Rizikové a patologické těhotenství

Mgr. Štěpánka Žejdlíková



Rizikové těhotenství

= všechna těhotenství, kdy je zvýšená pravděpodobnost, že se nenarodí dítě zcela zdravé

- nejčastěji se jedná o hrozící potrat nebo předčasný porod, o těhotenství, kdy je podezření na vrozenou vývojovou vadu plodu ap.
- může způsobit nemoc nebo nepravidelnost matky (např. příliš vysoký nebo nízký věk, dědičná zátěž, neúspěšná předcházející těhotenství, léčená neplodnost, vícečetná těhotenství ap.)
- vyžadují zvýšenou preventivní péči, těhotná žena navštěvuje poradnu, které se říká poradna pro riziková těhotenství

Patologické těhotenství

- těhotná žena je buď sama vážně nemocná nebo je ohrožen její plod, často mohou problémy potkat oba současně
- u některých žen mohla existovat choroba již před otěhotněním, ale v těhotenství se může případně zhoršit (např. cukrovka, některá plicní a srdeční onemocnění)
- u některých se může onemocnění objevit až v průběhu těhotenství (např. tzv. těhotenská cukrovka, preeklampsie)
- u plodu se mohou vyskytnout vrozené vývojové vady, stavy s poruchou výživy, projevy Rh-izoimunizace matky
- patologická těhotenství vyžadují léčebnou péči, u lehčích forem často jen ambulantní, u těžších pobyt v nemocnici
- některé nepravidelnosti, vícečetné těhotenství, nepravidelné uložení dítěte, nízko nasedající placenta ap. vyžadují často tzv. preventivní hospitalizaci před porodem - žena leží na oddělení pro riziková těhotenství

Prodloužená gravidita

= těhotenství trvající déle než 42. týdnů

Riziko pro plod a matku

- pupečníkové komplikace, nedostatečnost placenty
- makrosomie plodu - porodní poranění
- aspirace mekonia, hypoxie plodu

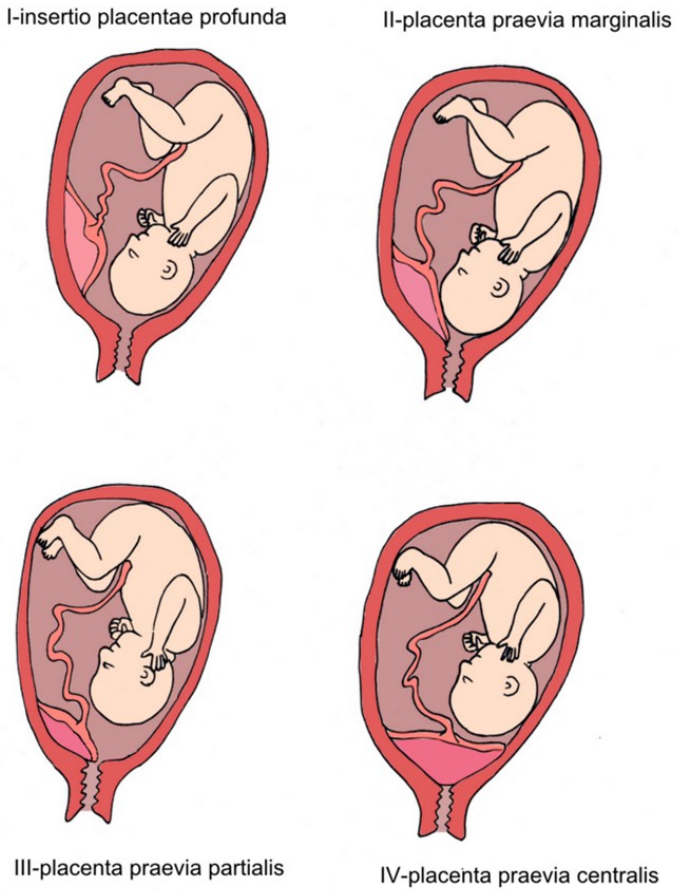
- pokud žena neporodí do 41+3 - indukce porodu
- přenášení je pro ženu stresující - vliv okolí

Krvácení v těhotenství

Placenta praevia (vcestné lůžko)

= vajíčko se uhnízdilo v oblasti dolního děložního segmentu

- krvácení může ohrozit na životě matku i plod
- příznaky - krvácení, může vést k anémii
- dg. - UTZ
- léčba - závisí na intenzitě a stavu plodu vyčkávací postup, SV



