné vaginálne operácie*

## Referencie

- [1] "95/2018 Z.z. - Vyhláška Ministerstva zdravotníctva... - SLOV-LEX." [Online]. Available: [https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2018/95/vyhlasene\\_znenie.html](https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2018/95/vyhlasene_znenie.html). [Accessed: 05-Jun-2021].
- [2] T. Lavender and S. Bernitz, "Use of the partograph - Current thinking," *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 67. Bailliere Tindall Ltd, pp. 33–43, 01-Aug-2020.
- [3] A. Lalonde, K. Herschderfer, D. Pascali-Bonaro, C. Hanson, C. Fuchtnr, and G. H. A. Visser, "The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby–Family maternity care," *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 146, no. 1, pp. 65–73, Jul. 2019.
- [4] P. Velebil, A. Mechurova, and Z. Hájek, "Zásady pro poskytování porodní péče v české republice," *Česká Gynekol.*, vol. 78, no. Suppl., pp. 30–32, 2013.
- [5] "Vaginale Geburt am Termin S3-Leitlinie der L A N G F A S S U N G."
- [6] P. Reuwer, H. Bruinse, and A. Franx, "Nulliparous versus parous labor," in *Proactive Support of Labor. The Challenge of Normal Childbirth.*, 2nd ed., 2015, pp. 88–92.
- [7] E. M. Schmidt, A. R. Hersh, M. Tuuli, A. G. Cahill, and A. B. Caughey, "Considering Criteria for Active Phase Labor Management of Nulliparous Women: A Cost-Effectiveness Analysis," *Am. J. Perinatol.*, May 2021.
- [8] J. Zhang *et al.*, "Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes," *Obs. Gynecol.*, vol. 116, no. 6, pp. 1281–1287, 2010.
- [9] L. Nazir *et al.*, "Admission Cardiotocography as a Predictor of Low Apgar Score: An Observational, Cross-Sectional Study," *Cureus*, vol. 13, no. 4, Apr. 2021.
- [10] L. Parts, M. Holzmann, M. Norman, and P. G. Lindqvist, "Admission cardiotocography: A hospital based validation study," *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 229, pp. 26–31, Oct. 2018.
- [11] R. M. Grivell, Z. Alfirevic, G. M. Gyte, and D. Devane, "Antenatal cardiotocography for fetal assessment," *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 9, p. CD007863, Sep. 2015.
- [12] J. Pretscher *et al.*, "Can Sonographic Fetal Biometry Predict Adverse Perinatal Outcome?," *Ultraschall der Medizin*, vol. 40, no. 2, pp. 230–236, 2019.
- [13] K. R. Goetzinger, A. O. Odibo, A. L. Shanks, K. A. Roehl, and A. G. Cahill, "Clinical accuracy of estimated fetal weight in term pregnancies in a teaching hospital," *J. Matern. Neonatal Med.*, vol. 27, no. 1, pp. 89–93, Jan. 2014.
- [14] K. Petitprez *et al.*, "Normal delivery: physiologic support and medical interventions. Guidelines of the French National Authority for Health (HAS) with the collaboration of the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF) and the French College of Midwives (CNSF)," *J. Matern. Neonatal Med.*, pp. 1–10, May 2021.
- [15] *WHO recommendations Intrapartum care for positive childbirth experience*. 2018.
- [16] "Intrapartum care for healthy women and babies," 2017.
- [17] E. D. Hodnett, S. Gates, G. J. Hofmeyr, and C. Sakala, "Continuous Support for Women During Childbirth," *Birth*, vol. 32, no. 1, pp. 72–72, Jun. 2008.
- [18] I. Smith *et al.*, "Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology," *Eur. J. Anaesthesiol.*, vol. 28, no. 8, pp. 556–569, 2011.
- [19] R. A. Aboshama *et al.*, "High dose vs. low dose oxytocin for labor augmentation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials," *J. Perinat. Med.*, vol. 49, no. 2, pp. 178–190, Feb. 2021.
- [20] S. Kenyon, H. Tokumasu, T. Dowswell, D. Pledge, and R. Mori, "High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour," *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 7, p. CD007201, Jul. 2013.
- [21] J. K. Gupta, A. Sood, G. J. Hofmeyr, and J. P. Vogel, "Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2017, no. 5. John Wiley and Sons Ltd, 25-May-2017.
- [22] K. F. Walker, M. Kibuka, J. G. Thornton, and N. W. Jones, "Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2018, no. 11. John Wiley and Sons Ltd, 09-Nov-2018.
- [23] R. A. M. Pierce-Williams, G. Saccone, and V. Berghella, "Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials," *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 34, no. 6. Taylor and Francis Ltd., pp. 993–1001, 2021.
- [24] V. Aasheim, A. B. V. Nilsen, L. M. Reinart, and M. Lukasse, "Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2017, no. 6. John Wiley and Sons Ltd, 13-Jun-2017.
- [25] A. M. Abdelhakim *et al.*, "Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials," *International Urogynecology Journal*, vol. 31, no. 9. Springer, pp. 1735–1745, 01-Sep-2020.
- [26] O. Poujade *et al.*, "Prevention of shoulder dystocia: A randomized controlled trial to evaluate an obstetric maneuver," *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 227, pp. 52–59, Aug. 2018.
- [27] H. Jiang, X. Qian, G. Carroli, and P. Garner, "Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2017, no. 2. John Wiley and Sons Ltd, 08-Feb-2017.
- [28] G. M. V. Pereira, R. S. Hosoume, M. V. de Castro Monteiro, C. R. T. Juliato, and L. G. O. Brito, "Selective episiotomy versus no episiotomy for severe perineal trauma: a systematic review with meta-analysis," *Int. Urogynecol. J.*, vol. 31, no. 11, pp. 2291–2299, Nov. 2020.
- [29] A. H. Sultan and J. W. de Leeuw, "Episiotomy and operative vaginal delivery- Do we need more evidence?," *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.*, pp. 1471–0528.16783, May 2021.
- [30] J. Karbanova, Z. Rusavy, L. Betincova, M. Jansova, A. Parizek, and V. Kalis, "Clinical evaluation of peripartum outcomes of mediolateral versus lateral episiotomy," *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 124, no. 1, pp. 72–76, 2014.

