

SPECIÁLNÍ ČLÁNEK

Vybrané aspekty mezioborové spolupráce na porodním sále

Štourač P.¹, Bláha J.², Nosková P.², Klovová R.³, Seidlová D.⁴, Mannová J.⁵, Pařízek A.⁶

¹Klinika dětské anesteziologie a resuscitace, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita a Fakultní nemocnice Brno

²Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

³Klinika anesteziologie a resuscitace, 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole

⁴II. anesteziologicko-resuscitační oddělení, Fakultní nemocnice Brno

⁵Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice Havlíčkův Brod

⁶Gynekologicko-porodnická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Anest intenziv Med 2017;28:148–153

SOUHRN

Sdělení přináší aktuální pohled Sekce pro porodnickou anestezii a analgezii ČSARIM (SPAA ČSARIM) na organizaci mezioborové spolupráce při poskytování anesteziologické péče na porodním sále, a to i na základě výsledků studií Obstetric Anaesthesia and Analgesia Month Attributes 2011 a 2015 (OBAAMA-CZ a OBAAMA-INT). Jakkoli je tato problematika mnohdy vnímána okrajově, jde dle našeho názoru o klíčový faktor rozšíření moderních anesteziologických metod do každodenní rutiny na porodním sále a zajištění maximální bezpečnosti poskytované péče pro rodičku.

KLÍČOVÁ SLOVA

porodnická analgezie – bezpečnost anesteziologické péče – epidurální analgezie

ABSTRACT

Štourač P., Bláha J., Nosková P., Klovová R., Seidlová D., Mannová J., Pařízek A.: Selected Aspects of Interdisciplinary Collaboration in the Delivery Room

The article presents the current view of the Section for obstetric anaesthesia and analgesia ČSARIM (SPAA ČSARIM) on the organization of interdisciplinary collaboration during the provision of anaesthesiology care in the delivery room on the basis of the results of studies Obstetric Anaesthesia and Analgesia Month Attributes 2011 and 2015 (OBAAMA-CZ and OBAAMA-INT). The issue is often seen as a marginal one, yet in our opinion it is the key factor for expansion of modern anaesthetic methods into the daily routine in the delivery room and ensuring maximum safety of care for the parturient.

KEYWORDS

obstetric analgesia – safety of anaesthetic care – epidural analgesia

ÚVOD

Cílem sdělení je přinést aktuální pohled Sekce pro porodnickou anestezii a analgezii ČSARIM (SPAA ČSARIM) na organizaci mezioborové spolupráce při poskytování anesteziologické péče na porodním sále. Jakkoli je nejčastějším výkonem, u kterého je poskytována anesteziologická péče, císařský řez, cílem tohoto článku je poskytnout názor na organizaci podávání analgezie u porodu, protože právě u ní spatřuje SPAA ČSARIM prostor pro její větší rozšíření při optimalizaci organizace práce na porodním sále, jak plyne ze

studií OBAAMA-CZ (2011) a OBAAMA-INT (2015) [1, 2]. Z výsledků uvedených studií plyne, že podání epidurální analgezie mezi lety 2011 a 2015 dokonce pokleslo (12,1 % vs. 10,6 %). Je patrný i velký rozdíl mezi jednotlivými centry, kdy podání osciluje od center s méně než 1 % podaných epidurálních analgezií u porodu až k více než 40 %.

