

Prenatální péče o fyziologické těhotenství

Prof. MUDr. Zdeněk Hájek, DrSc.

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

1. Charakteristika prenatální péče

Prenatální péče má být efektivní, ale nesmí být nadbytečná a musí být akceptovatelná těhotnou ženou. Správně vedená péče lékařem a porodní asistentkou vede ke snížení perinatální úmrtnosti a morbidity. Většina těhotenství probíhá fyziologicky. U jedné čtvrtiny až třetiny těhotných se vyskytují rizikové faktory, které mohou ovlivnit průběh těhotenství.

Z nich však pouze u 20–30 % skutečně dojde k rozvoji patologické gravidity. Při vstupním vyšetření musíme mít jistotu, že je žena skutečně těhotná. Existuje řada rychlostů stanovující graviditu z moče těhotné, ale průkazná je laboratorní metodika, stanovení beta-podjednotky hCG. Hodnoty do 10 j/l jsou negativní, do 200 j/l suspektní (nutno opakovat) a hodnota nad 200 j/l je pozitivní. Absolutní jistotu v diagnostice gravidity získáme ultrazvukovým vyšetřením. Velmi brzo můžeme diagnostikovat gestační váček a prokázat pulzaci v embryonálním pólu již na začátku 6. týdne gravidity. Jsme-li si jisti, že naše pacientka je skutečně těhotná, pak je nutno stanovit délku současného těhotenství a provést výpočet termínu porodu. Na začátku gravidity je nutno dále zhodnotit, zda těhotenství je fyziologické, rizikové a nebo patologické. Do těhotenství vstupuje 5 % žen se závažným onemocněním (diabetes mellitus, kardiopatie, nefropatie atd.). U dalších 5 % se rozvíjí patologické těhotenství po určité době, aniž jsou přítomny rizikové faktory. U zbývajících 90 % bychom měli abnormální průběh těhotenství zachytit na podkladě výskytu rizikových faktorů v průběhu gravidity a nebo na podkladě základních vyšetření.

1.1. Všeobecný screening

Všeobecný screening je vlastně pečlivý odběr anamnézy. Zjišťuje faktory demografické, sociální, rodinné a profesionální. Zajímá se o anamnézu osobní, gynekologickou a porodnickou. V průběhu péče o těhotnou je možno detekovat různé rizikové faktory (RF), které se objeví v průběhu gravidity a další RF zjištěné na podkladě základních vyšetření.

Na podkladě anamnézy lze zjistit některá závažná onemocnění, s kterými žena do těhotenství vstupuje. Jedná se např. o různá onemocnění hematologická (trombocytopenie, anémie, poruchy koagulace), onemocnění endokrinní (diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy), neurologická a psychiatrická onemocnění (epilepsie, deprese), interní onemocnění (chronická hypertenze, ledvinná onemocnění, onemocnění kardiopulmonální). Na základě základních vyšetření lze pak diagnostikovat u těhotné rozvoj Rh-isoimunitace, vaginální infekce, celková infekční onemocnění (TORCH, hepatitis, cytomegalovirovou infekci), event. maligní onemocnění hrdla děložního na základě provedené kolposkopie a onkologické cytologie.

1.2. Specifický screening

Tato část screeningu již konkrétně upřesňuje zda rizikové faktory vedou k rozvoji patologického průběhu těhotenství. Máme-li např. těhotnou, jejíž krevní skupina nese Rh-negativní faktor, musíme

vyšetřit protilátky anti-D třikrát v průběhu gravidity, tedy každý trimestr. Screening a identifikace patologického stavu postupuje podle následujícího schématu:

Rh-negativní žena (18.–20. týden) – anti-D protilátky (pozit.) – kordocentéza – krevní obraz plodu (anémie) – intrauterinní transfúze – ukončení těhotenství před termínem porodu

1.3. Organizace prenatalní péče v České republice

Jednou z velkých předností našeho oboru je, že prenatalní péči na rozdíl od jiných zemí světa u nás zajišťuje atestovaný specialista v oboru gynekologie a porodnictví. Další předností je spontánní návštěvnost našich těhotných v prenatalních poradnách. Na rozdíl od jiných zemí je u nás (podle statistické ročenky MZ ČR) návštěvnost v poradnách 97 %. Více jak 90 % žen absolvuje v prenatalní poradně 10 návštěv. Prenatalní péče je u nás třístupňová podle poskytované péče v lůžkovém zařízení.

