

# ZÁSADY DISPENZÁRNÍ PÉČE VE FYZIOLOGICKÉM TĚHOTENSTVÍ

Čes. Gynek.  
2012, 77, č. 3  
s. 265-266

## Doporučený postup

České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS)

České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS)

Pracovní skupina: Vít Unzeitig, Alena Měchurová, Marek Lubušký

Materiál je konsenzuálním stanoviskem sekcí ČGPS ČLS JEP

Oponenti:

výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP výbor Sekce ultrazvukové diagnostiky ČGPS ČLS JEP

výbor Sekce ambulantních gynekologů ČGPS ČLS JEP

výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

*Schváleno výborem ČGPS ČLS JEP dne 17. 5. 2012*

## Následující přehled vymezuje základní frekvenci kontrol a rozsah péče u žen s fyziologicky probíhajícími těhotenstvími.

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

**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 4–6 týdnů (optimálně 1x 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 Péče o potermínové těhotenství*) v ambulanci registrujícího gynekologa je možná na základě jeho dohody se zdravotnickým zařízením ústavní péče, kde bude žena rodit.

**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 žen 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.

**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 prenatální 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 s určením hmotnosti a krevního tlaku,
- chemická analýza moči,
- bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre (podle zvažení lékaře),
- detekce známek vitality plodu.

### Nepravidelná vyšetření:

#### Komplexní prenatální vyšetření do 14. týdne (14+0):

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

Těhotné ženě by měl být nabídnut screening nejčastějších morfologických a chromozomálních vrozených

vývojových vad plodu a poskytnuta informace o metodách screeningu, poskytovateli 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.

Invazivní metody prenatální diagnostiky na základě vyhodnocení výsledku screeningu indikuje a provádí pouze gynekolog.

#### **Laboratorní vyšetření do 14. týdne (14+0):**

- stanovení krevní skupiny AB0 + RhD,
- 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.

#### **Ultrazvukové vyšetření do 14. týdne (14+0):**

Písemná zpráva musí zhodnotit:

- počet plodů, u vícečetného těhotenství chorionicitu a amnionicitu (*blíže viz doporučený postup Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální 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 (20+0 – 22+0):**

Písemná zpráva musí zhodnotit:

- počet plodů, u vícečetného těhotenství *viz doporučený postup Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální 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 podle 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 glukózo-toleranční test (24+0 – 28+0):**

(*blíže viz Doporučení k provádění screeningu poruch glukózoové tolerance v graviditě*).

#### **Profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen (27+1 – 28+0):**

Měla by být zajištěna např. aplikací anti-D imunoglobulinu RhD negativním těhotným (*blíže viz Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen*).

#### **Laboratorní vyšetření (27+1 – 32+0):**

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

#### **Ultrazvukové vyšetření (30+0 – 32+0):**

Písemná zpráva musí zhodnotit:

- počet plodů, u vícečetného těhotenství *viz doporučený postup Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální 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 měřit obvod hlavičky, při diskrepanci mezi výsledky biometrie plodu a datací gravidity podle 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 (35+0 – 38+0):**

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

#### **Kardiotokografický non–stress test (od 38. týdne)**

(*blíže viz Interpretace fetálního kardiotokogramu dle FIGO*)

- do termínu porodu 1x týdně, po termínu porodu *viz doporučený postup Péče o potermínové těhotenství*.

**Ostatní vyšetření zde neuvedená překračují rámec dispensární péče o fyziologické těhotenství.**