

22. PÉČE O TĚHOTENSTVÍ S INTRAUTERINNÍ RŮSTOVOU RETARDACÍ PLODU – DOPORUČENÝ POSTUP

Na revizi doporučeného postupu se t. č. pracuje.

Management těhotenství s IUGR vychází ze:

- Standardní dispenzární prenatalní péče, viz doporučený postup *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství*.
- Ultrazvukových vyšetření, viz doporučený postup *Péče o těhotenství s intrauterinní růstovou retardací plodu* – Doporučený postup Sekce ultrazvukové diagnostiky ČGPS ČLS JEP (viz níže)

PÉČE O TĚHOTENSTVÍ S INTRAUTERINNÍ RŮSTOVOU RETARDACÍ PLODU – DOPORUČENÝ POSTUP

Autoři

M. Lubušský, L. Krofta

Oponenti

Výbor Sekce ultrazvukové diagnostiky ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

1. ultrazvukové vyšetření do 14. týdne (14+0)

Písemná zpráva musí zhodnotit:

- 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.

2. ultrazvukové vyšetření (20+0 – 22+0)

Písemná zpráva musí zhodnotit:

- biometrii, při které jsou měřeny parametry BPD, HC, AC a FL.

3. ultrazvukové vyšetření (30+0 – 32+0)

Písemná zpráva musí zhodnotit:

- biometrii, při které jsou měřeny parametry BPD, HC, AC a FL (při poloze plodu koncem pánevním je nutné změřit obvod hlavičky).

Při 1. ultrazvukovém vyšetření v průběhu prenatalní péče (do 14. týdne) je změřen parametr CRL a provedena DATACE těhotenství (viz www.gynultrazvuk.cz „kalkulátor pro dataci těhotenství dle CRL“)

Při 2. ultrazvukovém vyšetření (20.–22. týden) a při 3. ultrazvukovém vyšetření (30.–32. týden) je provedena biometrie plodu, při které jsou měřeny parametry BPD, HC, AC a FL.

Pokud je zjištěna diskrepance mezi výsledky biometrie plodu a datací gravidity podle CRL v I. trimestru (více než dva týdny), je nutné zajistit adekvátní konzultaci pacientky se stanovením dalšího postupu na pracovišti s odborností „gynekologie a porodnictví“ – 603).

23. VEDENÍ PORODU U TĚHOTNÉ S CÍSAŘSKÝM ŘEZEM V ANAMNÉZE – DOPORUČENÝ POSTUP

Autoři

A. Roztočil, P. Velebil

1. revize 2012

A. Roztočil, P. Velebil

Oponenti:

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

Informace nutné ke stanovení strategie vedení porodu

Informace o indikaci, průběhu operace, operační protokol (pokud jsou k dispozici).

Pooperační průběh. Pooperační status.

Průběh současného těhotenství: přítomnost rizik a patologií, nepřítomnost jiné indikace k provedení iterativního císařského řezu.

Vyšetření nonstres test (NST),
ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ, kde písemná zpráva musí
zhodnotit:

- polohu plodu, vitalitu,
- biometrii, při které jsou měřeny parametry: BPD, AC, HC a FL,
- lokalizaci placenty, **zhodnocení vztahu placenty k dolnímu děložnímu segmentu a jizvě po hysterotomii** (zasahuje-li placenta do dolního děložního segmentu nebo do oblasti jizvy po hysterotomii, **CAVE**: porucha placentace, invaze do děložní stěny),
- množství plodové vody.

Postoj rodičky k vedení porodu.

Možnosti ukončení těhotenství po předchozím provedení císařského řezu:

Spontánní vaginální porod
Indukce porodu
Primární císařský řez
Akutní císařský řez

Spontánní vaginální porod

Při fyziologickém stavu matky a funkci fetoplacentární jednotky je možno volit expektační postoj do 41. ukončeného týdne těhotenství. Poté je nutno podniknout kroky k ukončení těhotenství (preindukce a indukce porodu – viz níže). Těhotenství je nutno ukončit do 42+0 týdne.

Vaginální porod je kontraindikován v případech: viz indikace k iterativnímu císařskému řezu.

Epidurální analgezie je možná.

Podle stavu fetoplacentární jednotky a děložní činnosti je indikován intermitentní nebo kontinuální CTG monitoring.

Indukce porodu

Preindukce a indukce jsou možné za splnění následujících podmínek:

- Podnět a/nebo souhlas těhotné ženy (informovaný souhlas).
- Nejsou přítomny obecně platné kontraindikace k vedení porodu per vias naturales (nepoměr, placenta praevia, chronická hypoxie plodu a další).
- Poloha podélná hlavičkou (PPH) jednoploché donošené gravidity.

Preindukční a indukční preparáty: oxytocin i prostaglandiny jsou možné.

Při nepříznivém vaginálním nálezu u potermínové gravidity je vhodné zvážit ukončení těhotenství primárním iterativním císařským řezem.

Iterativní císařský řez

Jasně stanovená indikace a těhotnou a lékařem podepsaný informovaný souhlas.

Akutní císařský řez

Nejméně vhodná alternativa řešení a s nejhoršími perinatálními výsledky.

Indikace k provedení císařského řezu jsou:

- věk nad 40 let je relativní indikací;
- naléhání plodu koncem pánevním;
- stav po dvou císařských řezech v anamnéze;
- vícečetné těhotenství;
- korporální císařský řez v anamnéze;
- ultrazvuková estimace hmotnosti plodu v termínu porodu 4000 g a více nebo jsou-li přítomny známky nepoměru;
- výrazná bolestivost dolního děložního segmentu.

Prevence TEN: LWMH

Chráněné antibiotické koagulum po vybavení plodu (penicilinová, cefalosporinová řada).

Literatura

1. **Cunningham, FG., et al.** Prior Caesarean Delivery, in Williams Obstetrics 22nd ed., p. 607–617.
2. **Grobman, WA., et al.** Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. Obstet Gynecol, 2007, 109, p. 262–269.
3. **Kennare, A., et al.** Risk of averse outcomes in the next birth after a first caesarean delivery. Obstet Gynecol, 2007, 109, p. 270–276.
4. **Landon, MB., et al.** Maternal et perinatal outcomes associated with the trial of labor after prior caesarean delivery. N Engl J Med, 2004, 351, p. 2581–2587.
5. Recommendations of the American College of Obstetricians and Gynecologists useful for selection of candidates for vaginal birth after caesarean delivery (VBAC), 2004.
6. **Roztočil, A.** Spontánní porod po císařském řezu. Mod Gynek Porod, 2006, 15, p. 547–552.
7. SOGC Clinical Practice Guidelines: Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth, 2005.
8. DP SUD 2011, schválený výborem ČGPS.