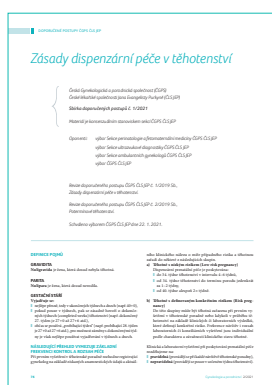


GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ

REPRINT / GYN POR 2021;5(2):65;68–75;76–77;123–124



DOPORUČENÝ POSTUP ČESKÉ
GYNEKOLOGICKÉ A PORODNICKÉ
SPOLEČNOSTI ČLS JEP

Zásady dispenzární péče v těhotenství

**Metodika organizace *Komplexní péče o těhotnou ženu*
v České republice**

Lubušký M., Kacerovský M., Pařízek A., Dvořák V., Jankův M., Šmehlík D.

**Inovace komplexní péče o těhotnou ženu v ČR –
krátce, stručně, aktuálně**

Redakčně zpracované shrnutí prezentace

VYDÁVÁ

MED BAY

Komplexní péče o těhotnou ženu

Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČGOPS ČLS JEP) v lednu 2021 schválila a publikovala revizi doporučených postupů č. 1/2019 Sb., Zásady dispenzární péče v těhotenství a č. 2/2019 Sb., Potermínové těhotenství, při které došlo k jejich logickému sloučení do jednoho doporučeného postupu ČGOPS ČLS JEP č. 1/2021 Sb., *Zásady dispenzární péče v těhotenství*.

Nový doporučený postup přehledně a chronologicky shrnuje dispenzární prenatalní péči o těhotnou ženu od I. trimestru až do porodu a jsou zde uvedeny i *Specializované screeningové zdravotní služby*, jejichž provedení však zatím není obligatorní součástí dispenzární prenatalní péče. Nově již není obligatorní provedení *antepartálního fetálního kardiokogramu*, a naopak se stává obligatorním provedení *Zaevidování těhotné ženy do porodnice (optimálně v 36.–37. týdnu)*, nejedná se však o předání těhotné ženy do porodnice.

Výše uvedené doporučené postupy byly již publikovány v novém elektronickém formátu PDF a jsou k dispozici volně ke stažení na webových stránkách odborné společnosti (www.cgops.cz). V tištěné podobě se můžete seznámit s novým doporučeným postupem

v plném znění rovněž uvnitř tohoto čísla časopisu *Gynekologie a porodnictví*.

Revizi výše uvedených doporučených postupů vnímáme jako další krok směrem vpřed v organizaci „Komplexní péče o těhotnou ženu“. Stále se sice jedná o „malý krok pro lidstvo“, ale rozhodně se jedná o další „velký krok pro těhotné ženy v České republice“.

V rámci spolupráce odborné společnosti (ČGOPS ČLS JEP) s plátcí zdravotní péče (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR) je plánována rovněž společně organizovaná přestavba a spoluadministrace webu GynUltrazvuk.cz. Cílem je možnost prezentace a publikace důležitých materiálů pro odbornou i laickou veřejnost a funkční propojení následujících registrů: „Lékaři garantující odbornost“, „Zdravotnická zařízení“ a „Zdravotní služby“.

Prof. MUDr. Marek Lubušký, Ph.D., MHA

Prof. MUDr. Marian Kacerovský, Ph.D.

Prof. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.

MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.

Ing. Miroslav Jankůj, Ph.D.

Ing. David Šmehlík, MHA

Zásady dispenzární péče v těhotenství

Česká Gynekologická a porodnická společnost (ČGPS)
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP)

Sbírka doporučených postupů č. 1/2021

Materiál je konsenzuálním stanoviskem sekce 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 č. 1/2019 Sb.,
Zásady dispenzární péče v těhotenství.

Revize doporučeného postupu ČGPS ČLS JEP č. 2/2019 Sb.,
Potermínové těhotenství.

Schváleno výborem ČGPS ČLS JEP dne 22. 1. 2021.

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

Při prvním vyšetření v těhotenské poradně rozhodne registrující gynekolog na základě získaných anamnestických údajů a aktuál-

ního klinického nálezu o míře případného rizika a těhotnou zařadí do některé z následujících skupin.

a) Těhotné s nízkým rizikem (Low risk pregnancy)

Dispenzární prenatalní péče je poskytována:

- do 34. týdne těhotenství v intervalu 4–6 týdnů,
- od 34. týdne těhotenství do termínu porodu jedenkrát za 1–2 týdny,
- od 40. týdne alespoň 2× týdně.

b) Těhotné s definovaným konkrétním rizikem (Risk pregnancy)

Do této skupiny může být těhotná zařazena při prvním vyšetření v těhotenské poradně nebo kdykoli v průběhu těhotenství na základě klinických či laboratorních výsledků, které definují konkrétní riziko. Frekvence návštěv i rozsah laboratorních či konziliárních vyšetření jsou individuální 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),
- **nepravidelná** (provádějí se pouze v určeném týdnu těhotenství).

PRAVIDELNÁ VYŠETŘENÍ

- sběr anamnestických údajů a určení míry rizika
- zevní vyšetření těhotné, stanovení hmotnosti a krevního tlaku
- chemické vyšetření moči proužkem (stanovení bílkoviny a cukru)
- podle zvážení lékaře bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre
- detekce známek vitality plodu

NEPRAVIDELNÁ VYŠETŘENÍ

Komplexní prenatalní vyšetření do 14. týdne

Jeho nedílnou součástí je kromě pravidelně prováděných vyšetření i vystavení těhotenské průkazky s podrobnou informací o dalším průběhu prenatalní péče.

Těhotné ženě by měl být nabídnut screening nejčastějších morfologických a chromosomálních 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 aloimunizace u RhD negativních žen*),
- screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek,
(blíže viz *Management těhotenství s rizikem rozvoje hemolytické nemoci plodu a novorozence*),
- stanovení hematokritu, hladiny hemoglobinu, počtu erytrocytů, leukocytů a trombocytů,
- sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis,
- glykémie na lačno
(blíže viz *doporučený postup Gestační diabetes mellitus*).

Ultrazvukové vyšetření do 14. týdne

(blíže viz *doporučený postup Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče*).

Ultrazvukové vyšetření ve 20.–22. týdnu

(blíže viz *doporučený postup Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče*).