Krvácení v těhotenství

Abrupce placenty

= předčasné odlučování lůžka

- odloučená placenta ztrácí svou funkci
- příčiny - preeklampsie, úraz, nejasná příčina
- příznaky - bolest břicha, krvácení, hypoxie plodu, rozvíjející se šok
- dg. UTZ, klinika, KO, hemokoagulační parametry
- léčba - akutní SC

Hypertenze v těhotenství

- až ¼ všech hospitalizací těhotných spojeno s hypertenzí
- příčina až 10% předčasných porodů
- výskyt stoupá (zvyšující se věk rodiček, obezita, přidružené onemocnění)

Rozdělení

- **gestační arteriální hypertenze** = TK nad 139/89 mmHg, objevuje se po 20.tt, bez proteinurie, po porodu mizí
- **chronická arteriální hypertenze** = TK nad 139/89 mmHg, nástup před otěhotněním nebo před 20.tt, přítomna proteinurie, po porodu nezmizí
- **preeklampsie** - zvláštní forma těhotenské hypertenze

Preeklampsie

- onemoc. vyvolané těhotenstvím, vzniká po 20.tt
- změny kardiovaskulárního systému
- dává vznik hypertenzi, proteinurii, edémům a následně až spazmus cév - špatné prokrvení orgánů matky i plodu (ledviny, játra, mozek, plíce, placenta)
- příznaky - tlak nad 139/89, proteinurie, edémy, nauzea, zvracení, laboratorně - vzestup kys. močové,kreatinu, jaterních enzymů, pokles trombocytů,..)
- léčba - léčba hypertenze (Dopegyt, Vasocardin), prevence křečí, vyrovnávání bilence tekutin, včasné ukončení těhotenství

Eklampsie

= záchvatovitý stav tonicko - klonických křečí, navazuje na předchozí těžkou preeklampsii

- příčinou je spazmus v CNS - hypoxie - edém mozku - morfologické změny mozkové tkáně
- příznaky - prodromy (neklid, záškuby v obličeji), tonické křeče (postihují svaly hrudníku a bránice), klonické křeče (tělo se zmítá v nekoordinovaných pohybech), kóma (po probuzení amnézie)

HELLP syndrom

- velmi vážná komplikace v těhotenství
- výrazná mortalita a morbidita (až 40%)
- zvláštní forma preeklampsie - projevuje se hemolýzou, zvýšenými jaterními enzymy, snížením trombocytů
- nejčastěji u multipar kolem 25. roku, ve 36. týdnu
- příznaky - bolest v epigastriu a pravém podžebří, nauzea, zvracení, malátnost, únava, otoky, ikterus
- léčba - ukončení těhotenství

Relativní (těhotenská) anémie

- nejčastější druh anémie v těhotenství
- způsobeno sníženou tvorbou železa
- stav většinou dobře kompenzován
- výskyt asi u 30% těhotných v průběhu III. trimestru

Sideropenická anémie

- výskyt nejvíce u žen s rychle po sobě jdoucími těhotenstvími, v další graviditě se projeví vyčerpané zásoby železa
- příznaky - únava, slabost, nesoustředěnost, ragády koutků
- léčba - preparát železa per os
- při hodnotách hemoglobinu pod 8,8g/dl klesá významně saturace plodu kyslíkem

Trombocytopenie

= snížené množství trombocytů v krvi

Benigní těhotenská trombocytopenie

- léčba není indikována, jen kontrola počtu destiček, porod lze vést vaginálně

Idiopatická trombocytopenická purpura

- většinou asymptomatické, poté se objevují petechie, hematomy, krvácení z dásní
- rizika - krvácení během porodu, krvácení u plodu
- léčba- kortikosteroidy (vysoké dávky 3-5 dní)

Omamné látky v těhotenství

- skutečná incidence drog neznámá
- často nulová prenatální péče
- pokud je těhotenství sledováno - vysoce rizikové gravidity - podvýživa, anémie, hepatitidy B,C, STD
- drogy procházejí placentou a ovlivňují plod
- přenos HIV a hepatitid na plod

