

PÉČE V MATEŘSTVÍ VÝZKUMY A PRAXE

Mgr. Markéta Pavlíková

www.biostatisticka.cz

PÉČE V MATEŘSTVÍ: VÝZKUMY A PRAXE

A. Jak funguje věda a výzkum v medicíně

- Co je to EBM
- Jak se dělá výzkum
- Jak se výzkum aplikuje

B. S čím se setkáváme a co na to věda

C. Jak se rodí v Česku?

D. Kde hledat informace?

A. JAK FUNGUJE VĚDA A VÝZKUM

TROCHA HISTORIE

- 1721 – test nákazy živými neštovicemi na 6 vězních (Anglie)
- 1796 – test nákazy kravskými neštovicemi – vaccinace (vacca = kráva)
- časté objekty testů: vězni, sirotci, mentálně postižení, otroci, děti chudých, lidé černošského původu ...
- bez souhlasu nebo povšechný souhlas, ale tajení důležitých informací
- etické otázky (souhlas, informace) – pokládány od 19. stol

TROCHA HISTORIE

- 1947 – Norimberský kodex
- pokusy bez souhlasu až do 70. let
- 1978 – National Perinatal Epidemiology Unit in Oxford
- 1993 – založena Cochrane Collaboration
- 1996 – Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny
- ČR ratifikovala 2001
- 1996, 2000: formulace principů EBM

