

DOPORUČENÉ POSTUPY V PERINATOLOGII

1. DOPORUČENÝ POSTUP – ZÁSADY DISPENZÁRNÍ PÉČE VE FYZIOLOGICKÉM TĚHOTENSTVÍ

Byl poprvé publikován v České gynekologii, 70, 2005, č. 6, s. 460-461, a v Moderní gynekologii a porodnictví, 16, 2007, č. 1, supplementum A, březen.

Od té doby doznal některých změn – v roce 2007 byla revidována povinnost prvního testování HIV a HBsAg.

Autor
V. Unzeitig

Oponenti
Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP
Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti
ČGPS ČLS JEP

První revize 2007 (HIV, HBsAg)

Autoři
A. Měchurová, M. Staňková, J. Záhumenský

Oponenti
Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP
Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti
ČGPS ČLS JEP

Následující přehled vymezuje nepodkročitelnou, tedy základní frekvenci a rozsah péče u žen s fyziologicky probíhajícími těhotenstvími. Nebudou-li doporučený obsah a frekvence vyšetření realizovány, péče bude označena za non lege artis.

Abychom co nejlépe a nejpřesněji vymezili skupinu žen, kterým bude níže uvedená péče určena, rozdělíme všechny těhotné na tři základní skupiny podle možného rozsahu těhotenského rizika:

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 prenatální 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, nejpозději však v termínu porodu.

b) **Těhotné se středním rizikem** mají svoji anamnézu zatíženu rizikovým 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 nemusí) 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 prenatální péče rozdělujeme na:

- pravidelná (provádějí se při každé návštěvě gynekologa),
- nepravidelná (provádějí se pouze v určeném týdnu těhotenství).

Komplexní prenatální 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,
- od 24. týdne gravidity detekce známek vitality plodu.

Nepravidelná vyšetření

16. týden:

- stanovení krevní skupiny + Rh faktoru,
- vyšetření titru erytrocytárních protilátek,
- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i 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 (blíže viz Doporučení k provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě).

30.–32. týden:

- vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a s krevní skupinou 0,
- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu,
- sérologické vyšetření protilátek proti syfilis,
- sérologické vyšetření HBsAg a HIV – pouze výběrově,
- druhý ultrazvukový screening plodu.

DOPORUČENÉ POSTUPY V PERINATOLOGII

36.–37. týden:

- detekce streptokoků skupiny B v pochvě.

36., 37., 38., 39. a 40. týden:

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

Ostatní vyšetření zde neuvedená překračují rámec dispenzární péče o fyziologické těhotenství.

Vysvětlení ke změnám v doporučeném postupu – testování na HIV

Původně bylo doporučeno sérologické vyšetření HIV pouze ve 30.–32. týdnu gravidity. Rutinní testování těhotných žen na HIV je v České republice povinné ze zákona (zákon č. 258/2000 Sb., § 71 odst. 2, písmeno a) o vyšetřování na HIV bez souhlasu fyzické osoby – platí i o těhotných ženách). Vyšetření má provést lékař těhotenské poradny „při první návštěvě těhotné ženy této poradny a v odůvodněných případech zvýšeného rizika i v posledním trimestru těhotenství“ (Věstník MZ ČR 2003, částka 8, 2–13).

Co nejčasnější detekování infekce a následná aplikace kombinace antiretrovirové léčby těhotné ženě výrazně ovlivní perinatální transmissi HIV.

Doporučili jsme proto přesunout sérologické vyšetření HIV + HBsAg mezi vyšetření na začátek gravidity, nejdéle do 16. týdne gravidity. Další vyšetření již neprovádět, výjimkou jsou pouze vysoce rizikové pacientky.

Vysvětlení ke změnám v doporučeném postupu pro screening hepatitidy B v těhotenství

Poznání HBsAg statutu matky je zásadní pro včasnou imunizaci novorozence, HBsAg pozitivita však nijak

nemění management péče o těhotnou ženu. HBsAg pozitivita ženy nemá vliv na způsob a místo vedení porodu. Pro diagnostiku virové hepatitidy B podle doporučeného postupu stačí pozitivita HBsAg, jiné markery VHB není třeba v těhotenství vyšetřovat ani při HBsAg pozitivitě.

- Screening HBsAg se provádí v I. trimestru těhotenství, abychom znali statut i u eventuálního předčasného porodu.
- U těhotných žen, kterým v důsledku nedostatečné prenatalní péče nebyl stanoven HBsAg v I. trimestru, se nabírá krev k vyšetření kdykoli v těhotenství, u rodičky s neznámým HBsAg statutem vyšetřujeme HBsAg za porodu.
- U HBsAg pozitivních žen zjištěných v I. trimestru není nutný opakovaný odběr pro HBsAg ve III. trimestru, protože u více než 90 % žen přetrvává nosičství HBV po celou dobu gravidity.
- U HBsAg negativních žen provádíme opakování odběru ve III. trimestru jenom v případech s vysokým rizikem infekce v průběhu těhotenství (i.v. drogy, rizikové sexuální chování) nebo u žen s podezřením na expozici.

Depistáž syfilis

Vyhláška 195/2000 Sb., část I. – Předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění (je právně závazná): ...lékař dále provádí klinické a sérologické vyšetření na příjici s použitím jedné nespecifické a jedné specifické reakce u všech těhotných žen ve třetím a sedmém měsíci těhotenství, u pupečnickové krve každého novorozence, u každé ženy před provedením interrupce.