Již zde je třeba zdůraznit, že snaha neoficiální aktivity nazvané Přirozený porod v porodnici (PPP; <http://www.prirozenyporodvporodnici.cz/>), která si jako jeden z cílů stanovila snížit podání epidurální analgezie pod 5 %, nemá žádnou oporu v recent-

ních literárních pramenech a SPAA ČSARIM ji považuje za přinejmenším zpátečnickou. Arbitrárně „od stolu“ stanovené číslo bez doprovodné hlubší analýzy nemůže být indikátorem kvality žádného procesu. Skutečnost, že by pouhá desetina (dvacetina dle PPP) rodících žen v České republice trpěla silnou bolestí, je-li porod většinou nejsilnější algický vjem v životě ženy, se však nezdá pravděpodobná [3]. Účinné tlumení bolesti u porodu by mělo být ve 21. století dostupné každé rodící ženě, která trpí nesnesitelnou bolestí, a neúčinnější variantou je pak epidurální analgezie [4]. Při odborné veřejnosti známém faktu o minimálním ovlivnění průběhu porodu a minimálním negativním vlivu na matku i plod/novorozence tak jde o metodu volby.

ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA ČESKÉ REPUBLIKY (ČR) STRAN PERIPARTÁLNÍ ANESTEZIOLOGICKÉ PÉČE

V ČR bylo k 31. 12. 2016 více než 90 porodnic (93). Největšími jsou Fakultní nemocnice Brno (více než 6 500 porodů), Ústav pro matku a dítě v Praze (ÚPMD), Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN) a Fakultní nemocnice Motol, dalších 6 center má více než 2 000 porodů za rok. Méně než 500 porodů za rok dle studie OBAAMA-CZ mělo méně než 5 nemocnic. Pochopitelnou snahou regulačních orgánů je, aby každá porodnice ročně provedla více než 600 porodů k udržení minimální úrovně porodnické rutiny. Všechna porodnická zařízení poskytují porodnickou péči nepřetržitě. Při známých či nově vzniklých peripartálních patologiích existuje a dobře funguje systém transportů do vyšších center (např. systém „transport in utero“). Na všech porodnických pracovištích je dostupný anesteziologický tým, avšak ne vždy nepřetržitě a ne vždy výhradně pro potřebu porodního sálu, a to často ani v perinatologických centrech.

ASPEKTY MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE NA PORODNÍM SÁLE

V rámci multidisciplinární spolupráce se na péči o rodičku a novorozence v peripartálním období podílí v týmu především porodní asistentka, porodník, neonatolog a anesteziolog. Je málo známým faktem, že anesteziologická péče je v ČR poskytována u více než 1/3 porodů [1]. Tato skutečnost spolu s realitou, že více než polovina této péče je poskytována v akutních, tedy nepredikovatelných podmínkách, nás vede k závěru, že pro porodní sál je vhodné mít vyhrazený anesteziologický tým. V perinatologických centrech tuto skutečnost považujeme za nepodkročitelnou. Anesteziologický tým by měl být, je-li to možné, co nejblíže porodnímu sálu i lokaci (důležité zejména u pavilonových nemocnic), aby v případě emergentní porodnické situace (indikace) byl schopen péči poskytnout

neprodleně. V rámci ARO oddělení je vhodné stanovit zástupce pro porodnickou problematiku a podporovat jej nejen v každodenní rutinní praxi, ale i v dalším vzdělávání v této specifické oblasti a v kontaktu s dalšími kolegy na problematiku se specializujícími (např. v rámci SPAA ČSARIM a SAIMP ČGPS).

Jedním z aspektů, které mohou multidisciplinární spolupráci facilitovat, je nepochybně iniciace či spolupráce na společných vědeckovzumných záměrech. Jistě nemusí mít charakter randomizovaných studií, ale mohou například ověřovat vhodnost, bezpečnost a účinnost na pracovišti zavedených či zaváděných postupů a mohou se tak stát podkladem pro pracovní postupy daného pracoviště a pro odbornou diskusi v rámci odborné community.

Dalším z aspektů, které vedou dle naší zkušenosti k prohloubení multidisciplinární spolupráce na porodním sále, je vzájemné vzdělávání, přinášení odborně podložených argumentů a oborově specifických pohledů v nekonfliktním prostředí vzdělávacích aktivit. Edukační aktivity nepochybně musí být zaměřeny na všechny účastníky peripartálního procesu, tedy porodní asistentky, porodníky, neonatology i anesteziology (ale i rodičky). Naprosto klíčové jsou pak na jedné straně klinické kazuistické semináře nad reálnými případy, na straně druhé, a to zejména při nácviku emergentních a raritních situací, simulační nácviky, které jsou většině anesteziologů blízké.