Těhotné ženě může být nabídnuto **Podrobné hodnocení morfologie plodu ve II. trimestru těhotenství** (blíže viz *doporučený postup Podrobné hodnocení morfologie plodu při ultrazvukovém vyšetření ve 20.–22. týdnu těhotenství*) a poskytnuta informace o poskytovatelích i formě úhrady. Podrobné hodnocení morfologie plodu ve II. trimestru těhotenství však zatím není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

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 28.–34. týdnu:

- stanovení hematokritu, hladiny hemoglobinu, počtu erytrocytů, leukocytů a trombocytů,
- dle platného právního předpisu by mělo být znovu provedeno klinické a sérologické vyšetření na syfilis s použitím jedné nespecifické a jedné specifické reakce
(blíže viz *Sbírka zákonů č. 306/2012 Sb. a novela Sbírky zákonů č. 244/2017 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče; odborná společnost ČGPS ČLS JEP však nepovažuje toto vyšetření za indikované*).

Ultrazvukové vyšetření ve 30.–32. týdnu

(blíže viz *doporučený postup Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče*).

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

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

Těhotné ženě může být nabídnut **Ultrazvukový screening růstové restrikce plodu ve 36.–37. týdnu** a poskytnuta informace o poskytovatelích i formě úhrady. Ultrazvukový screening růstové restrikce plodu ve 36.–37. týdnu však zatím není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Zaevidování těhotné ženy do porodnice (optimálně ve 36.–37. týdnu).

Ženám může být nabídnuta možnost Hamiltonova hmatu od týdne 38+0 po prodiskutování rizik a přínosů.

Podle zvážení lékaře kardiokografický non-stress test – od 40. týdne (40+0).

Těhotná může být předána do ambulantní péče zdravotnického zařízení, které povede porod, po vzájemné dohodě – nejpozději však v týdnu 41+0.

Mezi týdny 41+0 a 42+0 by měly být podnikány kroky k ukončení těhotenství. Ženám by měla být nabízena preindukce/indukce porodu. Tento postup vede ke snížení perinatální mortality bez nárůstu počtu císařských řezů.

Těhotenství by mělo být ukončeno do týdne 42+0.

Každé zdravotnické zařízení, které povede porod by si mělo vypracovat metodický postup pro plánování indukce porodu podle možnosti daného zdravotnického zařízení.

Ostatní vyšetření zde neuvedená překračují rámec dispenzární péče v těhotenství.

Metodika organizace *Komplexní péče o těhotnou ženu* v České republice

Lubušký M.¹, Kacerovský M.², Pařízek A.³, Dvořák V.⁴, Jankův M.⁵, Šmehlík D.⁵

¹ Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc

² Porodnická a gynekologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

³ Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

⁴ Centrum ambulanti gynekologie a primární péče, Brno

⁵ Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Praha

ÚVOD

Metodika organizace „**Komplexní péče o těhotnou ženu**“ v České republice je koncipována v rámci spolupráce registrujícího gynekologa, specializovaných zdravotnických pracovišť a porodnice a je v souladu s nově publikovanými doporučenými postupy České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČGOPS ČLS JEP) i aktuálně platnými úhradovými mechanismy.

Cílem je zohlednit nejen hledisko medicínské, ale i organizační, legislativní a ve spolupráci s plátcí zdravotní péče i hledisko ekonomické.

ČGOPS ČLS JEP schválila a publikovala celkem 42 aktuálně platných doporučených postupů, které řeší problematiku organizace „**Komplexní péče o těhotnou ženu**“ (tabulka 1).

Problematiku „**Dispenzární prenatalní péče**“ řeší jen tři z nich: č. 1/2021 Sb., Zásady dispenzární péče v těhotenství, č. 3/2019 Sb., Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče a č. 4/2019 Sb., Podrobné hodnocení morfologie plodu při ultrazvukovém vyšetření ve 20.–22. týdnu těhotenství.

Vzájemně se komplementárně doplňují a materiál je konsenzuálním stanoviskem sekce ČGOPS ČLS JEP: Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny (SPFM), Sekce ultrazvukové diagnostiky (SUD) a Sekce ambulanti gynekologů (SAG).

Zbývajících 39 doporučených postupů řeší problematiku „**Prenatalní péče a vedení porodu**“ převážně u rizikových těhotných nad rámec „**Dispenzární prenatalní péče**“.

Při tvorbě metodiky organizace „**Komplexní péče o těhotnou ženu**“ je velmi důležitá spolupráce **odborné společnosti, poskytovatelů a plátců zdravotní péče**.

Při následné implementaci do klinické praxe je velmi důležitá spolupráce **registrujícího gynekologa, specializovaných pracovišť a porodnice**. Jednotlivé role by měly být komplementární, nikoliv kompetitivní, a klíčová je logicky role registrujícího gynekologa, který by měl být koordinátorem péče o ženu i v době, kdy není těhotná, podobně jako praktický lékař. Tato role však přináší registrujícímu gynekologovi nejen kompetence, ale i zodpovědnost, a to nejen z hlediska medicínského, organizačního a ekonomického, ale i z hlediska legislativního. Specializovaná zdravotnická pracoviště a porodnice hrají v organizaci péče o ženu roli velmi důležitou, ale vždy by měla být komplementární (**schéma 1**).

Důležité je proto nejen uvědomění si rolí, ale především následná kultivace vztahů v rámci jednoho týmu (jedné odbornosti – gynekologie a porodnictví), jehož cílem je zajistit co možná nejlepší „**Komplexní péči o těhotnou ženu**“. Jinak řečeno, o těhotné ženy – „**klientky**“ (klientkami jsou vždy, ale jen některé jsou i pacientkami) bychom v rámci jednotlivých rolí neměli soutěžit, ale naopak se vzájemně doplňovat. Měli bychom jít příkladem alespoň v rámci naší odbornosti a následná kultivace vztahů s dalšími komplementárními odbornostmi (biochemie, genetika, dětská kardiologie atd.) na sebe jistě nenechá dlouho čekat.

Ilustrační modelový příběh o Těhotné ženě, Registrujícím gynekologovi, Specializovaném zdravotnickém pracovišti a Porodnici aneb „**Hra není složitá**“

Pokud jde o kompetence a zodpovědnost jednotlivých rolí, tak s trochou nadsázky si lze „**Registrujícího gynekologa**“ představit jako rodiče (zákonného zástupce) a „**Těhotnou ženu**“ jako nezletilou dceru, která zahájila povinnou školní docházku. V domácím prostředí své ordinace zajišťuje rodič dispenzární prenatalní péči a současně dcera dochází i do školy (Specializované zdravotnické pracoviště) a na závěr jede na školní výlet nebo do školy v přírodě (Porodnice), odkud se nakonec vrátí po prázdninách (šestinedělí) zcela v pořádku zpět domů.