Omamné látky v těhotenství

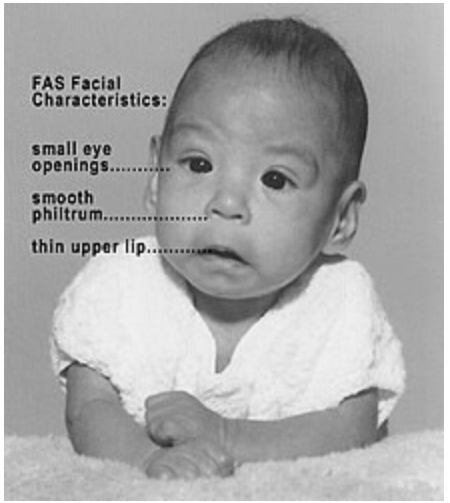
Opiáty

- hromadí se v PV, plod závislý, u novorozence do 48 hodin novoroz. abstinenční syndrom - křeče

Stimulační drogy (pervitin, kokain)

- tachykardie u matky, zvýšená dráždivost dělohy, chornická hypoxie plodu, nízká porodní hmotnost, riziko předčasného porodu, v kojeneckém věku syndrom náhlého úmrtí novorozence

Omamné látky v těhotenství



Marihuana

- na plod stejný vliv jako kouření, nižší porodní hmotnost

Nikotinismus

- novorozenci mají nižší porodní hmotnost, jsou dráždivější, více ohroženi syndromem náhlého

Alkohol

- pravidelná konzumace alkoholu v těhotenství - FAS - mikrocefalie, krátký tenký horní ret, nízký kořen nosu, krátký nos, anomálie uší, poruchy neuropsychického vývoje

Diabetes v těhotenství

- klasifikace - vznik před těhotenstvím (preexistující), vznik v těhotenství (gestační)
- rizikové pro plod i pro matku, vyžaduje specifickou péči

Preexistující DM

- riziko pro plod - 1.trimestr (častější potraty, vznik VVV), novorozenec - diabetická fetopatie, makrosomie, postižení srdce, novorozenecká žloutenka
- rizika pro matku - zánětlivá onemocnění, preeklampsie, hypertenze, gestóza, placentární insuficience
- sledování těhotných s DM - kontrola glykemických profilů (1x týdně), kontrola renálních profilů (1x tři měsíce), oční vyšetření (1x tři měsíce), kontrola TK a

Gestační diabetes mellitus

= porucha glukózové tolerance, která se objevila v těhotenství

- rizikové faktory - obezita, věk nad 25 let, RA, GDM v předchozím těhotenství, porod makrosomického plodu nebo mrtvého plodu v anamnéze
- dg. - screeningový program

1. screening (do 14.tt), glykemie nalačno, hodnota nesmí přesáhnout 5,1 mmol/l, pokud přesáhne, opakuje se test další den, opakovaná hodnota normální - oGTT, opakovaná hodnota vyšší - diagnóza GDM
2. screening (24.-28.tt), oGTT - orální glukózo toleranční test, vyšetření ráno, nalačno, odběry krve, roztok 75g glukózy, další glykemie za hodinu a za dvě, glykemie by neměla přesáhnout 5,1 - 10,5 - 8,5

Gestační diabetes mellitus



- léčba - dietní režim, zvýšení tělesné zátěže, pokud nedojde k normalizaci - inzulinoterapie
- péče o ženu - častější ultrazvuky (makrosomie plodu), ke konci gravidity častější kontroly (včetně CTG), porod do 40.tt (intrauterinní úmrtí plodu), po porodu dispenzarizace u diabetologa, po 6 měsících od porodu opět oGTT
- péče o komplikované pacientky přesunuta do perinatologického centra

Urologické onemocnění v graviditě

Cystitida = zánět MM

- příznaky - dysurie, subfebrilie, zkalená moč, hemoragie
- léčba - hospitalizace na odd. rizikových gravidit, klid, teplo, ticho, tekutiny, urologický čaj, ATB, důležitost močení,

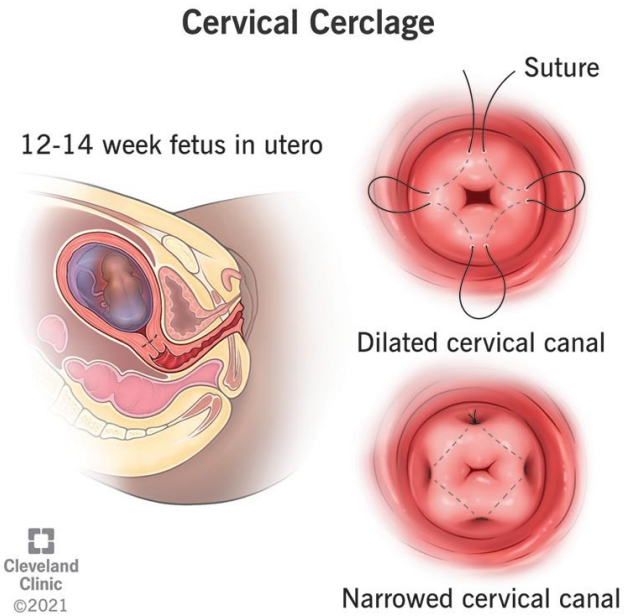
Pyelonefritida = zánět ledvinné pánvičky

