

reprodukčního chování. Vyšší vzdělání a rozšíření kontracepce vedou k oddálení koncepce, což znamená výhodu pohledu kulturního, ekonomického i z pohledu rovnoprávnosti pohlaví, ale biologicky se jedná jednoznačně o nevýhodu.

Redukci mateřské a fetální mortality u případů těhotenství s kefalopelvickým nepoměrem přináší systematické využívání císařských řezů. Nakolik tím medicína zasahuje do přirozeného výběru? Matematický model (Mitteroecker P, et al. PNAS 2017), který pracuje s ženami, jež se samy narodily pomocí císařského řezu, tzn. přenášejí zděděné dispozice do dalších generací, a kte-

rý predikuje evoluční odpověď na mateřské a fetální rozměry, došel k závěru, že od 50. let minulého století, kdy se císařské řezy provádějí rutinně, je populace zatížena nárůstem případů fetopelvické disproporce o 10 %.

Přesto nelze vnímat medicínu (císařský řez) jako snahu, která chce porazit a překonat přirozený výběr. Rozvoj medicíny naopak představuje integrální součást přirozeného výběru (Steer P. BJOG 1998). Aktuální vzestup počtu císařských řezů lze tedy interpretovat jako důsledek nepoměru mezi evolučním výběrem a stávajícím životním způsobem. *red*

# Dispenzární péče o těhotnou – jak dále?

Z prezentace prof. MUDr. Marka Lubušského, Ph.D., MHA

Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc

V letošním roce ČGPS ČLS JEP publikovala sérii nových doporučených postupů, týkajících se mj. i dispenzární péče o těhotné ženy. Přinášíme vám některé základní body z uvedených doporučení (podrobně jsou k dispozici na [www.gynultrazvuk.cz](http://www.gynultrazvuk.cz)), které jsou konsenzuálním stanoviskem všech zúčastněných sekcí odborné společnosti a jež zohledňují nejen aspekty medicínské, ale i organizační, ekonomické a forenzní.

## DOPORUČENÍ Č. 1: ZÁSADY DISPENZÁRNÍ PÉČE V TĚHOTENSTVÍ

Doporučený postup mj. vymezuje základní frekvenci kontrol a rozsah péče, tedy pravidelná a nepravidelná vyšetření. V souladu s WHO nově dělí těhotné do skupin s nízkým rizikem (dispenzární péče je poskytována do 34. týdne v intervalu 4–6 týdnů, poté do termínu porodu 1× za 1–2 týdny) a s definovaným konkrétním rizikem, které mají nástavbovou péči nad rámec té dispenzární (frekvence návštěv a rozsah vyšetření jsou individuální).

Pokud se týká nepravidelných vyšetření, jsou zmíněna následující:

- › Komplexní prenatalní vyšetření do 14. týdne – těhotné by měl být mj. nabídnut *kombinovaný screening v 1. trimestru těhotenství*, který však stále není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Preferován by měl být screening nejen nejčastějších vrozených (morfologických a chromosomálních) vad plodu, ale i rizika rozvoje preeklampsie a růstové restrikce plodu. Tento koncept ostatně podporuje i mezinárodní iniciativa International Federation of Gynecology and Obstetrics, neboť u žen s rizikem rozvoje preeklampsie je prokazatelně efektivní podávání kyseliny acetylsalicylové.

- › Laboratorní vyšetření do 14. týdne – screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek by měl být prováděn pouze v začátku těhotenství a neměl by být opakován.
- › Ultrazvukové vyšetření do 14. týdne.
- › Ultrazvukové vyšetření ve 20.–22. týdnu – těhotné může být nabídnuto *Podrobné hodnocení morfologie plodu ve 2. trimestru těhotenství*, zatím však není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění
- › Orální glukózový toleranční test ve 24.–28. týdnu.
- › Antepartální profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen od 28. týdne.
- › Laboratorní vyšetření ve 28.–34. týdnu – kontroverze vzbuzuje opakované vyšetření na syfilis, které určuje platný právní předpis. ČGPS ČLS JEP jej však nepovažuje za indikované.
- › Ultrazvukové vyšetření ve 30.–32. týdnu.
- › Vaginorektální detekce streptokoků skupiny B v 35.–37. týdnu.
- › *Ultrazvukový screening růstové restrikce plodu ve 36.–37. týdnu* – může být těhotné nově nabídnut, není však hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- › Kardiotokografický non-stress test nejpozději od 40. týdne (40 + 0).