- [31] P. Necesalova, J. Karbanova, Z. Rusavy, Z. Pastor, M. Jansova, and V. Kalis, "Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum," *Sex. Reprod. Healthc.*, vol. 8, pp. 25–30, Jun. 2016.
- [32] G. J. Hofmeyr, J. P. Vogel, A. Cuthbert, and M. Singata, "Fundal pressure during the second stage of labour," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2017, no. 3. John Wiley and Sons Ltd, 07-Mar-2017.
- [33] P. Čepický, "Doporučení k pomoci rodiče při tlačení ve II. době porodní," *Česká Gynekol.*, vol. 78, no. Suppl., p. 60, 2012.
- [34] J. Hasegawa, A. Sekizawa, T. Arakaki, T. Ikeda, I. Ishiwata, and K. Kinoshita, "Decline number of uterine fundal pressure maneuver in Japan recent 5 years," *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, vol. 46, no. 3, pp. 413–417, Mar. 2020.
- [35] A. Youssef *et al.*, "Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion," *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, vol. 53, no. 1, pp. 95–100, Jan. 2019.
- [36] N. Gupta, A. Deierl, E. Hills, and J. Banerjee, "Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants," *Acta Paediatr.*, May 2021.
- [37] E. R. Moore, N. Bergman, G. C. Anderson, and N. Medley, "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2016, no. 11. John Wiley and Sons Ltd, 25-Nov-2016.
- [38] "Cochrane Database of Systematic Reviews Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review)," 2015.
- [39] S. J. McDonald, P. Middleton, T. Dowswell, and P. S. Morris, "Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes," *Evidence-Based Child Heal.*, vol. 9, no. 2, pp. 303–397, 2014.
- [40] G. Ducarme *et al.*, "Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines," *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.*, vol. 48, no. 7, pp. 455–460, Sep. 2019.
- [41] J. Frohlich and C. Kettle, "Perineal care," *BMJ clinical evidence*, vol. 2015. BMJ Clin Evid, 10-Mar-2015.
- [42] C. Kettle, T. Dowswell, and K. M. Ismail, "Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears," *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 11, no. 11, Nov. 2012.
- [43] H. Hedayati, J. Parsons, and C. A. Crowther, "Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth," *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 3, Jul. 2003.
- [44] C. E. East, E. D. F. Dorward, R. E. Whale, and J. Liu, "Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth," *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2020, no. 10, Oct. 2020.

### **Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

### **Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. októbra 2021.

**Vladimír Lengvarský**  
minister zdravotníctva