1. *Bazální:* je zajištěna v lůžkovém zařízení I. typu. Tyto nemocnice nekonzentrují patologie, vedou pouze fyziologické porody. Hospitalizují lehké a nezávažné těhotenské patologie.
2. *Intermediární:* hospitalizují lehké a střední patologie ze svého rajonu, ale nekonzentrují těhotenské patologie mimorajonní. Je zde uskutečněn transport in utero a příjem předčasných porodů od 33. týdne do dokončeného 36. týdne gravidity.
3. *Perinatologická centra:* koncentrují výrazné těhotenské patologie i mimo svoji spádovou oblast a předčasné porody od 23. týdne do ukončeného 32. týdne těhotenství.

1.4. Doporučená frekvence návštěv v prenatalní poradně

- do 23. týdne á 4 týdny
- 24.–32. týden á 3 týdny
- 33.–36. týden á 2 týdny
- 37.–40. týden á 1 týden
- po TP á 2 dny (CTG)

1.5. Doporučení základních vyšetření v těhotenství (dle Sekce perinatální medicíny ČGPS)

10.–12. týden těhotenství

Vstupní vyšetření:

- KS + Rh faktor (protilátky)
- HBsAg, HIV, BWR (sérologicky)
- Rubeola, pokud není doloženo povinné očkování
- Toxoplazmóza u rizikových skupin
- Gonorrhea kultivačně u rizikových skupin
- Onkologická cytologie, kolposkopie čípku, při susp. nebo patol. nálezu ihned expertní kolposkopie, event. biopsie

Základní opakované vyšetření:

- TK, P, tělesná hmotnost, moč chemicky papírkem

Doporučená vyšetření:

- UZ vyšetření, včetně nuchální translucence (NT), beta-hCG, PAPP-A, pH pochvy papírkem

Porodnické vyšetření:

- Akce srdeční plodu (Dopton) od 14. týdne těhotenství
- Měření vzdálenosti fundus–spona
- Vaginální vyšetření: cervix skóre + naléhající část plodu
- Pelvimetrie (conjugata externa, diagonalis)
- Amnioskopie v termínu porodu (pokud jsou podmínky)
- Pohyby plodu (sledování těhotnou), vyšetření prsů

16. týden těhotenství

- Tripple-test (hCG, AFP, E3) – program Alpha
- Základní opakovaná vyšetření

Doporučená vyšetření:

- poševní alkalizační test (amin test) s užitím KOH – slouží k detekci bakteriální vaginózy

20. týden těhotenství

- U Rh-negativních žen protilátky
- KO včetně trombocytů
- Základní opakovaná vyšetření
- 1. UZ screening

24. týden těhotenství

- Kultivace pochvy, endocervixu (aerobní, anaerobní), kultivace moče – u rizikových skupin
- Základní opakovaná vyšetření
- Orální glukózový toleranční test (oGTT)

28. týden těhotenství

- U Rh-negativních žen – protilátky
- Základní opakovaná vyšetření

28.–32. týden těhotenství

- 2. UZ screening (u vícečetné gravidity vždy flowmetrie)
- Základní opakovaná vyšetření

36. týden těhotenství

- HIV, BWR, gonorrhoea – u rizikových skupin
- U Rh-negativních žen – protilátky
- CTG – u rizikových skupin
- 2. KO (včetně trombocytů)
- Kultivace pochvy, endocervixu (GBS)
- Základní opakovaná vyšetření

37. týden těhotenství

- CTG u rizikových skupin
- Základní opakovaná vyšetření

38.–40. týden těhotenství

- CTG
- Základní opakovaná vyšetření
- Speciální vyšetření (interní, neurologické, ortopedické) – u rizikových skupin, vnitřní vyšetření pánve (conjugata diagonalis)

> 40 týdnů těhotenství – porod (prodloužená gravidita)

- CTG á 2 dny
- Vaginální kontrola 2× týdně
- UZ biometrie k upřesnění TP
- 10. den po TP: oxytocinový zátěžový test (OZT)
- 41+5–42. ukončený týden gravidity: hospitalizace + indukce

Literatura

1. Coppens, M., Davis, J.: Organisation of prenatal care and identification of risk. In: James, D.K., Steer, P.J. (eds): High risk pregnancy. W.B. Saunders, 2001, s.11
2. Binstock, M.A.: Antenatal care. J.Reprod.Med., 1995, s.1150
3. Chamberlein, J.: A re-examination of antenatal care. J. Royal. Soc. Med., 1989, s.662
4. Statistická ročenka MZ, 2000
5. Hájek, Z.: Porodnické vyšetření a prenatální péče. In: E.Čech a kol.(eds.) Porodnictví. Praha, Grada, Avicenum, 1999, s.77

*Zdeněk Hájek
Apolinářská 18
128 51 Praha 2*