Paní učitelka ve škole se při výuce řídí osnovami a nenastane-li komplikace, není nutné rodiče informovat jinak než při pravidelných třídních schůzkách nebo na webovém portálu školy. Není však možné, aby paní učitelka při hodině nabyla pocitu, že dcera by si měla zajít k zubaři a rovnou ji tam během hodiny nebo cestou ze školy poslala, aniž by informovala rodiče a domluvila se s ním na dalším postupu. Stejně tak by paní učitelka měla informovat rodiče v případě, když se dceři při výuce udělá nevolno nebo bude mít jiné potíže, které nezvládne vyřešit v rámci svých kompetencí.

Pokud rodič nebude s rolí paní učitelky spokojen, bude pravděpodobně kontaktovat paní učitelku nebo rovnou ředitele školy. Ředitel školy se buďto podaří situaci vyřešit ke spokojenosti rodiče, nebo je velmi pravděpodobné, že dcera na základě rozhodnutí rodiče začne chodit do jiné školy.

A o roli dalších komplementárních odborností (biochemie, genetika, dětská kardiologie atd.) snad raději až někdy příště... nebo snad, že by dcera bez vědomí rodiče, ale s vědomím pana ředitele chodila za školu, nebo tak trochu i do jiné školy?

Tabulka 1 Aktuálně platné doporučené postupy ČGPS ČLS JEP, které řeší problematiku organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“

Vydán		Název
Sb. (rok)	č. (n)	
2021	1	Zásady dispenzární péče v těhotenství
2019	8	Porod mrtvého plodu
2019	6	Management hypertenzních onemocnění v těhotenství
2019	5	Gestační diabetes mellitus
2019	4	Podrobné hodnocení morfologie plodu při ultrazvukovém vyšetření ve 20.–22. týdnu těhotenství
2019	3	Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče
2018		Analgezie u vaginálního porodu
2017		Roztroušená skleróza a těhotenství
2017		Diagnostika a léčba peripartálního život ohrožujícího krvácení
2017		Intrahepatální cholestáza v těhotenství
2017		Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu
2017		Spontánní předčasný porod
2016		Management těhotenství s rizikem rozvoje hemolytické nemoci plodu a novorozence
2016		Diagnostika a léčba sepse v souvislosti s těhotenstvím
2016		Interpretace intrapartálního fetálního kardiokogramu – FIGO 2015
2016		Operační vaginální porod
2016		Porod velkého plodu
2016		Preindukce a indukce porodu
2015		Význam vyšetření PROTILÁTEK a KREVNÍ SKUPINY v těhotenství
2014		Kyselina listová a prevence rozštěpových vad centrálního nervového systému
2014		HELLP syndrom – diagnostika a léčba
2013		Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen
2013		Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče o vícečetná těhotenství
2013		Prenatální péče o vícečetná těhotenství
2013		Vedení porodu vícečetného těhotenství
2013		Diagnostika a léčba streptokoků skupiny B v těhotenství a za porodu
2013		Vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním
2013		Podmínky, za kterých lze akceptovat porod do vody na pracovištích, která se k takové alternativě rozhodnou
2013		Péče o ženy se závažným porodním poraněním hráže
2012		Péče o těhotenství s intrauterinní růstovou retardací plodu
2012		Dystokie ramének
2012		Vedení porodu u těhotné s císařským řezem v anamnéze
2012		Vedení porodu u těhotné s císařským řezem v anamnéze, Ultrazvukové vyšetření před stanovením taktiky vedení porodu
2012		Provádění extrakce plodu uloženého v poloze podélné koncem pánevním
2012		Očkování v těhotenství
2012		Doporučení k pomoci rodiče při tlačení ve druhé době porodní
2010		Herpes genitalis v graviditě
2010		Doporučená péče ve fyziologickém puerperiu
2010		Antitrombotické zajištění těhotných podle rizika tromboembolické nemoci (TEN)
2008		Zásady pro poskytování porodní péče v České republice
2008		Odborné stanovisko výboru ČGPS ČLS JEP a výboru sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP k porodům v domácnosti
1986		Interpretace fetálního kardiokogramu – FIGO 1986

Červeně uvedené byly již publikovány v novém elektronickém formátu PDF a jsou k dispozici volně ke stažení na webových stránkách odborné společnosti (www.cgps.cz).

Červeně tučně uvedené řeší problematiku „Dispenzární prenatální péče“, ostatní řeší problematiku „Prenatální péče a vedení porodu“ převážně u rizikových těhotných.

Zdroj: archiv autora

DISPENZÁRNÍ PRENATÁLNÍ PÉČE

Péče o těhotné je hrazena registrujícímu poskytovateli (registrujícímu gynekologovi), proto je podmínkou úhrady za těhotnou její platná registrace u poskytovatele a odeslání registrace zdravotní pojišťovně. Poskytovatel předává doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace dané zdravotní pojišťovně předávány.

Úhrada za těhotné je rozdělena do tří agregovaných plateb, přičemž každá platba obsahuje kód výkonu, jehož vykázání vytváří nárok na úhradu z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň jsou vykazovány zdravotní pojišťovně výkony pro kontakt s těhotnou ženou. Obsah jednotlivých plateb je následující.

Platba za I. trimestr těhotenství

V rámci platby za první trimestr těhotenství jsou hrazeny služby poskytované ode dne vykázání příslušného výkonu (výkon se vyazuje nejpozději do 12. týdne těhotenství, obvykle při vystavení těhotenské průkazky) do 14. týdne těhotenství (tj. do týdne 13+6 gestačního stáří), případně do doby předčasného ukončení těhotenství.

Platba za II. trimestr těhotenství

V rámci platby za druhý trimestr těhotenství jsou hrazeny služby poskytované od 14. týdne těhotenství (tj. od 14+0 gestačního

stáří) do 28. týdne těhotenství (tj. do 27+6 gestačního stáří), případně do doby předčasného ukončení těhotenství.

Platba za III. trimestr těhotenství

V rámci platby za třetí trimestr těhotenství jsou hrazeny služby poskytované od 28. týdne těhotenství (tj. od 28+0 gestačního stáří) do 41. týdne těhotenství (tj. 40+6 gestačního stáří) nebo do data ukončení těhotenství.

Poskytovatel vykazující výkon agregované platby zajišťuje poskytnutí péče o těhotné v souladu s platnými doporučenými postupy ČGPS ČLS JEP.

Registrující gynekolog těhotnou zařadí do některé z následujících skupin:

- Těhotné s nízkým rizikem (Low risk pregnancy),
- Těhotné s definovaným konkrétním rizikem (Risk pregnancy).

Těhotenství s definovaným konkrétním rizikem a klinické protokoly pro management jednotlivých těhotenství doporučené ČGPS ČLS JEP přehledně zobrazuje **tabulka 2**.