PORODNÍ ANALGEZIE V ČR POHLEDEM STUDIÍ OBAAMA-CZ A OBAAMA-INT

Podrobný pohled na porodnickou analgezii v ČR v letech 2011 a 2015 poskytly studie OBAAMA-CZ a OBAAMA-INT, které byly realizovány SPAA ČSARIM [2, 4]. Pracoviště zapojená do studie OBAAMA-INT jsou zobrazena na obrázku 1 a pokrývají takřka 90 % porodů, které proběhly v listopadu 2015 v ČR. Základní parametry anesteziologické



Obr. 1 Pracoviště zapojená do studie OBAAMA-INT v České republice a na Slovensku

péče jsou dlouhodobě dostupné také díky dotazníkovým studiím realizovaným v nepravidelných intervalech týmem prof. Pařízka od roku 1993 až do nynějška (celkem 6 studií) [5,6].

Dostupnost anesteziologické péče byla nepřetržitá na 92,8 % (89,1 % v roce 2011) pracovišť. Minimálně jeden anesteziologický tým výhradně pro porodní sál mělo v běžné pracovní době 57,1 % porodnic (47,8 % v roce 2011). V obou parametrech tak jde o zlepšení. Na 72,9 % zapojených center připouští přítomnost otce u aplikace epidurální blokády. Zatímco nepřetržitá dostupnost anesteziologické péče nemá dle OBAAMA-INT vliv na četnost podání epidurální analgezie, u pracovišť, která měla pro porodní sál vyčleněný minimálně jeden tým, je podání častější než u těch, která takto vyhrazený tým neměla (11,9 % vs. 7,7 %).

V rámci regionálních blokad naprosto dominují v tlumení porodní bolesti neuroaxiální, a to zejména epidurální, která je tak stále synonymem pro porodní analgezii. Nabízelo ji 100 % pracovišť zapojených do obou studií, přesto míra podání dosahuje neuspokojivě nízkých čísel. Kombinovaná subarachnoidálně-epidurální a subarachnoidální blokáda je nabízena velmi ojediněle pouze jednotlivými pracovišti. Zajímavé je, že zatímco s aplikací epidurální analgezie vyžaduje sepsání informovaného souhlasu 100 % pracovišť, pouze 30 % pracovišť vyžaduje informovaný souhlas se systémově podávanou analgezií. Tato skutečnost je ale zřejmě ovlivněna malou mírou participace anesteziologa na těchto metodách.

Ze systémových analgetických technik je nejčastěji anesteziologem podávána analgezie remifentanilem, ale pouze na třech (4,3 %) zapojených pracovištích (na dvou v roce 2011). Z ostatních systémových prostředků je anesteziologem používán nalbufin a Entonox®, ale jen v jednotlivých případech.

Přehled o analgetických metodách podávaných porodním týmem bez přítomnosti anesteziologa máme také díky studii OBAAMA-INT (18,2 %), celkově se tedy zdá, že bolest je jakoukoli metodou tlumena pouze u méně než 30 % porodů. Pozitivní je trvale klesající podíl podání petidinu (9 %). Naprosto tak dominuje podání nalbufinu s podílem 79 %. Dále má na porodním sále své místo Entonox® ve 12 % případů.

ÚSKALÍ PODÁVÁNÍ PORODNÍ ANALGEZIE

Úskalí podání epidurální analgezie (vzhledem k četnosti použití ostatních metod se budeme věnovat výhradně této) lze rozdělit na několik oblastí.

