

ZÁSADY DISPENZÁRNÍ PÉČE VE FYZIOLOGICKÉM TĚHOTENSTVÍ

Doporučený postup

České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS)
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP)

Pracovní skupina: Unzeitig V., Měchurová A., Ľubušký M., Velebil P., Dvořák V.

Materiál je konsenzuálním stanoviskem sekcí ČGPS ČLS JEP

Oponenti: výbor Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny ČGPS ČLS JEP
výbor Sekce ultrazvukové diagnostiky ČGPS ČLS JEP
výbor Sekce ambulantních gynekologů ČGPS ČLS JEP
výbor ČGPS ČLS JEP

Revize doporučeného postupu ČGPS ČLS JEP ze dne 17. 5. 2012,
publikovaného v Čes. Gynek. 2012, 77, č. 3, s. 265-266.
Schváleno výborem ČGPS ČLS JEP dne 11. 12. 2015.

DEFINICE POJMŮ

GRAVIDITA

Nuligravida je žena, která dosud nebyla těhotná.

PARITA

Nulipara je žena, která dosud nerodila.

GESTAČNÍ STÁŘÍ

Vyjadřuje se:

- nejlépe přesně, tedy v ukončených týdnech a dnech (např. 40+0),
- pokud pouze v týdnech, pak se zásadně hovoří o dokončených týdnech (completed weeks) těhotenství (např. dokončený 27. týden je 27+0 až 27+6 atd.),
- občas se používá „probíhající týden“ (např. probíhající 28. týden je 27+0 až 27+6 atd.), pro možnost záměny s dokončenými týdny je však nejlépe používat vyjadřování v týdnech a dnech.

NÁSLEDUJÍCÍ PŘEHLED VYMEZUJE ZÁKLADNÍ FREKVENCÍ KONTROL A ROZSAH PÉČE U ŽEN S FYZIOLOGICKY PROBÍHAJÍCÍM TĚHOTENSTVÍM

Při prvním vyšetření v těhotenské poradně rozhodne ošetřující lékař na základě získaných anamnestických údajů a aktuálního klinického nálezu o míře případného rizika a těhotnou zařadí do některé ze tří následujících skupin:

- 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 prenatalní péče je poskytována:
- do 36. týdne gravidity včetně v intervalu 4–6 týdnů (optimálně 1× měsíčně),
 - od 37. týdne gravidity do termínu porodu jedenkrát týdně.

Těhotná může být předána do ambulantní péče zdravotnického zařízení, které povede porod, po vzájemné dohodě – nejpozději však v termínu porodu. Péče o potermínové těhotenství (blíže viz doporučený postup **Potermínové těhotenství**) v ambulanci registrujícího gynekologa je možná na základě jeho dohody se zdravotnickým zařízením ústavní péče, kde bude žena rodit.

b) Těhotné se středním rizikem mají svoji 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. O rozsahu a frekvenci laboratorních či konziliárních vyšetření rozhoduje ošetřující gynekolog podle charakteru a závažnosti rizikového faktoru.

e) 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 i rozsah laboratorních či konziliárních vyšetření jsou zcela individuální a rozhoduje o nich ošetřující gynekolog podle charakteru a závažnosti klinického stavu těhotné.

Klinická a laboratorní vyšetření při poskytování prenatalní péče rozdělujeme na:

- **pravidelná** (provádějí se při každé návštěvě těhotenské poradny),
- **nepřavidelná** (provádějí se pouze v určeném týdnu těhotenství).

PRAVIDELNÁ VYŠETŘENÍ

- sběr anamnestických údajů a určení míry rizika
- zevní vyšetření těhotné s určením hmotnosti a krevního tlaku
- chemická analýza moči
- bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre (dle zvažení lékaře)
- detekce známek vitality plodu

NEPRAVIDELNÁ VYŠETŘENÍ

Komplexní prenatalní vyšetření do 14. týdne

Jeho nedílnou součástí je kromě pravidelně prováděných vyšetření i vystavení těhotenské prů-

kazky s podrobnou informací o dalším průběhu prenatalní péče.