„Dispenzární prenatální péči“ i u výše uvedených rizikových těhotných provádí vždy Registrující gynekolog s výjimkou následujících případů:



Schéma 1a Komplexní péče o těhotnou ženu

Dispenzární prenatální péče – úhrada agregovanou platbou za jednotlivé trimestry Registrujícímu gynekologovi (podbarvené žlutě).

Specializované screeningové zdravotní služby – přímá úhrada klientkou podle CENÍKU zdravotnického zařízení – SPECIALIZOVANÉHO PRACOVNÍHO MÍSTA (podbarvené modře).

Zaevidování těhotné ženy do porodnice (optimálně ve 36.–37. týdnu) – úhrada by měla být agregovanou platbou Porodnici (podbarvené žlutě), nejedná se však o předání těhotné ženy do porodnice.

Nejpozději však v týdnu 41+0 by měla probíhat prenatální péče pouze v Porodnici (podbarvené růžově).

Specializované zdravotní služby u rizikových těhotných – úhrada prostřednictvím jednotlivých zdravotních výkonů podle aktuálního seznamu zdravotních výkonů. Pro zdravotní výkony orámované fialově je nutná žádanka Registrujícího gynekologa, protože ovlivňují celkovou výši úhrady Registrujícímu gynekologovi tzv. indexem genetických a ultrazvukových vyšetření (IGV/IUV) (viz obrázek 1).

Zdroj: archiv autora

- Pregestační diabetes mellitus / Gestační diabetes mellitus se zvýšeným rizikem – „Prenatální péče v perinatologickém centru“;
- Těhotenství dvojčetné monochoriální a více než dvojčetné – „Prenatální péče v perinatologickém centru“;
- Závažné onemocnění těhotné ženy.

SPECIALIZOVANÉ SCREENINGOVÉ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

Přímá úhrada klientkou podle CENÍKU zdravotnického zařízení – SPECIALIZOVANÉHO PRACOVIŠTĚ: uvedené zdravotní služby zatím nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, provádí je vždy gynekolog (odbornost 603).

1. Kombinovaný screening v I. trimestru těhotenství (v 11.–13. týdnu)

Ve své optimální podobě by měl být zaměřený na predikci a vyhledávání nejčastějších závažných porodnických komplikací, mezi které patří především velké porodnické syndromy (preeklampsie, růstová restrikce plodu, předčasný porod, nitroděložní úmrtí plodu) a vrozené vady plodu.

Incidence uvedených porodnických komplikací je následující: preeklampsie (cca 1–5 %), růstová restrikce plodu (cca 5–10 %), předčasný porod (cca 8 %), úmrtí plodu v děloze (cca 0,5 %) a vrozené vady plodu (cca 2–3 %).

Preferován by měl být komplexní screening *nejen nejčastějších vrozených vad plodu* (morfologických a chromosomálních), *ale i těhotenství s rizikem rozvoje preeklampsie a růstové restrikce plodu*, protože u žen se zvýšeným rizikem je možná účinná prevence rozvoje závažných forem onemocnění *včasným zahájením léčby kyselinou acetylsalicylovou*.

2. Podrobné hodnocení morfologie plodu ve II. trimestru těhotenství

Ultrazvukové vyšetření ve 20.–22. týdnu těhotenství s podrobným popisem morfologie plodu patří k nejdůležitějším vyšetřením v průběhu celého těhotenství. Umožňuje zachytit až 90 % morfologických vad a dále zpřesňuje výpočet rizika výskytu trisomie chromosomu 21 u plodu (Downův syndrom) vypočteného při kombinovaném screeningu v I. trimestru těhotenství.

3. Ultrazvukový screening růstové restrikce plodu ve III. trimestru těhotenství

K růstové restrikci plodu dochází u 5–10 % těhotenství a je příčinou 30–50 % úmrtí plodu v děloze. Riziko úmrtí plodu v děloze se výrazně zvyšuje po 37. týdnu délky trvání těhotenství. Růstová restrikce plodu se však nemusí projevit jen nitroděložním úmrtím plodu, ale může vést i k mírnějším formám poškození, které se projeví až v období dospívání nebo v dospělosti. Možnost identifikace plodů s růstovou restrikcí v období blížícího se termínu porodu má proto zcela zásadní význam, avšak *v současné klinické praxi až 75 % plodů s poruchou růstu rozpoznáno není*. Při vyšetření je hodnocena odhadovaná hmotnost plodu a průtoky v cévách vyživujících plod i placentu. V případě zjištěné růstové restrikce plodu by měla být navržena optimální prenatální péče a strategie ukončení těhotenství.

SPECIALIZOVANÉ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY U RIZIKOVÝCH TĚHOTNÝCH

Pro následující zdravotní výkony je nutná žádanka Registrujícího gynekologa, protože ovlivňují celkovou výši úhrady Registrujícího