První se týká vlastního zavedení a rozšíření metody na porodním sále. V tomto případě je třeba edukovat celý peripartální tým a domluvit se

na spolupráci, a to i formalizovaně (mezioborový pracovní postup). Dle našeho názoru je v rámci edukace třeba navázat především kontakt s porodními asistentkami a získat je pro spolupráci na problematice. Další neméně důležitou cílovou skupinou je samotná rodička. Má-li pracoviště anesteziologickou ambulanci či jinou možnost předporodního kontaktu s rodičkou, v praxi se osvědčilo poskytnout možnost konzultace se zájemkyněmi o seznámení se s možnostmi tlumení bolesti u porodu. Máme zkušenost, že v rámci předporodních kurzů není tlumení porodní bolesti moderními metodami věnován dostatečný prostor. Výhodné je mít připraven informační leták týkající se příslušné analgetické metody, který by měl být laicky srozumitelný a může být podkladem pro informovaný souhlas (např. „Porod nemusí až tak bolet aneb tlumení porodních bolestí na míru“, dostupný na www.porodnice.cz).

Dalším úskalím je nutná rutina při aplikaci metody. V perinatologických centrech se stovkami aplikovaných analgezií není problémem. U malého počtu porodů (500–1 000) a současně malého množství podaných blokad (25–100 aplikací ročně) je dostatečná zkušenost na pracovišti obtížně získatelná a udržitelná. Proto jako jednu z možností navrhujeme použití epidurální analgezie/anestezie i u neporodnických operací a použití epidurální anestezie s katétre pro plánovaný císařský řez a následnou analgezii po císařském řezu [7]. Tam, kde to charakter poskytované péče neumožňuje, je namístě zvážit stáž (i pravidelnou) na pracovištích s vysokou mírou podání epidurální analgezie (např. VFN, FN Brno, FN Motol aj.) k získání či osvětlení příslušné rutiny.

Samostatnou kapitolou je identifikace a řešení komplikací spojených s aplikací epidurální analgezie. Relativně častými a pro peripartální období specifický přístup vyžadujícími jsou nechtěná punkce dura mater a postpunkční cefalea, kterým se věnuje podrobně článek Noskové et al. [8] a algoritmus výukového portálu AKUTNĚ.CZ® [9].

Dle studie OBAAMA-INT aplikuje při nechtěné punkci dura mater (incidence 0,7 %) preventivní krevní záplatu 7,1 % pracovišť. Následný postpunkční syndrom (incidence 1,1 %) řeší 100 % pracovišť režimovými opatřeními, v kombinaci s aplikací krevní záplaty (86 %) nebo s inzercí a ponecháním katétru subarachnoidálně (4,3 %) či podáním opioidu intrathékálně (2,9 %).

Jedinou systémovou analgezií u porodu, která vyžaduje přítomnost anesteziologa při zahájení podávání, je aplikace remifentanilu, což samo o sobě tvoří úskalí jeho podání. Dalším je analgetická účinnost, která je sice nejvyšší ze systémově podávaných analgetik u porodu, ale je nižší než u epidurální analgezie, a tedy zůstává vyhrazena

pro případy kontraindikace neuroaxiálních metod. Pro podání remifentanilu je také nezbytné vybavení pracoviště infuzní technikou, která umožňuje podávat léčivo v režimu pacientkou kontrolovaném (PCA). Jakkoli není dominantní překážkou vybavení pracoviště touto pumpou cena, která se pohybuje v dostupných hladinách (do 40 tis. Kč), přesto spolu s nutností edukovat personál porodního sálu a samotnou rodičku v zacházení s ní tvoří další úskalí rozšíření metody. Podrobně se podání remifentanilu u porodu věnuje článek autora [10]. Jednu z možností systémového i neuroaxiálního tlumení porodní bolesti přináší algoritmus AKUTNĚ.CZ® recenzovaný prof. Pařízkem [11].