A1. CO JE EBM

EBM = Evidence Based Medicine

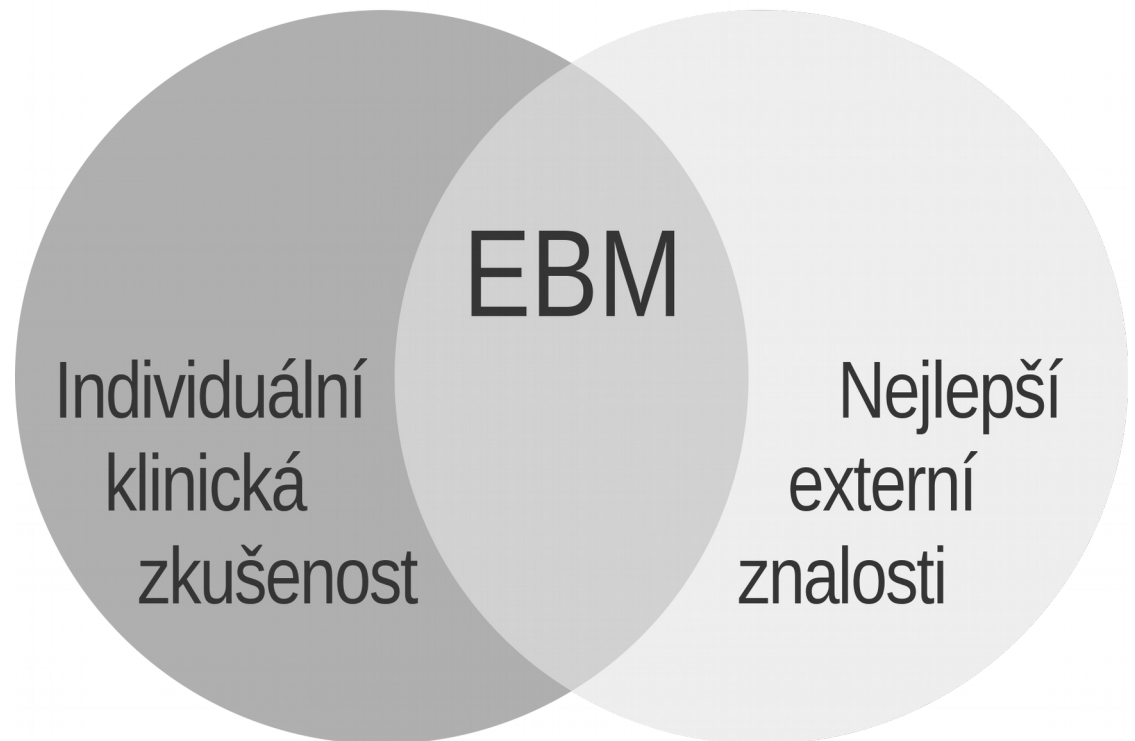
Medicína založená na důkazech

EBP = Evidence Based Practice

Praxe založená na důkazech

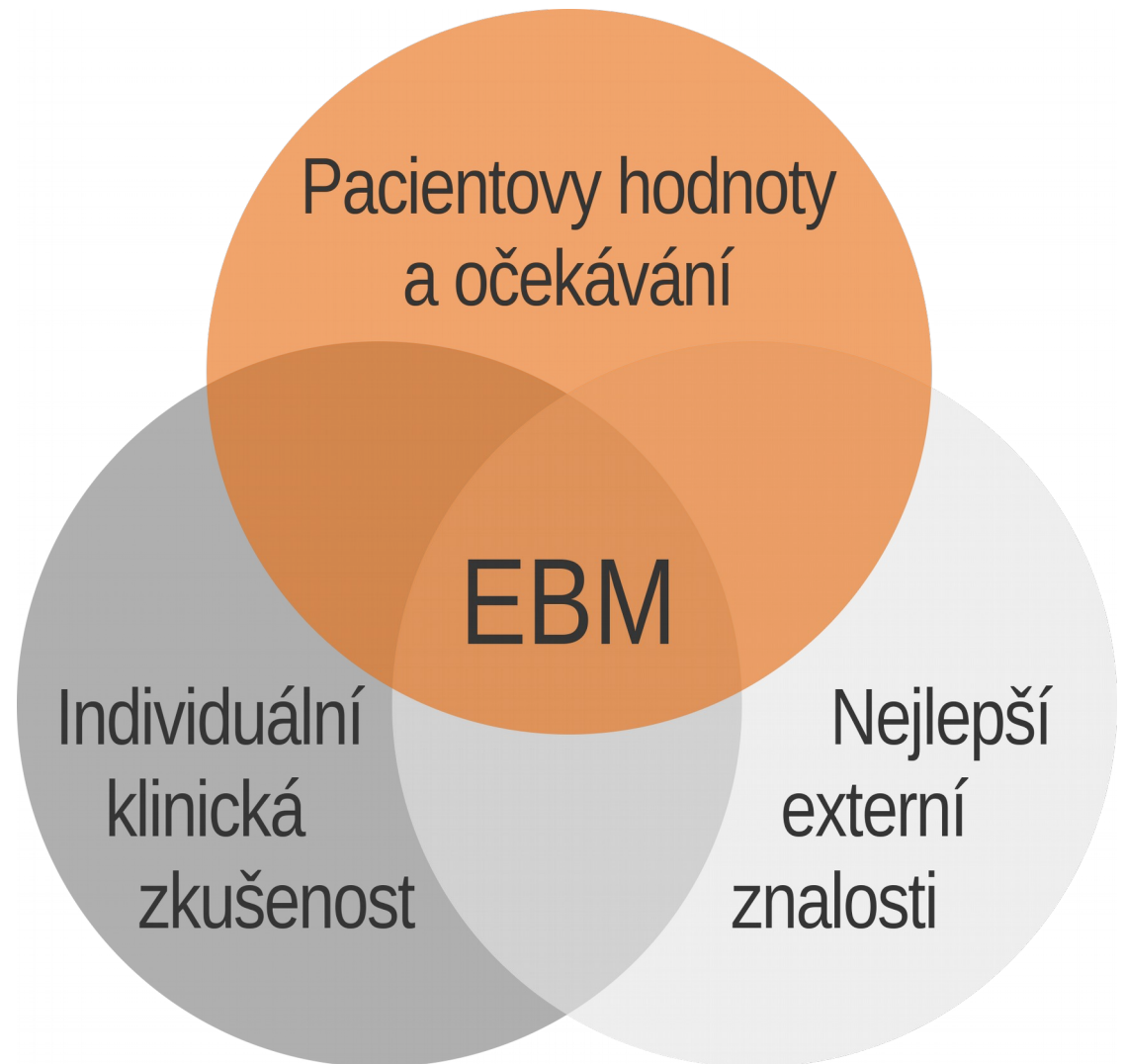
PŮVODNÍ DEFINICE EBM

EBM je pečlivé, důsledné a uvážené užití současných nejlepších vědeckých důkazů při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty. Praktikování EBM znamená spojení individuální klinické **zkušenosti** s nejlepšími dostupnými **důkazy** ze systematického výzkumu. (Sackett 1996)