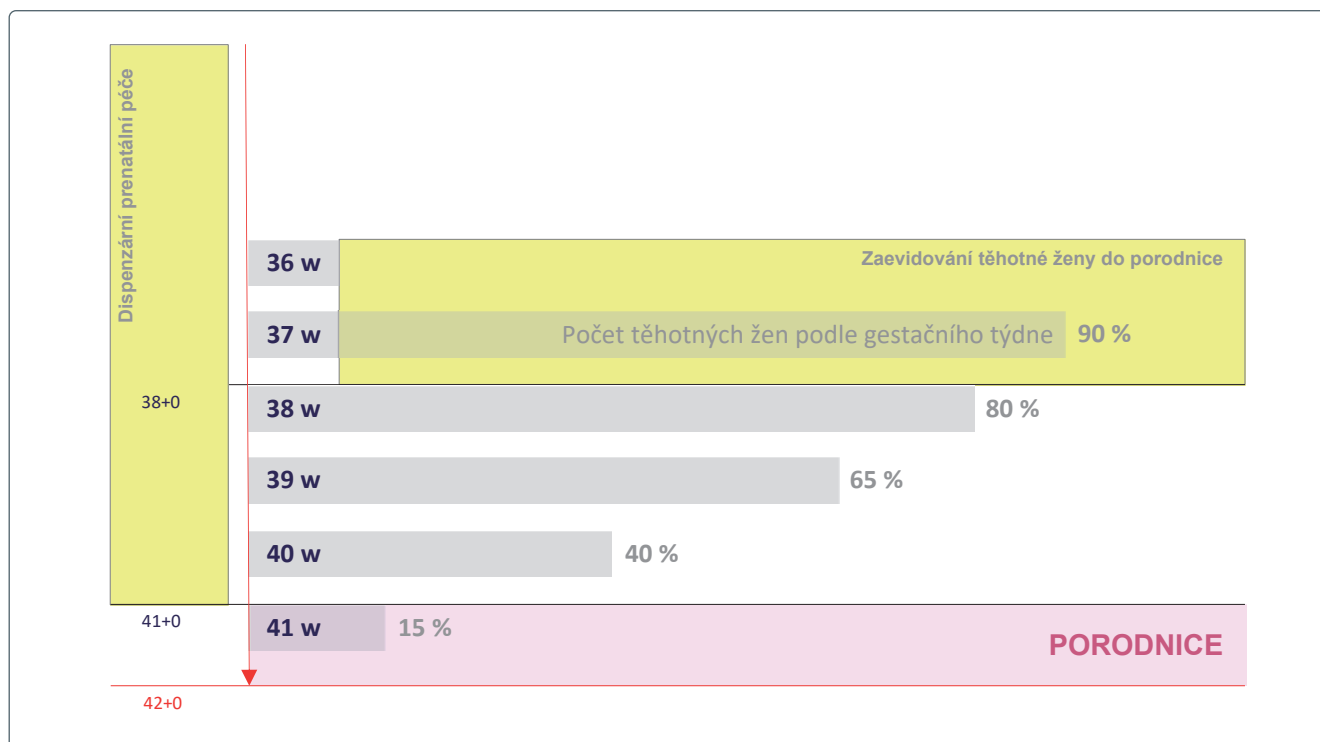


Schéma 1b Komplexní péče o těhotnou ženu

Dispensární prenatální péče – úhrada agregovanou platbou za jednotlivé trimestry Registrujícímu gynekologovi (podbarvené žlutě).

Zaevidování těhotné ženy do porodnice (optimálně ve 36.–37. týdnu) – úhrada by měla být agregovanou platbou Porodnici (podbarvené žlutě), nejedná se však o předání těhotné ženy do Porodnice.

Nejpozději však v týdnu 41+0 by měla probíhat prenatální péče pouze v Porodnici (podbarvené růžově).

Těhotenství by mělo být ukončeno do týdne 42+0.

Zdroj: archiv autora

címu gynekologovi tzv. indexem genetických a ultrazvukových vyšetření (IGV/IUV) (obrázek 1).

4. Superkonziliární ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče

(zdravotní výkon 63415) provádí vždy gynekolog (odbornost 603) a podmínkou je CERTIFIKÁT ČGPS ČLS JEP

■ Těhotenství vícečetné (cca 1,5 %)

Optimální je provést vyšetření ihned po zjištění vícečetného těhotenství (nejlépe do 10. týdne), protože cílem vyšetření je zjistit, zda se jedná o dvojčata monochoriální nebo bi-

choriální. Dvojčata monochoriální nebo více než dvojčetná těhotenství by měla být sledována v „PERINATOLOGICKÉM CENTRU“, zatímco prenatální péči u dvojčat bichoriálních může provádět registrující gynekolog.

■ Těhotenství s rizikem rozvoje hemolytické nemoci plodu a novorozence (cca 1,5 %)

Je-li výsledek screeningu nepravidelných antierytrocytárních protilátek v I. trimestru těhotenství jiný než negativní, je nezbytné zajistit adekvátní konzultaci těhotné ženy se stanovením dalšího postupu na pracovišti s odborností gynekologie a porodnictví – upřesnit o jakou protilátku se jedná a po-

Tabulka 2 Těhotenství s definovaným konkrétním rizikem (Risk pregnancy) – seřazeno sestupně od nejčastějších rizik

Riziko	Doporučený postup ČGSP ČLS JEP	Výskyt (%)
Těhotenství se zvýšeným rizikem rozvoje žilního tromboembolismu (VTE) u těhotné ženy		?
	Antitrombotické zajištění žen v průběhu těhotenství, za porodu a v šestinedělí. Sběrka doporučených postupů č. X/2021.	
	Antitrombotické zajištění těhotných podle rizika tromboembolické nemoci (TEN). Čes Gynek 2013;78(Suppl):34–36.	
Těhotenství s diagnostikovanou infekcí GBS u těhotné ženy		6–35
	Diagnostika a léčba streptokoků skupiny B v těhotenství a za porodu. Čes Gynek 2013;78(Suppl):11–14.	
Diabetes mellitus v těhotenství		15–20
	Gestační diabetes mellitus. Sběrka doporučených postupů č. 5/2019.	
Těhotenství s rizikem rozvoje RhD aloimunizace u těhotné ženy		15
	Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen. Čes Gynek 2013;78(Suppl):132–133.	
Hypertenzní onemocnění v těhotenství		10–15
	Management hypertenzních onemocnění v těhotenství. Sběrka doporučených postupů č. 6/2019.	
	HELLP syndrom – diagnostika a léčba. Čes Gynek 2014;79(Suppl):9–12.	
Těhotenství s císařským řezem v anamnéze		10
event. s opakovaným císařským řezem v anamnéze		1
	Vedení porodu u těhotné s císařským řezem v anamnéze, Ultrazvukové vyšetření před stanovením taktiky vedení porodu. Čes Gynek 2013;78(2):141.	
	Vedení porodu u těhotné s císařským řezem v anamnéze. Čes Gynek 2013;78(Suppl):48–50.	
Růstová restrikce plodu / malý plod		5–10
	Pěče o těhotenství s intrauterinní růstovou retardací plodu. Čes Gynek 2013;78(2):140.	
Spontánní předčasný porod		8
	Spontánní předčasný porod. Čes Gynek 2017;82(2):160–165.	
Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu		2–4
	Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu. Čes Gynek 2017;82(2):166–167.	
Vrozená vada plodu		2–3
Těhotenství s rizikem rozvoje hemolytické nemoci plodu a novorozence		1,5
	Management těhotenství s rizikem rozvoje hemolytické nemoci plodu a novorozence. Čes Gynek 2017;82(2):82–84.	
Těhotenství vícečetné		1,5
	Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče o vícečetná těhotenství. Čes Gynek 2013;78(2):135–139.	
	Prenatální péče o vícečetná těhotenství. Čes Gynek 2013;78(Suppl):22–24.	
	Vedení porodu vícečetného těhotenství. Čes Gynek 2013;78(Suppl):24–25.	
Poruchy placentace		< 1
Závažné onemocnění těhotné ženy		< 1

U jednotlivých rizik je uveden doporučený postup České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS) České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP), který řeší problematiku „Prenatální péče a vedení porodu“ nad rámec „Dispenzární prenatální péče“ – Klinický protokol pro management těhotenství.