**DOPORUČENÍ Č. 2:****POTERMÍNOVÉ TĚHOTENSTVÍ (OD TÝDNE 40 + 0)**

- › Z hlediska dispenzární péče je zdůrazněna potřeba, že by termín porodu měl být určen podle ultrazvukového (UZ) biometrie v 1. trimestru těhotenství.
- › Těhotné může být nabídnuta možnost Hamiltonova hmatu od týdne 38 + 0.
- › Těhotná může být po vzájemné dohodě předána do ambulantní péče zdravotnického zařízení, které povede porod.
- › Pravidelná vyšetření v těhotenské poradně od týdne 40 + 0 by měla probíhat alespoň 2× týdně.
- › Těhotná by měla být předána do ambulantní péče zdravotnického zařízení, které povede porod, nejpozději v týdnu 41 + 0 (bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix skóre je již obligatorní; UZ vyšetření nikoli, ale je vhodné; korigován by měl být termín porodu).
- › Mezi týdny 41 + 0 a 42 + 0 by měly být podnikány kroky k ukončení těhotenství a nabízena preindukce/indukce porodu.
- › Těhotenství by mělo být ukončeno do týdne 42 + 0.
- › Každé zdravotnické zařízení, které povede porod, by mělo mít vypracován metodický postup pro plánování indukce porodu.
- › Preventivní hospitalizace pro „potermínové těhotenství“ není indikována.

**DOPORUČENÍ Č. 3:****PRAVIDELNÁ ULTRAZVUKOVÁ VYŠETŘENÍ V PRŮBĚHU PRENATÁLNÍ PÉČE**

- › UZ vyšetření do 14. týdne (zdravotní výkon 63417) – písemná zpráva musí mj. zhodnotit počet plodů (u vícečetného těhotenství určit chorionicitu a amnionicitu) a dataci těhotenství (určit termín porodu podle parametru CRL, jehož naměřenou hodnotu je nutno uvést i milimetrech).
- › UZ vyšetření ve 20.–22. týdnu, event. v 18.–23. týdnu (zdravotní výkon 63411) – písemná zpráva musí mj. zhodnotit biometrii, vypočtenou odhadovanou hmotnost plodu a jeho morfologii se zápisem „bez zjištěných morfologických abnormalit plodu“.
- › UZ vyšetření ve 30.–32. týdnu (zdravotní výkon 63413) – písemná zpráva musí mj. zhodnotit biometrii, vypočtenou odhadovanou hmotnost plodu (je nutné vyloučit/diagnostikovat malý plod – zpomalení růstu plodu) a lokalizaci placenty.

**DOPORUČENÍ Č. 4:****PODROBNÉ HODNOCENÍ MORFOLOGIE PLODU PŘI ULTRAZVUKOVÉM VYŠETŘENÍ VE 20.–22. TÝDNU TĚHOTENSTVÍ**

- › Patří k nejdůležitějším vyšetřením v průběhu těhotenství (exaktně jsou popisovány jednotlivé systémy a parametry; nález normální, abnormální, nedaří se zobrazit).
- › V doporučeném postupu je uveden přehled parametrů, které mají být hodnoceny, jak je popisuje International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology a The Fetal Medicine Foundation. Podrobný výklad a popis metodiky vyšetření je k dispozici v monografii Doporučená ultrazvuková vyšetření v těhotenství.

Pravidelná UZ vyšetření provádí vždy registrující gynekolog, specializovaná pak specializované pracoviště (může být taktéž registrující gynekolog nebo porodnice). Jedná se o „Specializované zdravotní služby u rizikových těhotných“: superkonziliární UZ vyšetření v průběhu prenatální péče (zdravotní výkon 63415) a specializované vyšetření srdce plodu dětským kardiologem



(zdravotní výkon 32420). Dále sem patří „Specializované screeningové zdravotní služby“, které nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění: kombinovaný screening v 1. trimestru, podrobné hodnocení morfologie plodu ve 2. trimestru a UZ screening růstové restrikce plodu v 36.–37. týdnu.

Z hlediska optimální prenatální péče by každá žena měla podstoupit kombinovaný screening v 1. trimestru, nejlépe se zaměřením nejen na vrozené vady plodu, ale i na preeklampsii a růstovou restrikci plodu, dále podrobné hodnocení morfologie plodu ve 20.–22. týdnu a růstové restrikce plodu ve 36.–37. týdnu. Od týdne 40 + 0 by i těhotné s nízkým rizikem měly mít proveden kardiokografický non-stress test a od týdne 41 + 0 by měly být vždy předány do porodnice. V současnosti dispenzární prenatální péči zajišťuje registrující gynekolog, a to až do týdne 41 + 0, pokud má k dispozici kardiokografický přístroj. Porodnice by však měla mít o sledování těhotné zájem již před termínem porodu (v 36.–37. týdnu), mj. i proto, aby ověřila, zda se nejedná o rizikové těhotenství a event. stanovila další strategii postupu péče.

*red*