Těhotné ženě by měl být nabídnut screening nejčastějších morfologických a chromozomálních vrozených vad plodu a poskytnuta informace o metodách screeningu, poskytovatelích i formě úhrady. Preferován by měl být kombinovaný (biochemický a ultrazvukový) screening v I. trimestru těhotenství, zatím však není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Invasivní metody prenatalní diagnostiky na základě vyhodnocení výsledku screeningu indikuje a provádí pouze gynekolog.

Laboratorní vyšetření do 14. týdne:

- stanovení krevní skupiny RhD (blíže viz **Doporučení k provádění prevence RhD aloimunitace u RhD negativních žen**),
- screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek,
- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu,
- sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis,
- glykémie na lačno (blíže viz doporučený postup **Gestační diabetes mellitus**).

Ultrazvukové vyšetření do 14. týdne

Písenná zpráva musí zhodnotit:

- počet plodů, u vícečetného těhotenství choriocititu a amnionicitu (blíže viz doporučený postup **Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče o vícečetná těhotenství**),
- vitalitu,
- biometrii, při které je měřen parametr CRL (obrazová dokumentace je podmínkou výkonu) – naměřenou hodnotu je nutno uvést i v milimetrech, podle ní je určen termín porodu = DATACE těhotenství.

Ultrazvukové vyšetření ve 20.–22. týdnu

Písenná zpráva musí zhodnotit:

- počet plodů, u vícečetného těhotenství viz doporučený postup **Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče o vícečetná těhotenství**,
- vitalitu,
- biometrii, při které jsou měřeny parametry BPD, HC, AC a FL, (při diskrepanci mezi výsledky biometrie plodu a datací gravidity dle CRL v I. trimestru je nutné zajistit adekvátní konzultaci pacientky se stanovením dalšího postupu na pracovišti s odborností „gynekologie a porodnictví“ – 603),

- morfologii plodu (se zápisem „bez zjištěných morfologických abnormalit plodu“),
- lokalizaci placenty (zasahuje-li placenta do dolního děložního segmentu, nutno změřit vzdálenost dolního pólu od vnitřní branky, event. přesah vnitřní branky),
- množství plodové vody.

Orální glukózový toleranční test ve 24.-28. týdnu

(blíže viz doporučený postup *Gestační diabetes mellitus*).

Antepartální profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen od 28. týdne

(blíže viz *Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen*).

Laboratorní vyšetření ve 27.-32. týdnu:

- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu (sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis se provádí pouze výběrově).

Ultrazvukové vyšetření ve 30.-32. týdnu

Písemná zpráva musí zhodnotit:

- počet plodů, u vícečetného těhotenství viz doporučený postup *Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče o vícečetná těhotenství*,

- vitalitu,
- polohu plodu,
- biometrii, při které jsou měřeny parametry BPD, HC, AC a FL, (při poloze plodu koncem pánevním je nutné změřit obvod hlavičky, při diskrepanci mezi výsledky biometrie plodu a datací gravidity dle CRL v I. trimestru je nutné zajistit adekvátní konzultaci pacientky se stanovením dalšího postupu na pracovišti s odborností „gynekologie a porodnictví“ - 603),
- lokalizaci placenty (zasahuje-li do dolního děložního segmentu, nutno změřit vzdálenost dolního pólu od vnitřní branky, event. přesah vnitřní branky),
- množství plodové vody.

Vaginorektální detekce streptokoků skupiny B ve 35.-37. týdnu

(blíže viz doporučený postup *Diagnostika a léčba streptokoků skupiny B v těhotenství a za porodu*).

Kardiotokografický non-stress test nejpozději od 40. týdne (40+0)

(blíže viz *Interpretace fetálního kardiotokogramu dle FIGO*, blíže viz doporučený postup *Potermínové těhotenství*).

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