Zdroj: archiv autora

drobně vysvětlit další postup v péči o těhotenství. Kontrolní vyšetření protilátek již většinou není nutné provádět a eventuální rozvoj hemolytické nemoci plodu by měl být sledován neinvazivně pouze pomocí ultrazvukového vyšetření na specializovaném pracovišti.

- **abnormální nález při screeningovém vyšetření**, které provádí registrující gynekolog nebo specializované pracoviště
 - › podezření na vrozenou vadu plodu (cca 2–3 %),
 - › podezření na růstovou restrikcii plodu (cca 5–10 %),
 - › abnormální množství plodové vody, lokalizace placenty atd.

5. Specializované prenatální echokardiografické vyšetření

(zdravotní výkon 32420) provádí vždy dětský kardiolog (odbornost 302)

- **anamnéza vrozené srdeční vady**
- **abnormální nález při screeningovém ultrazvukovém vyšetření**

6. Konzultace klinickým genetikem

(zdravotní výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816) provádí vždy klinický genetik (odbornost 208)

- **je-li u plodu diagnostikována vrozená vada nebo při podezření na ni**

Hodnota bodu, výše úhrad a regulační omezení podle § 8

A) Hodnota bodu a výše úhrad

5. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornosti 603 nebo 604 podle seznamu výkonů podle bodů 1 až 4 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{NPURO}_{2019} \times \text{UOP}_{2021} \times (1,11 + F_{(t)} + \text{IGV} + \text{IUV}) - \text{EM}_{2021},$$

kde:

IGV je index genetických vyšetření, jehož hodnota je 0,00 v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 podle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 40 %, nebo -0,02 v případě, že tento podíl je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,04 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

IUV je index ultrazvukových vyšetření, jehož hodnota je 0,02 v případě, že podíl těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 podle seznamu výkonů k počtu těhotných pojištěnek dané zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období nepřesáhne hranici 20 %, nebo 0,00 v případě, že je tento podíl větší než 20 %, ale nepřesáhne hranici 40 %, nebo -0,01 v případě, že je tento podíl větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %, nebo -0,03 v případě, že tento podíl přesáhne hranici 60 %.

Obrázek 1 Index genetických a ultrazvukových vyšetření (IGV/IUV)

Mechanismus ovlivnění celkové výše úhrady zdravotní pojišťovnou Registrujícímu gynekologovi prostřednictvím IGV a IUV. Pokud podíl těhotných žen, na které byly vykázány výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 (IGV) je **větší než 40 %**, může být snížena celková výše úhrady. Rovněž pokud podíl těhotných žen, na které byly vykázány výkony (IUV) – 32410, 32420 (Screeningové, Specializované prenatální echokardiografické vyšetření) nebo 63415 (Superkonziliární ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče), je **větší než 40 %**. Oba indexy (IGV, IUV) jsou na sobě nezávislé.

Zdroj: převzato z ČESKO. Předpis č. 428/2020 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021, Sbírka zákonů České republiky.

ZAEVIDOVÁNÍ TĚHOTNÉ ŽENY DO PORODNICE (OPTIMÁLNĚ V 36.–37. TÝDNU)

V rámci organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“ v souvislosti se zavedením agregovaných plateb za ambulantní péči o těhotné v odbornosti 603 (gynekologie a porodnictví) byla nastavena registrujícímu poskytovateli agregovaná platba za zdravotní služby poskytované formou ambulantní péče těhotným pojištěnkám v rámci „Dispenzární prenatalní péče“ až do 41. týdne těhotenství (tj. 40+6 gestačního stáří).

Současně by mělo být v rámci ambulantní prenatalní péče provedeno v porodnici zaevidování těhotné ženy do porodnice, optimálně ve 36.–37. týdnu (tj. 36+0 až 37+6 gestačního stáří), zhodnocení rizika a stanovení strategie ukončení těhotenství (Zaevidování těhotné ženy do porodnice a následná předporodní ambulantní péče v porodnici). Nejedná se však o předání těhotné ženy do porodnice, těhotná pojištěnka je i nadále v ambulantní péči u registrujícího gynekologa, který je povinen poskytovat „Dispenzární prenatalní péči“ podle agregované platby stanovené za třetí trimestr těhotenství.

Zaevidování těhotné ženy do porodnice a následná předporodní ambulantní péče v porodnici v rámci ambulantní péče by měla být hrazena agregovanou platbou. Registrující gynekolog odesílá optimálně ve 36.–37. týdnu těhotenství (tj. 36+0 až 37+6 gestačního stáří) těhotnou ženu do příslušné porodnice.

Parametry zdravotní služby

- seznámení těhotné ženy s prostředím porodnice a poskytnutí důležitých organizačních informací
- získání informací o průběhu prenatalní péče
- zařazení těhotné do některé z následujících skupin
 - › těhotné s nízkým rizikem (low risk pregnancy)
 - › těhotné s definovaným konkrétním rizikem (risk pregnancy)
- stanovení strategie ukončení těhotenství
 - › spontánní vaginální porod
 - › preindukce / indukce vaginálního porodu
 - › císařský řez

Podle zvážení lékaře kardiokografický non-stress test – od 40. týdne (40+0).

V současné době neexistuje jednotný metodický postup pro hodnocení/interpretaci antepartálního fetálního kardiokogramu.

Neexistují důkazy o efektivitě screeningového provádění antepartálního kardiokogramu ke zjišťování stavu plodu.

Proto antepartální kardiokogram již není obligatorní součástí dispenzární péče v těhotenství.

Z medicínského a organizačního hlediska indikuje provedení a hodnotí antepartální kardiokogram lékař.

Z legislativního hlediska, není-li antepartální kardiokogram proveden, nejedná se o chybu postupu v prenatalní péči a takto by měla být prenatalní péče event. hodnocena i Znalcem při zpracování Znaleckého posudku. Naopak, je-li antepartální kardiokogram proveden, je „bohužel“ otázkou, jak bude hodnocen indikujícím lékařem a následně Znalcem.

Těhotná může být předána do ambulantní péče zdravotnického zařízení, které povede porod, po vzájemné dohodě – nejpozději však v týdnu 41+0.

Dispenzární prenatalní péče by měla probíhat do týdne 40+6 u registrujícího poskytovatele (Registrujícího gynekologa), kterému je hrazena formou agregovaných plateb za ambulantní péči o těhotné v odbornosti 603 (gynekologie a porodnictví) v jednotlivých trimestrech (viz Dispenzární prenatalní péče).

