

DOPORUČENÝ POSTUP – ZÁSADY DISPENZÁRNÍ PÉČE VE FYZIOLOGICKÉM TĚHOTENSTVÍ

- a) Těhotné s malým rizikem jsou pacientky bez rizikových faktorů v anamnéze a výsledky všech klinických i laboratorních vyšetření v průběhu gravidity jsou normální. Takové těhotenství označujeme jako fyziologické a dispenzární péče je poskytována:
- Do 36 týdne gravidity včetně v intervalu čtyř týdnů
 - Od 37 týdne do termínu porodu jedenkrát týdně

Těhotná může být předána do ambulantní péče pracoviště, které povede porod, již od 36.týdne gravidity, nejpozději však v termínu porodu.

- b) Těhotné se středním rizikem mají svou anamnézu zatíženu rizikovými faktory. Výsledky jejich vyšetření jsou normální, ale vyžadují opakování. Takové těhotenství označujeme jako rizikové. Frekvence návštěv je závislá na aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy. Objeví-li se ve sledování rizikových těhotných laboratorní výsledky mimo hranice fyziologie, musí být převedeny do třetí skupiny.
- c) Těhotné s vysokým rizikem mohou (ale nemusejí) mít v anamnéze rizikové faktory. Charakteristická je pro ně přítomnost patologických klinických či laboratorních výsledků, které definují konkrétní riziko. Do této skupiny patří i ženy, jejichž specifický medicínský problém definuje riziko již na počátku gravidity. Takové těhotenství označujeme jako patologické. Frekvence návštěv je zcela individuální.

Klinická a laboratorní vyšetření při poskytování prenatalní péče rozdělujeme na:

- Pravidelná – provádějí se při každé návštěvě gynekologa
- Nepravidelná – provádějí se pouze v určeném týdnu

Komplexní prenatalní vyšetření by mělo být provedeno nejpozději do konce 12. týdne těhotenství. Jeho nedílnou součástí je kromě pravidelně prováděných vyšetření i změření zevních pánevních rozměrů těhotné a vystavení těhotenské průkazky.

Pravidelná vyšetření:

- Podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné
- Zevní vyšetření těhotné s určením hmotnosti a krevního tlaku
- Chemická analýza moči
- Bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre

Nepravidelná vyšetření:

16. týden:

- Stanovení krevní skupiny + Rh faktoru
- Vyšetření titru erytrocytárních protilátek
- Stanovení hematokritu, počtu erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hladiny hemoglobinu
- Sérologické vyšetření HIV a HBsAg
- Sérologické vyšetření protilátek proti syfilis
- Biochemický screening VVV ve druhém trimestru
- Vyšetření močového sedimentu střední porce moči

18.-20.týden:

- První ultrazvukový screening plodu

24.-28.týden:

- Screening poruch glukózové tolerance

30.-32.týden:

- Vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a s krevní skupinou 0
- Stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hemoglobinu
- Sérologické vyšetření protilátek proti syfilis
- Sérologické vyšetření HBsAg a HIV – pouze výběrově
- Druhý ultrazvukový screening plodu

36.-37.týden:

- Detekce streptokoků skupiny B v pochvě

36., 37., 38., 39. a 40.týden:

- Kardiotokografický non-stress test (ve 36. a 37.týdnu je doporučen, v dalších týdnech již je povinný)

DOPORUČENÝ POSTUP PŘI PORODU VELKÉHO PLODU

Definice:

- Odhad hmotnosti plodu 4000-5000 g = velký plod = perinatální rizikový faktor
- Odhad hmotnosti plodu 5000 g a více = obrovský plod = perinatální patologie

Diagnóza velkého plodu:

- Neexistuje přesná metoda ke zjištění hmotnosti plodu.
- Čím více informací, tím přesnější je odhad

Rizikové faktory vzniku velkého plodu:

- Diabetes mellitus matky
- Váha před otěhotněním větší než 70 kg
- Obezita matky
- Matka vyšší než 175 cm
- Váhový přírůstek v graviditě vyšší než 15,5 kg
- Prodloužené těhotenství nad 41 týdnů
- Věk rodičky 35 let a více
- Multiparita více než 3 porody v anamnéze
- Hmotnost předchozího novorozence/ů větší než 4000 g
- Mužské pohlaví plodu
- Bílá rasa rodičky
- Zevní a vnitřní rozměry matky
- Zevní palpační vyšetření (+aspekce) a vaginální vyšetření
- Gravidometrie – hodnoty vybočující z pásma hmotnostní normy

UZ biometrie a odhad hmotnosti plodu je základní a relativně nejpřesnější metoda diagnózy velkého plodu s odchylkou v termínu porodu cca +/-500 g. Pozitivní predikce velkého plodu se pohybuje v rozmezí 50-60%.

Při indikaci metody ukončení těhotenství s velkým plodem je nutno znát:

- Způsob ukončení předchozího těhotenství pro susp.velký plod indukci, extrakční operací (forceps, VEX), císařským řezem

- Porodní trauma novorozence z předchozí gravidity se vztahem k nadměrné hmotnosti (následky dystokie ramének, peripartální hypoxie a další)
- Rizikové faktory vzniku velkého plodu (viz. výše)
- Odhad hmotnosti plodu stávající gravidity

Ukončení těhotenství s velkým plodem:

- Předtermínová indukce porodu při odhadu hmotnosti plodu 4000 g a více. Musí být splněny podmínky k indukci porodu (cervix skóre větší než 5 bodů, pokud ne, je indikována preindukce) a vyloučeny kontraindikace vaginálního vedení porodu (kefalopelvický nepoměr, placenta praevia, ...)
- Primární císařský řez je indikován v případech císařského řezu v anamnéze, při známkách kefalopelvického nepoměru, při PPKP, u diabetu matky, při zatížené anamnéze (viz. výše) a odhadu hmotnosti plodu více než 4500 g.
- Expektační přístup při diagnóze velkého plodu se nedoporučuje (další zvětšování makrosomie plodu, vzniku primárně a sekundárně slabé děložní činnosti, vyšší frekvenci porodnických operací, rizika vzniku dystonie ramének, porodních poranění a rizika vzniku děložní hypotonie ve III. době porodní).