DOPORUČENÍ SPAA ČSARIM K ORGANIZAČNÍM ASPEKTŮM SPOLUPRÁCE PŘI PODÁVÁNÍ ANALGIE U PORODU

Doporučení se věnuje především organizačním aspektům mezioborové spolupráce vedoucí k účinné aplikaci porodní analgie a je inspirováno poslední aktualizací doporučení ASA a SOAP (American Society of Anesthesiologists, Society of Obstetric Anesthesia and Perinatology), které bylo publikováno v roce 2016 [12]. Konkrétním klinickým aspektům analgie u porodu se budou věnovat články v dalších číslech časopisu Anesteziologie a Intenzivní medicína.

Dostupnost anesteziologické služby

Dostupnost anesteziologického týmu (anesteziolog a anesteziologická sestra) pro potřeby porodního sálu by měla být zajištěna nepřetržitě a být dostupná v režimu „on demand“ (na zavolání), ideálně prostřednictvím dobře zapamatovatelné zkrácené provolby na mobilní telefon či jiné komunikační zařízení. Umožňuje-li to provoz a charakter pracoviště, měl by být minimálně v běžné pracovní době, optimálně i mimo ni, anesteziologický tým vyhrazen pouze pro potřeby porodního sálu. Tento tým, je-li to možné, by neměl být pověřen jinými pracovními úkoly, které by prodloužily čas do poskytnutí anesteziologické služby. U pracovišť s více než 2 000 porody za rok je vhodné zvážit vyčlenění týmu výhradně pro akutní porodnické procedury (porodní analgie, císařský řez, časné poporodní výkony).

Složení anesteziologické služby

Lékař v anesteziologickém týmu by měl disponovat specializovanou způsobilostí v oboru Anesteziologie a intenzivní medicína. Zaškolení lékařů ve specializační přípravě by mělo probíhat pod jeho dohledem. Vhodné je absolvování kurzu či stáže s problematikou porodní anestezie/analgie. Doporučujeme stanovit lékaře, který se bude problematice porodní anestezie/analgie

na pracovišti přednostně věnovat a který bude současně zajišťovat koordinaci směřování spolupráce s týmem porodního sálu v dlouhodobější perspektivě.

Indikace porodní analgie

Obecně indikace jakékoli analgetické metody na porodním sále musí vycházet minimálně z konsenzu rodičky, porodní asistentky a porodníka, v případě nezbytnosti podání anesteziologické metody také anesteziologa. Výhodou je znalost aktuální intenzity porodní bolesti vyjádřená některou z objektivizačních škál (VAS, NRS, smile apod.), aby následně bylo možno posoudit analgetickou účinnost aplikované metody a individualizovat její další aplikaci.

1. Metody nevyžadující přítomnost anesteziologického týmu

Indikace je plně v rukou týmu porodního sálu.

2. Neuroaxiální metody tlumení porodní bolesti

Indikaci na návrh týmu porodního sálu se souhlasem rodičky posuzuje a potvrzuje aplikující anesteziolog.

3. Systémově aplikované analgetické metody vyžadující přítomnost anesteziologa

Indikaci na návrh týmu porodního sálu se souhlasem rodičky a při kontraindikaci neuroaxiálních metod, které by pro svoji účinnost měly být nabízeny přednostně, posuzuje a potvrzuje aplikující anesteziolog.

Vybavení pro aplikaci porodní analgie

1. Neuroaxiální i systémové metody tlumení porodní bolesti

Doporučujeme, aby byl s veškerým vybavením potřebným pro analgezii u porodu (přístrojovým, léčivý, zdravotnickými prostředky) prokazatelně proškolen celý peripartální tým. Doporučujeme, aby pracoviště pro rutinně používané analgetické metody mělo vytvořený mezioborový pracovní postup, ve kterém bude stanoven nejen klinický průběh a potřebné vybavení, ale i ukotvena povinnost a rozsah seznámení se s vybavením pro aplikaci porodní analgie. V tomto postupu by také měla být stanovena zodpovědnost za přípravu před aplikací a pravidelnou kontrolu funkčnosti vybavení.

