

9. VEDENÍ PORODU VÍCEČETNÉHO TĚHOTENSTVÍ – DOPORUČENÝ POSTUP

Autoři

A. Roztočil, Z. Hájek

1. revize 2007

A. Roztočil, Z. Hájek

2. revize 2012

Z. Hájek

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGFS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

Gemini

Kde vést porod:

- předčasný porod do 32+6 týdne – perinatologické centrum intenzivní péče;
- předčasný porod 33+0 – 36+6 – perinatologické centrum intermediární péče;
- $\geq 37+0$ týden – standardní porodní sál.

Pokud nejsou splněny podmínky pro transport in utero, vést porod na porodním sále za níže uvedených podmínek. Současně kontaktovat transportní neonatologickou službu příslušného perinatologického centra.

Požadavky na vybavení porodního sálu a personální vybavení

Vybavení porodního sálu podle požadavků věstníku MZ ČR z roku 2007. Vybavení neonatologického pracoviště (viz *neonatologické doporučené postupy*).

Personální vybavení: dva porodníci, z nichž jeden se specializovanou způsobilostí v oboru, pediatr se specializovanou způsobilostí v oboru (na základních pracovištích), s erudiicí v neonatologii (atestací) v perinatologických centrech, dvě porodní asistentky, dvě dětské sestry, anesteziolog a anesteziologická sestra v areálu nemocnice.

Indukce plicní zralosti u předčasného porodu

Vzhledem k relativní nezralosti je posunuta indukce zralosti u předčasného porodu do 34+6 týdne. Je-li v tomto období odteklá plodová voda (PPROM) po 33+0 týdne, podle uvážení porodníka a neonatologa ukončit těhotenství do 72 hod., tj. 24 hodin po ukončení aplikace kortikosteroidů.

Ukončení těhotenství

Bichoriální a biamniální gemini (fyziologický průběh gravidity), ukončit těhotenství **nejpozději do 38+6 týdne**.

Indukce porodu je akceptovatelná před termínem porodu (nekomplikované biamniální, bichoriální gemini). Způsob porodu je stanoven podle poloh obou plodů. Porod per vias naturales je možný, pokud oba plody jsou v poloze podélné hlavičkou a nejde o předchozí operaci na děloze. Strategii vedení porodu stanovit podle anamnézy, průběhu těhotenství a porodnické situace během porodu.

Monochoriální biamniální gemini ukončit od 34+0 do 36+6 týdne těhotenství.

Porod per sectionem caesaream:

- při nezralých porodních cestách (cervix skóre menší než 5);
- pokud se jedná o malpozici jednoho plodu;

- je-li váhový odhad jednoho z dvojčat menší než 1500 gramů;
- při váhové diskrepanci mezi oběma dvojčaty s možnou hypoxií intra partum.

Porod per vias naturales:

- oba plody v poloze podélné hlavičkou;
- pokud jsou porodní cesty připravené k porodu (cervix skóre větší než 7);
- jsou-li oba plody větší váhové kategorie než 1500 gramů;
- pokud v anamnéze není operace na děloze a průběh těhotenství byl fyziologický a kontinuální monitoring je zcela fyziologický;
- přání těhotné rodit per vias naturales stvrzené podpisem dokumentu „Informovaný souhlas s vaginálním vedením porodu monochoriálních dvojčat“;
- **Cave!** 10% riziko akutní twin to twin transfuze během porodu.

Monochoriální monoamniální gemini ukončit od 32+0 do 34+6 týdne těhotenství.

Porod per sectionem caesaream vždy!

- **Cave:** U monochoriálních dvojčat při úmrtí jednoho z nich se významně zvyšují rizika pro přežívající plod a management musí být založen na pečlivém hodnocení stavu plodu a gestačního stáří, podle kterých je nutné uvážit ukončení gravidity.

Obecné indikace k císařskému řezu u dvojčat

- Kolizní poloha plodů (1. plod v poloze podélné hlavičkou, 2. plod v poloze podélné koncem pánevním).
- Malpozice 2. dvojčete (poloha podélná koncem pánevním, poloha příčná).
- Císařský řez nebo operace na děloze v anamnéze.
- Všeobecně platné porodnické indikace k císařskému řezu.
- Při sdružených indikacích je těhotenství dvojčat významným faktorem.

Monitoring obou plodů za porodu

- Pokud vedeme porod per vias naturales, je třeba kontinuální monitoring obou plodů (kardiotokograf pro dvojčata).
- Nepřipustit protražovaný porod (stagnující nález > 3 hodiny – aplikovat uterotonika).
- Nepřipustit ani překotný porod < 1 hod. – aplikovat tokolytika.

- Je vhodná epidurální analgezie.
- Při porodu spíše podle okolností provést mediolaterální epiziotomii.
- V indikovaných případech je možné provést extrakční vaginální operaci (forceps) na první i druhé dvojče.
- VEX pouze u plodů nad 2500 gramů (hmotnostní odhad na základě provedené ultrazvukové biometrie).
- Po porodu prvního dvojčete oboustranná manuální laterální komprese děložních hran (udržení plodu v poloze podélné). Proveďte druhý přítomný porodník.
- Použít v závěru porodu vždy intravenózní stimulaci děložní činnosti oxytocinem, pokud nebyla již zavedena dříve.
- Interval mezi porodem prvního a druhého dvojčete nemá přesáhnout 60 minut, při kontinuální monitoraci srdeční činnosti plodu.
- Při průkazu situs transversus druhého dvojčete je indikován buď obrat vnitřními hmaty, pokud je porodník v obrazech erudován, není-li, pak sectio caesarea na druhé dvojče.

Trigemini

Porod vést u živých plodů vždy per sectionem caesaream. Pokud nenastane porod dříve, podle chorionicity ukončit těhotenství do 35+6 týdne těhotenství v perinatologickém centru intenzivní péče.

Quadrigemini a vyšší

Porod u živých plodů vždy vést per sectionem caesaream v perinatologickém centru intenzivní péče.

Literatura

1. Clinical trial of induction of labor versus expectant management in twin pregnancy. Cochrane Central Register, 2000, 49(1).
2. Consensus guidelines for timing of delivery for maternal, fetal and placental conditions after 34 weeks gestation. www.uptodate.com, 2012.
3. Delivery of twins. Semin Perinatol, 2012, 36(3), p. 195–200.
4. Elective delivery of women with a twin pregnancy from 37 weeks gestation. Cochrane Database of Systemic Rev, 2010, 1.
5. Planned early delivery versus expectant management for monoamniotic twins. Cochrane Database, 2010, 11.
6. Vaginal micronized progesterone and risk of preterm delivery in high-risk twin pregnancies: secondary analysis of a placebo-controlled randomized trial and metaanalysis. Ultrasound Obstet Gynecol, 2011, 38(3), p. 281–287.