- příznaky - febrilie, třesavka, bolest v bederní krajině, dysurie, nauzea, zvracení
- léčba - hospitalizace, klid, teplo, ticho, ATB , sledování stavu (CTG), snížení horečky (nebezpečné pro plod)
- riziko - růstová restrikce, předčasný porod, intrauterinní úmrtí

Hrozící potrat

= abortus imminens

- příznaky - špinění, pobolívání v podbřišku
- příčina - částečná separace plodového vejce od deciduy retroplacentárním hematomem
- léčba - klidový režim, pracovní neschopnost
- inkompetence hrdla bez děložních kontrakcí - na začátku II. trimestru cerclage - steh se odstraňuje 2 týdny před předpokládaným termínem porodu



Hrozící předčasný porod

- porod do týdne těhotenství 37+0
- příčina předčasného porodu zatím není zcela objasněna (podílí se především infekce fetomaternální jednotky, choroby děložního hrdla, odlučování placenty, abnormální implantace plodového vejce, genetické vlivy, stres matky)
- v ČR incidence předčasných porodů dlouhodobě pohybuje okolo 8 %
- tokolýza - k zastavení nebo zmírnění kontrakční činnosti dělohy - oddálení předčasného porodu (o řádově dny)
- získání času pro převoz do perinatologického centra
- antenatální podání kortikosteroidů u žen s předčasným porodem snižuje riziko neonatálního úmrtí, riziko syndromu dechové tísně novorozence a riziko intraventrikulárního krvácení plodu/novorozence, 24. až 35. týdnem těhotenství, pokud očekáváme předčasný porod v nejbližších 7 dnech

Hrozící předčasný porod

- ATB léčba - snížení incidence časných a pozdních novorozeneckých a mateřských infekcí
- při příjmu těhotné s hrozícím předčasným porodem se provádí odběr stěr z vaginy a rekta ke stanovení kolonizace Streptococcus agalactiae (GBS)
- ATB profylaxe GBS u předčasného porodu se zachovanou plodovou vodou je indikovaná, pokud je předčasný porod je neodvratitelný a nejsou známy výsledky kultivace pro GBS, nebo je těhotná GBS pozitivní
- antibiotikem první volby je penicilin G i.v., při alergii clindamycin i.v.
- neuroprotekce - magnesium sulfát ($MgSO_4$) prokazatelně snižuje riziko rozvoje dětské mozkové obrny, indikace - hrozící předčasný porod mezi 24+0 až 32+0 týdnem těhotenství