2. Informovaný souhlas

Doporučujeme pohovor anesteziologa s rodičkou a sepsání informovaného souhlasu s příslušnou metodou před každou aplikací analgie rodičce anesteziologem. Rozhovor nemůže být, v souladu s platnou legislativou, nahrazen pasivním předáním informace textovou formou ani rozhovorem rodičky s porodníkem či porodní asistentkou.

Monitorace v průběhu a záznam průběhu porodní analgezie

1. Neuroaxiální i systémové metody tlumení porodní bolesti

V průběhu porodní neuroaxiální analgezie či analgezie remifentanilem musí být monitorovány a v pravidelných intervalech zaznamenávány vitální funkce rodičky (min. TK a pulz, u opioidní analgezie i D_r , SpO_2) a současně intenzita porodní bolesti (VAS, NRS, smile apod.). Iniciální záznam provede anesteziologický tým, pokud je průběh bez komplikací (obvykle po 15 minutách po zahájení), může být anesteziologem další monitorací pověřena porodní asistentka.

2. Formulář pro sledování průběhu porodní analgezie

Doporučujeme, aby každé pracoviště mělo vypracovaný formulář, který bude součástí zdravotnické dokumentace a který bude obsahovat minimálně indikaci analgezie, popis iniciální aplikace, průběh analgezie a její ukončení. Formulář by měl obsahovat i monitoraci vitálních funkcí a analgetické účinnosti v pevně stanovených intervalech.

Příprava a aplikace dalších dávek neuroaxiální či systémové porodní analgezie

Přípravu a aplikaci dalších dávek analgezie může zajistit anesteziologický tým či na základě písemného pověření a ordinace ve zdravotnické dokumentaci porodní asistentka.

Ukončení podávání neuroaxiální či systémové porodní analgezie

1. Kdo?

Ukončení porodní analgezie může indikovat kterýkoli člen peripartálního týmu včetně samotné rodičky. Vlastní ukončení podávání může zajistit anesteziologický tým či na základě písemného pověření ve zdravotnické dokumentaci porodní asistentka (včetně extrakce epidurálního katétru).

2. Kdy?

Ukončení podávání porodní analgezie může nastat po úspěšném porodu, při konverzi vaginálního porodu na porod císařským řezem, při výskytu komplikací spojených s aplikovanou analgetickou metodou a při výskytu závažných porodních komplikací.

3. Jak?

O ukončení podávání analgezie u porodu musí existovat písemný záznam ve zdravotnické dokumentaci rodičky, ze kterého bude patrné, kdy a z jakých důvodů byla metoda ukončena, kým bylo ukončení indikováno a provedeno. V případě extrakce epidurálního katétru by měl záznam obsahovat informaci o případných komplikacích extrakce včetně údaje o celistvosti extrahovaného katétru.

ZÁVĚR

Předložené doporučení vychází z dat studií OBAAMA a názorů členů výborů Sekce porodnické anestezie a analgezie ČSARIM a Sekce analgezie a intenzivní medicíny v porodnictví ČGPS. Může sloužit jako určitý základní návod pracovištím, která plánují rozšířit tlumení porodní bolesti a nejsou spokojena se současným stavem. Nemůže však v žádném případě zohlednit konkrétní provozní podmínky daného pracoviště.