Dispenzární prenatalní péče může probíhat, po vzájemné dohodě, i u neregistrujícího poskytovatele (např. v Porodnici), kterému je hrazena prostřednictvím jednotlivých zdravotních výkonů podle aktuálního seznamu zdravotních výkonů, zároveň je však tato péče odečtena registrujícímu poskytovateli.

Z legislativního hlediska nemůže být z veřejných finančních prostředků zdravotní pojišťovnou Dispenzární prenatalní péče hrazena současně/paralelně registrujícímu i neregistrujícímu poskytovateli, tzv. dvakrát.

Nejpozději však v týdnu 41+0 by měla probíhat prenatalní péče pouze v Porodnici.

Těhotenská průkazka a Porodopis

Současná **Těhotenská průkazka** nepředstavuje řízenou zdravotnickou dokumentaci, nicméně pokud existuje, měla by svým obsahem korespondovat s aktuální metodikou organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“.

Odborná společnost by měla mít roli zodpovědného koordinátora struktury Těhotenské průkazky, která je zatím vedena pouze v listinné podobě, ale je jen otázkou času, kdy bude převedena do podoby elektronické, kterou navíc bude možné i řízeně sdílet všemi subjekty, které se na zdravotní péči o těhotnou ženu podílejí. Elektronizace zdravotnické dokumentace je stejně neodvratitelná, jako když stroje nahradily koně, takže otázka nezní jestli, ale pouze kdy?

V současné době jsou zápisy do Těhotenské průkazky prováděny prakticky výhradně ručně, nikoli strojově a pouze v listinné podobě. Ze společenského hlediska v praxi často vzniká otázka, kdo z poskytovatelů „Komplexní péče o těhotnou ženu“ je oprávněn do průkazky zapisovat. Obecně není pochyb o Registrujícím gynekologovi, ale může zapisovat do průkazky i neregistrující Specializované pracoviště nebo Porodnice, pokud nezajišťuje „Dispenzární prenatalní péči“?

Optimální by tedy bylo, kdyby se jednalo o **Elektronickou těhotenskou knížku**, která by obsahovala veškerou zdravotnickou dokumentaci související s „Komplexní péčí o těhotnou ženu“. Primárně by byla vedena v elektronické podobě, uspořádána přehledně a chronologicky, a navíc by ji bylo možné i řízeně a bezpečně sdílet nejen se zástupci zdravotnického systému, ale i se samotnou klientkou/pacientkou. Nový přístup k vedení elektronické dokumentace umožní následně skutečnou digitalizaci poskytování zdravotních služeb a je nutnou podmínkou pro implementaci efektivnějších léčebných postupů (např. zapojením algoritmu umělé inteligence).

Rovněž tzv. **Porodopis**, který je stále uměle vytvářen v některých porodnicích, nepředstavuje řízenou zdravotnickou dokumentaci a s trochou nadsázky lze tento dokument označit jako „velmi nešťastnou relikvii (ostatky svatých, památku) – příznak minulosti“, a to nejen z hlediska medicínského, ale především organizačního a legislativního. Důležité medicínské informace v něm obsažené by měly být rovněž primárně součástí Elektronické těhotenské knížky.

Co vlastně znamená onen legendární mýtický termín „Porodopis“? Jedná se o snahu přizpůsobit současnou zdravotní dokumentaci vedenou v listinné podobě grafickému formátu historického „Porodopisu“, tak jak kdysi dávno (cca před 20 lety) skutečně existoval v řízené předtištěné podobě a následně se vyploval strojově. To už ale nyní mladí lékaři většinou nemohou pamatovat, nicméně „staré zvyky umírají pomalu“.

Porod jako zdravotní služba je v současnosti v České republice poskytován zdravotnickými zařízeními a hrazen zdravotními pojišťovnami výhradně formou lůžkové péče. Jedná se tudíž

o hospitalizační případ a nedílnou součástí zdravotní dokumentace by měla být příjmová zpráva, zpráva o porodu a propouštěcí zpráva, event. operační protokol. Současně je však nutné odeslat povinná data v definovaném formátu do ÚZIS/NZIS (Národní registr reprodukčního zdraví – Modul rodiček a Modul novorozenců), na matriku atd. Od roku 2012 již odesílá data pro ÚZIS/NZS přímo zdravotnické zařízení a výhradně v elektronické podobě. Pro zdravotnické zařízení je z organizačního hlediska vedení dokumentace hospitalizačního případu, při kterém dojde k porodu, jedním z nejkomplicovanějších.

Stávající klinické informační systémy ve zdravotnických zařízeních většinou historicky upřednostňují vystavení účetního dokladu a povinná hlášení před možností vést kvalitní medicínskou dokumentaci v definovatelné strukturované a databázově tříditelné podobě, kterou by uměly efektivním způsobem sdílet se všemi zainteresovanými subjekty.

V Porodnicích navíc stále probíhá vedle sběru povinných dat pro ÚZIS/NZIS ještě paralelní „duplicitní“ sběr dat pro ČGPS ČLS JEP a Neonatologickou společnost ČLS JEP. Cílem by mělo být sjednocení struktury a obsahu informací, které jsou povinně odesílány do ÚZIS/NZIS a požadovány odbornými společnostmi. Výhodou povinně odesílaných informací do ÚZIS/NZIS je, že jsou on-line přístupné odesílajícím zdravotnickým zařízením včetně celonárodních přehledů.

Pro zdravotnická zařízení by měl být vytvořen klinický informační systém, který by umožnil vedení zdravotní dokumentace v péči o těhotnou ženu, plod, rodičku a novorozence v definovatelné strukturované podobě. Následně by bylo možné na straně jedné odeslat povinná data a na straně druhé prakticky on-line provádět analýzu definovaných parametrů přímo ve zdravotnickém zařízení (např. Porodnici) nebo podle potřeby provádět i cílené parametrické dotazy.