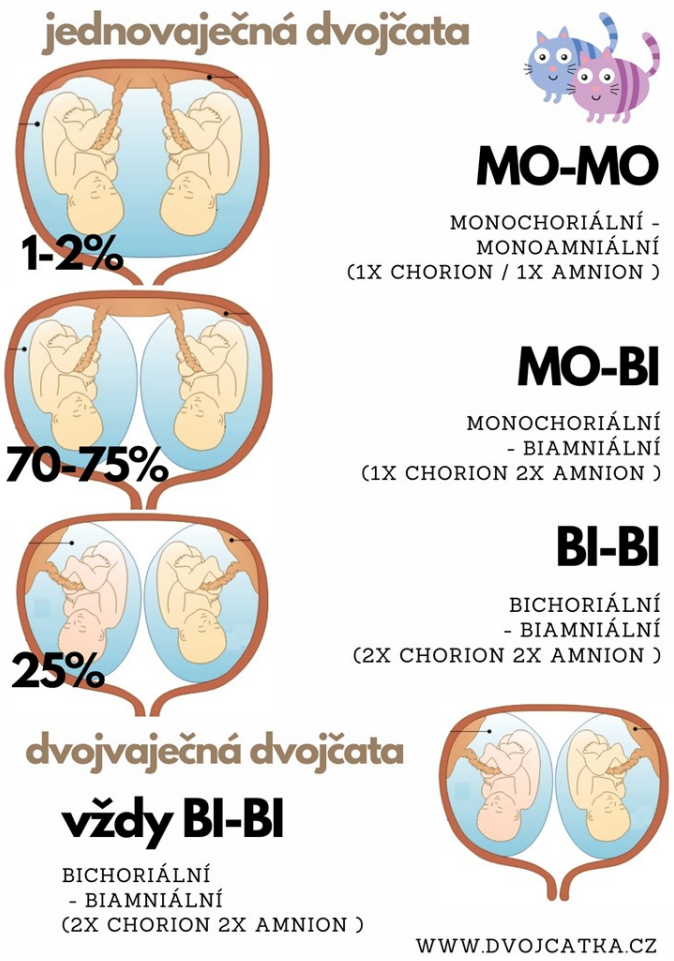
Vícečetné těhotenství

= vývoj v děloze a pozdější porod více než jednoho plodu

- podle počtu plodů mluvíme později o dvojčatech (= gemini), trojčatech (= trigemini), apod.
- vícečetným těhotenstvím je spojeno více komplikací, protože představuje pro organismus větší nároky, zátěž a riziko, proto ženy s vícečetným těhotenství mají zvýšenou perinatální péči
- výskyt vícečetného těhotenství přibývá, možnost výskytu dvojčat se také zvyšuje, když jeden z rodičů sám pochází z dvojčat, nebo se dvojčata vyskytují ve větší míře v rodině

Vícečetné těhotenství

- u monozygotních dvojčat je možný vznik zkratového krevního oběhu a rozvine se tak syndrom feto-fetální krevní transfuze
- jeden plod trpí hypervolemií - přijímá více plodové vody, více živin, a jeho organismus je přetěžován
- druhý plod trpí hypovolemií, má málo plodové vody, chybí mu živiny, a jeho organismus strádá
- léčba - musí dojít k přerušení přítomných krevních zkratů pomocí laserové koagulace pod ultrazvukovou kontrolou, jinak může dojít k úmrtí obou plodů



Vícečetná těhotenství

Mateřská rizika

- četnější časné gestózy, vyšší výskyt potratů, častější výskyt anémií a hypertenzí
- zhoršení venózní cirkulace a vyšší tvorba varixů, dechové obtíže kvůli výše uložené bránice
- častější výskyt příznaků preeklampsie

Rizika pro plod

- syndrom mizejícího dvojčete (zhruba od 10. týdne se vyvíjí těhotenství jako jednočetné)
- vyšší riziko úmrtí plodů (nejvyšší riziko je kolem 28. týdne u monochoriálních, u bichoriálních narůstá riziko s vyššími stádii gravidity)
- asymetrický intrauterinní vývoj plodu - rozdílný vývoj obou plodů, jeden je přetěžován, druhý strádá
- syndrom transfuze mezi dvojčaty
- předčasný porod - časnější odtok plodové vody a předčasný porod představuje pro plody značné rizika (více než 50% dvojčat se narodilo před 37. týdnem)

Vícečetná těhotenství

- prenatální péče u vícečetného těhotenství určitá specifika
- do 14. týdne je potřeba určit podle sonografického vyšetření chorionicitu a amnionicitu
- během prenatální péče je potřeba klást důraz na - včasnou diagnostiku množství plodů a určení množství plodových obalů a placent, včasnou diagnostiku vrozených vad a komplikací, včasnou diagnostiku hrozícího předčasného porodu
- frekvence prenatálních kontrol je častější a jsou více individuální než u jednotného těhotenství
- četnost ultrazvukového vyšetření u monochoriálních jsou každé dva týdny, předporodní kardiotokografické monitorování je zavedeno od 36. týdne

Vícečetná těhotenství

Porod

- spontánním vaginálním porodem se mohou narodit dvojčata bi-bi (nejlépe při poloze hlavičkami dolů), a mono-bi (zde je nutný informovaný souhlas se spontánním porodem)
- ostatní případy a více než dvojčetné těhotenství se rodí císařským řezem
- pokud se setkáme, že jsou v děloze dvojčata bi-bi a jedno je v poloze hlavičkou dolů a druhé koncem pánevním, tak se přikláníme k plánovanému císařskému řezu, jedná se o tzv. kolizní postavení obou plodů