

## VEDENÍ PORODU MRTVÉHO PLODU – DOPORUČENÝ POSTUP

### Autoři

M. Procházka, A. Měchurová, P. Čepický, P. Calda

### Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

Schváleno výborem ČGPS ČLS JEP dne 21. 3. 2014.

### Porod a potrat – definice podle současné legislativy v České republice

Od 1. 4. 2012 došlo ke změně definice mrtvorozenosti v České republice podle doporučení WHO. Nyní, podle § 82 odst. 2 zákona o zdravotních službách, **porodem** mrtvého plodu rozumíme porod plodu beze známek života (srdeční akce, dýchací pohyby, aktivní svalové pohyby, křik) o hmotnosti více než 500 gramů. Nelze-li zjistit hmotnost plodu, poté je kritériem gestační stáří (22. týden gravidity), není-li známo ani gestační stáří plodu, poté vycházíme z délky plodu od temene k patě (25 cm). O **potratu** hovoříme, dojde-li k vypuzení plodu beze známek života o hmotnosti méně než 500 g nebo gestačního stáří plodu méně než 22 týdnů, při nemožnosti zjištění hmotnosti plodu. Mrtvorozenost u plodů nad 500 g se v ČR pohybuje kolem 3,9 ‰.

### Diagnóza

Stanovení diagnózy mrtvého plodu se provádí ultrazvukovým vyšetřením.

### Porod – způsob vedení a načasování

- U stavů, kde je příčinou odumření plodu současně ohroženo zdraví rodičky (sepsa, abrupce placenty, preeklampsie, HELLP syndrom, DIC) podnikáme okamžité kroky k ukončení těhotenství podle aktuálního porodnického nálezu a celkového stavu rodičky.
- Při stanovení taktiky vedení porodu preferujeme vaginální porod. Ve zcela výjimečných případech je možné použít vaginálních extrakčních metod (vakuumextrakce, forceps) i zmenšovacích operací.

- Císařský řez je metodou volby u stavů bezprostředního ohrožení života ženy, kdy hrozí riziko zprodlení, a dále u stavů, kde je absolutní kontraindikace k vaginálnímu vedení porodu nebo plod nelze za užití dostupných porodnických metod vaginálně porodit. Při porodu mrtvého plodu v poloze podélné koncem pánevním preferujeme vaginální porod a nemusí být splněny podmínky podle doporučeného postupu.
- Základní laboratorní odběry při příjmu rodičky zahrnují: krevní obraz, koagulační parametry, základní biochemická vyšetření, CRP a vyšetření moči.
- Indukci porodu zahajujeme tam, kde není bezprostředně ohrožen život ženy, až po stanovení základních laboratorních parametrů a pokud možno v běžné pracovní době, kdy jsou optimální podmínky k řešení případných komplikací.
- K indukci porodu lze užít prostaglandiny i oxytocin (ten po dirupci vaku blan).
  - Dávkování a způsob užití vychází z aktuálního klinického porodnického nálezu. Obecně lze užít k indukci porodu vyšších dávek oxytocinu.
  - K dilataci hrdla můžeme použít i mechanické metody (hygroskopické cervikální dilatátory, Foleyův katétr).
  - Po porodu mrtvého plodu, pokud je to možné, nepřerušujeme pupečník a k histopatologickému vyšetření zasíláme plod společně s placentou (vyloučení trombózy pupečníku jako příčiny úmrtí).
- Prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen se provádí dle doporučení ČGPS ČLS JEP (Čes. Gynek. 2013, 78, č. 2, s. 132-133).
- ATB profylaxe včetně GBS pozitivních je vhodná. U rodiček se známkami infekce nebo sepsy

je indikována intravenózní léčba širokospektrými antibiotiky (ampicilin i.v., iniciační dávka 2 g, dále 1,0 g v intervalu 6 hodin a gentamicin 240 mg i.v. v intervalu 24 hodin).

- Vhodné je užití regionální analgezie, při respektování všech kontraindikací.
- Indikována je prevence tromboembolické nemoci nízkomolekulárním heparinem v profylaktické dávce až do úplné mobilizace pacientky (3–4 dny).

#### **Péče po porodu a v šestinedělí**

---

- Vhodná je komplexní psychologická podpora páru, včetně následného poradenství.
- Lékem volby při zástavě laktace jsou agonisté dopaminu.
- Všechna těhotenství a porody plodů intrauterinně odumřelých by měly projít auditem perinatální péče příslušného pracoviště.

#### **Literatura**

---

1. **ACOG Practice Bulletin.** Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist, 102, March 2009.
2. **Klíkarová, J., Šnajbergová, K., Měchurová, A., Velebil, P., Feyereisl, J.** Syndrom intrauterinního úmrtí plodu: Analýza souboru za období 2008–2012 v Ústavu pro péči o matku dítě. Intrauterine fetal death syndrom: analysis of cases from 2008 to 2012 in Institute for the care of mother and child. Čes Gynek, 2014, 2, v tisku.
3. **SOGC Clinical Practice Guidelines.** Stillbirth and bereavement: Guidelines for stillbirth investigation. J Obstet Gynecol Can, 2006, 28(6), p. 540–545.
4. **SOGC Committee opinion.** Evaluation of prenatally diagnosed structural congenital anomalies, No. 234, September 2009.
5. **SOGC Technical update.** Fetal and perinatal autopsy in prenatally diagnosed fetal abnormalities with normal karyotype, No 267, October 2011.
6. **ROCG Green Top Guidelines** No. 55: Late intrauterine fetal death and stillbirth.

**Podpořeno výzkumným záměrem MZ ČR – RVO VFN64165.**