Související právní předpisy

- ČESKO. Předpis č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*.
- ČESKO. Předpis č. 134/1998 Sb., Vyhláška, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

- ČESKO. Předpis č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*.
- ČESKO. Předpis č. 373/2011 Sb., Zákon o specifických zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*.
- ČESKO. Předpis č. 39/2012 Sb., Vyhláška o dispenzární péči. In: *Sbírka zákonů České republiky*.
- ČESKO. Předpis č. 98/2012 Sb., Vyhláška o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*.
- ČESKO. Předpis č. 116/2012 Sb., Vyhláška o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému. In: *Sbírka zákonů České republiky*.
- ČESKO. Předpis č. 373/2016 Sb., Vyhláška o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému. In: *Sbírka zákonů České republiky*.
- ČESKO. Předpis č. 254/2019 Sb., Zákon o znalcích, znaleckých kancelářích a znaleckých ústavech. In: *Sbírka zákonů České republiky*.
- ČESKO. Předpis č. 259/2020 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*.
- ČESKO. Předpis č. 428/2020 Sb., Vyhláška o stanovení hodnoty, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2021. In: *Sbírka zákonů České republiky*.
- ČESKO. Předpis č. 505/2020 Sb., Vyhláška, kterou se stanoví seznam znaleckých odvětví jednotlivých znaleckých oborů, jiná osvědčení o odborné způsobilosti, osvědčení vydaná profesními komorami a specializační studia pro obory a odvětví. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

Prof. MUDr. Marek Ľubušský, Ph.D., MHA

Centrum fetální medicíny

Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc

www.lubusky.com

Doručeno do redakce: 29. 4. 2021

Přijato po recenzi: 13. 5. 2021

Inovace komplexní péče o těhotnou ženu v ČR – krátce, stručně, aktuálně

Z prezentace prof. MUDr. Marka Lubušského, Ph.D., MHA, vedoucího lékaře
Centra fetální medicíny Porodnicko-gynekologické kliniky LF UP a FN Olomouc

Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP publikovala revizi doporučených postupů č. 1/2019 Sb., Zásady dispenzární péče v těhotenství a č. 2/2019 Sb., Potermínové těhotenství, ze které vzešlo sloučení do jednoho doporučeného postupu ČGPS ČLS JEP č. 1/2021 Sb., Zásady dispenzární péče v těhotenství.

Jeho kompletní shrnutí a vysvětlení přináší článek na jiném místě tohoto vydání Gynekologie a porodnictví – nicméně pro ty, kteří si z nedostatku času odloží jeho četbu „na později“, přinášíme rychlý přehled nejdůležitějších změn a novinek tak, jak je ve své prezentaci v průběhu dubnového on-line webináře Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny ČGPS ČLS JEP shrnul prof. M. Lubušský.

Nový doporučený postup přehledně a chronologicky shrnuje dispenzární prenatalní péči o těhotnou ženu od I. trimestru až do porodu. V parametrech první těhotenské návštěvy u registrujícího gynekologa a v obsahu jejího komplexního vyšetření nejsou prakticky žádné změny oproti předchozím doporučením. Zdůrazňuje se, že registrující gynekolog zařadí ženu již při této první návštěvě, při které se hodnotí preexistující stav, do kategorie s nízkým rizikem, nebo s definovaným konkrétním rizikem. Následně se míra rizika hodnotí při každé další návštěvě v prenatalní poradně.

V parametrech I. a II. trimestru nedochází v novém doporučeném postupu k žádným změnám, přejdeme proto rovnou k parametrům III. trimestru.

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ VE 28.–34. TÝDNU

Podle vyhlášky o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče zde zůstává zachován požadavek na opakované klinické a sérologické vyšetření na syfilis s použitím jedné nespecifické a jedné specifické reakce – odborná společnost ČGPS ČLS JEP však nadále nepovažuje toto vyšetření za indikované.

ZAEVIDOVÁNÍ TĚHOTNÉ ŽENY DO PORODNICE (OPTIMÁLNĚ VE 36.–37. TÝDNU)

V doporučení je definováno jako zdravotní služba provozovaná porodnicí. Nejedná se ale o předání do porodnice, tzn. těhotná žena je i nadále v péči registrujícího gynekologa.

Účelem této zdravotní služby je především seznámení těhotné ženy s prostředím porodnice a poskytnutí důležitých organizačních informací, získání informací o průběhu prenatalní péče, zařazení těhotné ženy podle aktuálního stavu do skupiny s nízkým, nebo s definovaným konkrétním rizikem a stanovení strategie ukončení těhotenství.

KARDIOTOKOGRAFICKÝ NON-STRESS TEST OD 40. TÝDNE (40+0) PODLE ZVÁŽENÍ LÉKAŘE

Poslední tři výše uvedená a velikostí písma zvýrazněná slova reflektují skutečnost, že v současné době neexistují důkazy o efektivitě screeningového provádění antepartálního fetálního kardiokogramu ke zjišťování stavu plodu a že neexistuje ani jednotný metodický postup pro jeho vyhodnocení a interpretaci.

Proto antepartální fetální kardiokogram již není obligatorní součástí dispenzární péče v těhotenství. V praxi to znamená, že není-li antepartální kardiokogram proveden, nejedná se o chybu postupu v prenatalní péči, a tak by to mělo být hodnoceno i v případném forenzním znaleckém posudku. Naopak je-li antepartální kardiokogram proveden, je jeho vyhodnocení indikujícím lékařem možno přezkoumat znalcem – se všemi důsledky z toho plynoucími.

PŘEDÁNÍ TĚHOTNÉ DO AMBULANTNÍ PÉČE ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ, KTERÉ POUVEDE POROD, PO VZÁJEMNÉ DOHODĚ, NEJPOZDĚJI VŠAK V TÝDNU 41+0

Nejedná se o parametr nový, zato však srozumitelněji formulovaný. Dispenzární prenatalní péče by měla probíhat do týdne 40+6 u registrujícího gynekologa, kterému je hrazena formou agregovaných plateb za ambulanci péči o těhotné v jednotlivých trimestrech.

Dispenzární prenatalní péče ale může probíhat po vzájemné dohodě i u neregistrujícího poskytovatele, např. v porodnici – tomu ale není hrazena agregovanou („balíčkovou“) platbou, ale prostřednictvím jednotlivých zdravotních výkonů podle aktuálního seznamu. Zároveň je však tato péče následně odečtena registrujícímu poskytovateli, protože čistě právně vzato nemůže být z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazena dvakrát dvěma různými subjekty.

Nejpozději v týdnu 41+0 by pak měla prenatalní péče probíhat pouze v porodnici.

NEOBLIGATORNÍ SPECIALIZOVANÉ SCREENINGOVÉ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY V I.–III. TRIMESTRU

V novém doporučení jsou vyjmenovány konkrétně:

- Kombinovaný screening v I. trimestru těhotenství (v 11.–13. týdnu),
- Podrobné hodnocení morfologie plodu ve II. trimestru těhotenství a
- Ultrazvukový screening růstové restrikce plodu ve III. trimestru těhotenství (36.–37. týdnu).

Přes svůj medicínsky nesporný význam nejsou tyto zdravotní služby obligatorní složkou dispenzární prenatalní péče, a to ze dvou důvodů. Za prvé, nemají zatím definovaný mechanismus úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění. A za druhé,

Kombinovaný screening v I. trimestru těhotenství a Ultrazukový screening růstové restrikce plodu ve III. trimestru těhotenství nemají v současné době ani definovanou jednotnou metodiku.

red