LITERATURA

1. Štourač P. Obstetric Anaesthesia and Analgesia Month Attributes – reálná zpráva o anesteziologické praxi na českých porodních odděleních. *Anesteziologie a intenzivní medicína* 2013;24:81–82.
2. Štourač P, Bláha J, Nosková P, Grochová M, Firment J, Schwarz D, OBAAMA-INT Study Group. Preferred techniques for obstetric anaesthesia and analgesia in Czech and Slovak Republic in the year 2015 – prospective observational survey. *European Journal of Anaesthesiology* 2016;33(e-Suppl. 53):182–182.
3. Melzack R. The myth of painless childbirth (The John J. Bonica Lecture). *Pain* 1984; 19:321–337.
4. Štourač P, Bláha J, Nosková P, Klovová R, Seidlová D, Jarkovský J, Zelinková H. Analgezie u porodu v České republice v roce 2011 z pohledu studie OBAAMA-CZ – prospektivní observační studie. *Česká gynekologie* 2015;80:125–132.
5. Pařízek A. Porodnická analgezie a anestezie v České republice v roce 2002. *Anesteziologie a intenzivní medicína* 2004;6:291–293.
6. Pařízek A, Bláha J, Nosková P. Porodnická analgezie a anestezie v České republice v roce 2012. 20. výročí programu postgraduálního vzdělávání. *Česká Gynekologie* 2012;77(4):346–349.
7. Štourač P, Kuchařová E, Křikava I, Malý R, Kosinová M, Harazim H, Smékalová O, Bártíková I, Štouděk R, Janků P, Huser M, Wágnerová K, Haklová O, Hák L, Schwarz D, Zelinková H, Littnerová S, Jarkovský J, Gál R, Ševčík P. Establishment and evaluation of post caesarean acute pain service in a perinatal center: retrospective observational study. *Česká gynekologie* 2014;79:363–370.
8. Nosková P, Bláha J, Klovová R, Seidlová D, Štourač P, Pařízek A. Postpunkční cefalea v porodnictví. *Anesteziologie a intenzivní medicína* 2014;25:194–202.
9. Štourač P, Longauerová L, Táborský, J. Postpunkční syndrom. Výukový a publikační portál AKUTNĚ.CZ, ISSN 1803-179X. 2016 Dec 30. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/index.php?pg=vyukove-materialy--rozhodovaci-algoritmy&tid=97>
10. Štourač P, Harazim H, Kosinová M. Postavení remifentanilu v porodnické analgezi. *Anesteziologie a intenzivní medicína* 2014;25:281–287.
11. Štourač P, Bracháčková Z, Holečková P, Nedomová L. Porodní analgezie. Výukový a publikační portál AKUTNĚ.CZ, ISSN 1803-179X. 2016 Dec 30. Dostupné z: <http://www.akut->

ne.cz/index.php?pg=vyukove-materialy--rozhodovaci-algoritmy&tid=208

12. ASA and SOAP Task Force Group. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology* 2016;124:270-300. doi: 10.1097/ALN.0000000000000935.

Článek vznikl pod záštitou Sekce porodnické anestezie a analgezie ČSARIM ČLS JEP a Sekce analgezie a intenzivní medicíny v porodnictví ČGPS ČLS JEP a vyjadřuje názor členů výboru obou sekcí na uvedenou problematiku.

Práce je původní a nebyla publikována v jiném médiu ani není zaslána k recenznímu řízení do jiného média.

Autoři prohlašují, že nemají střet zájmů v souvislosti s tématem práce.

Všichni autoři rukopis četli, souhlasí s jeho zněním a zasláním do redakce časopisu *Anesteziologie a intenzivní medicína*.

Poděkování patří členům studijních skupin OBAAMA-CZ a OBAAMA-INT (jmenovitý seznam členů je na obaama.registry.cz).

Podpořeno grantem ČSARIM ČLS JEP (CSARIM201501) a institucionální podporou MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705).

Registrace: ClinicalTrial.gov ID: NCT02380586 (OBAAMA-INT) a NCT01830218 (OBAAMA-CZ)

Do redakce došlo dne 12. 1. 2017.

Do tisku přijato dne 30. 1. 2017.

Adresa pro korespondenci:

doc. MUDr. Petr Štourač, Ph.D.

e-mail: petr.stourac@gmail.com