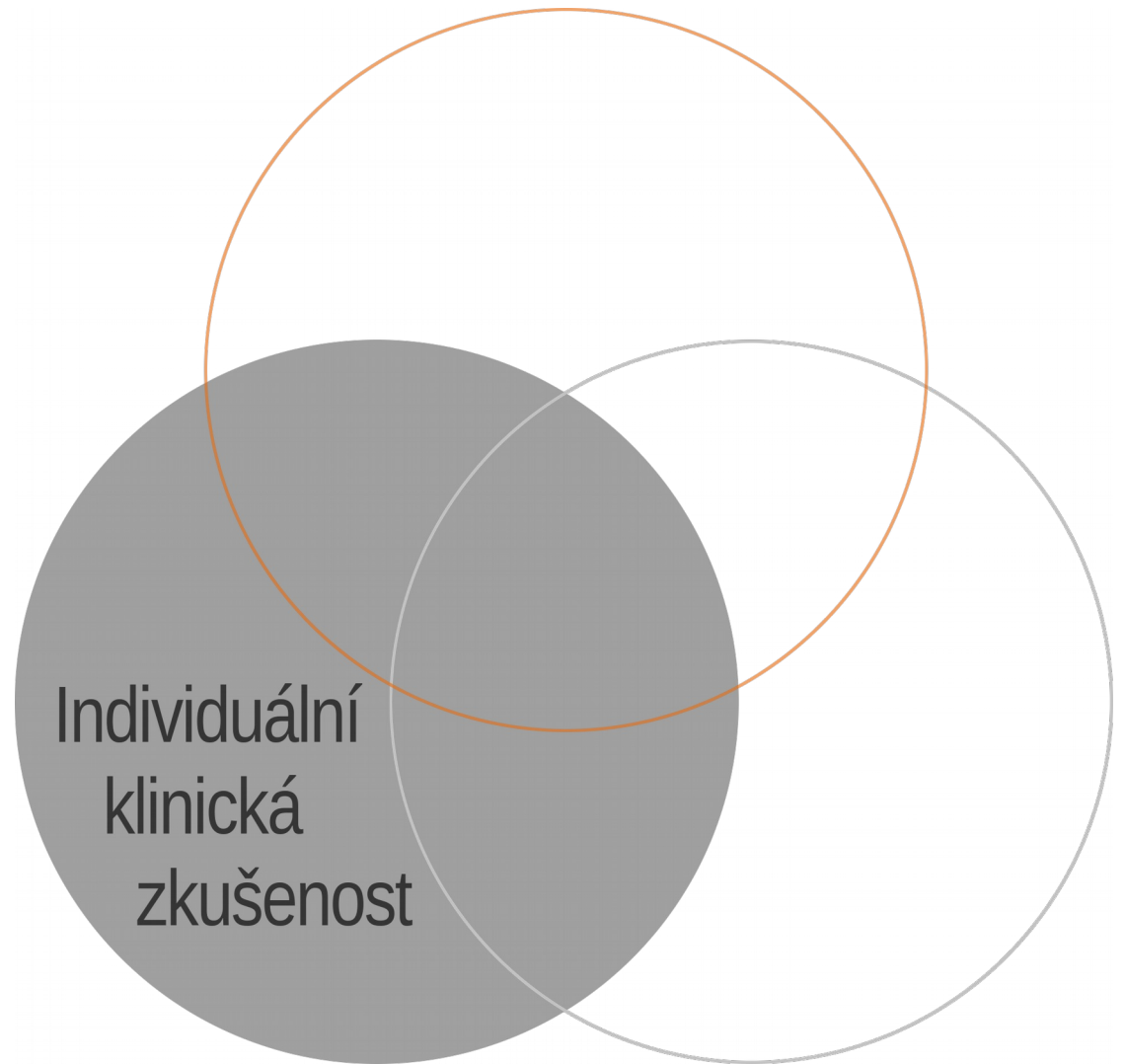
NOVÁ DEFINICE EBM

EBM je systematický přístup k řešení klinických problémů, který umožňuje propojení nejlepších dostupných vědeckých **důkazů** s klinickou **zkušeností** a **preferencemi** pacienta (patient values). (Sackett 2000)



INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

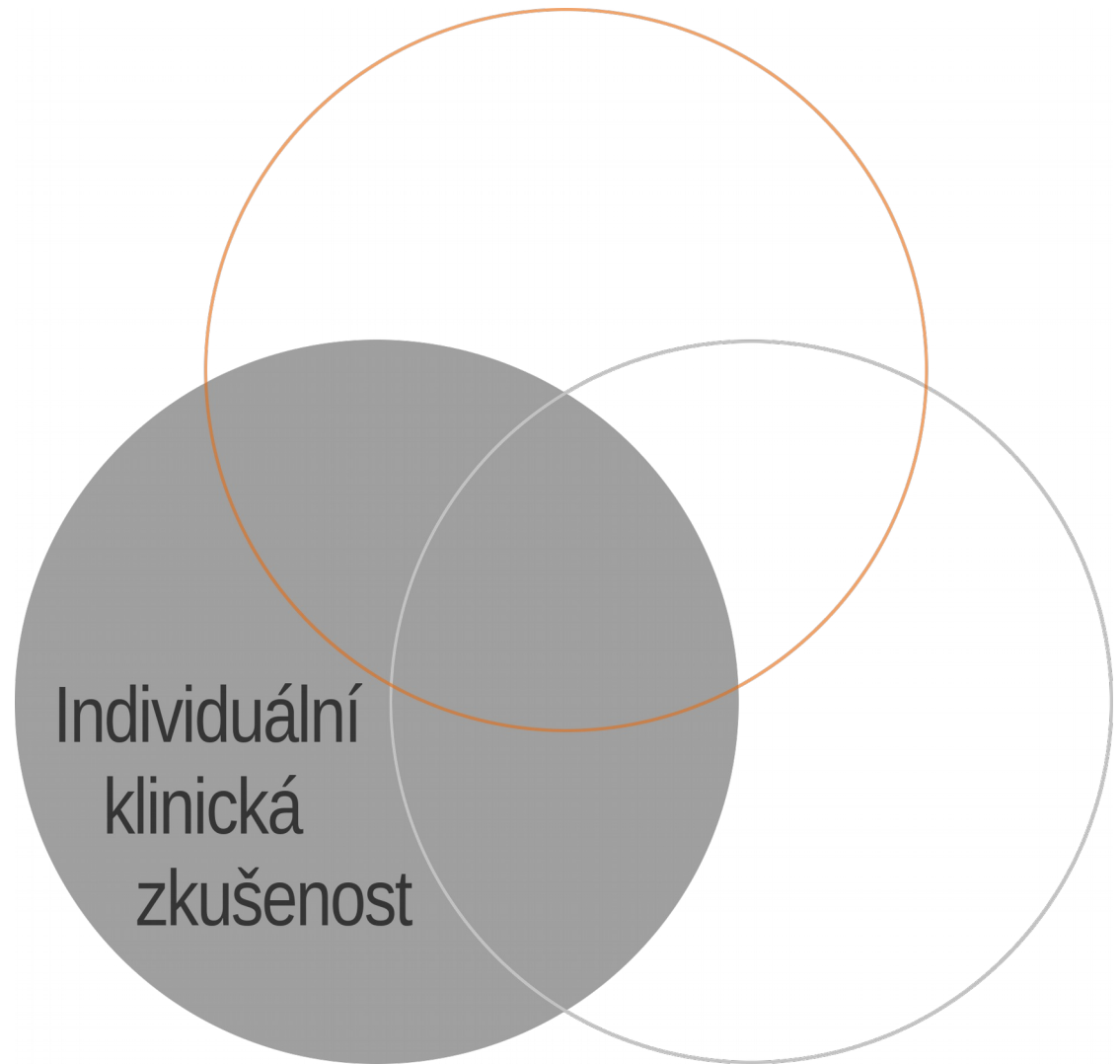
- schopnost rozpoznávat problémy
- nacvičené reakce eliminující chyby
- osvědčené postupy
- “takový ten pocit” - zapojení intuice



INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

ALE TAKÉ

- rutinní praxe
- role prostředí
- role authority

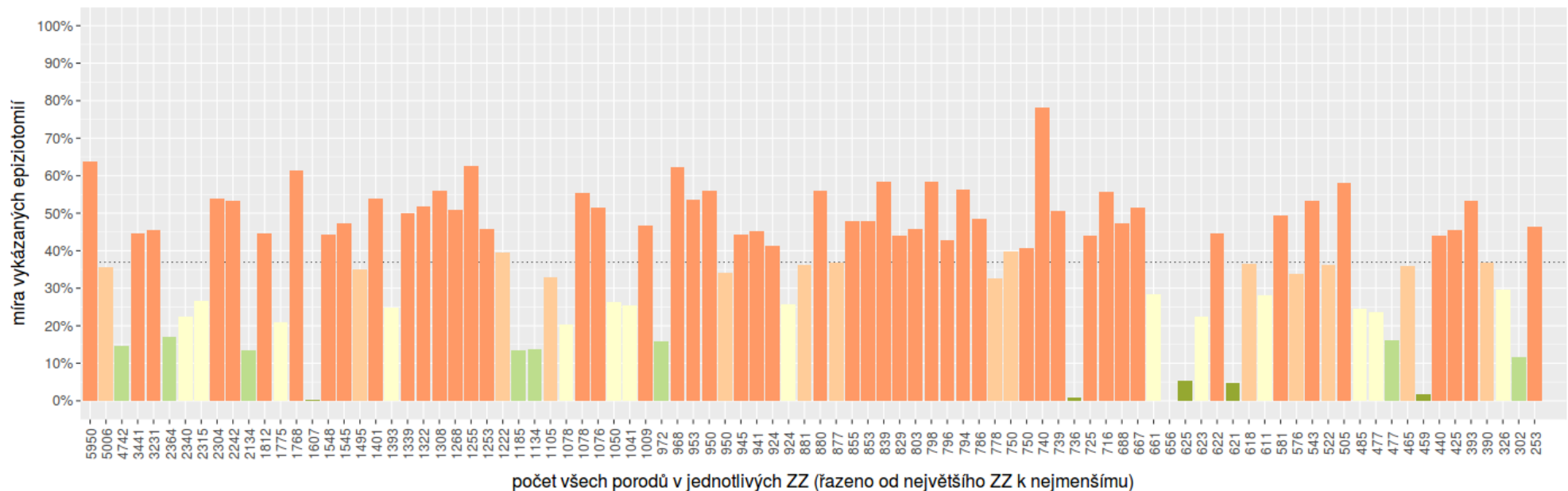


INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

Epiziotomie

Vykazovaná míra epiziotomií u vaginálních porodů na porodních odděleních v ČR, 2015

Vykázaná míra epiziotomií ■ pod 10 % ■ 10-20 % ■ 20-30 % ■ 30-40 % ■ přes 40 %

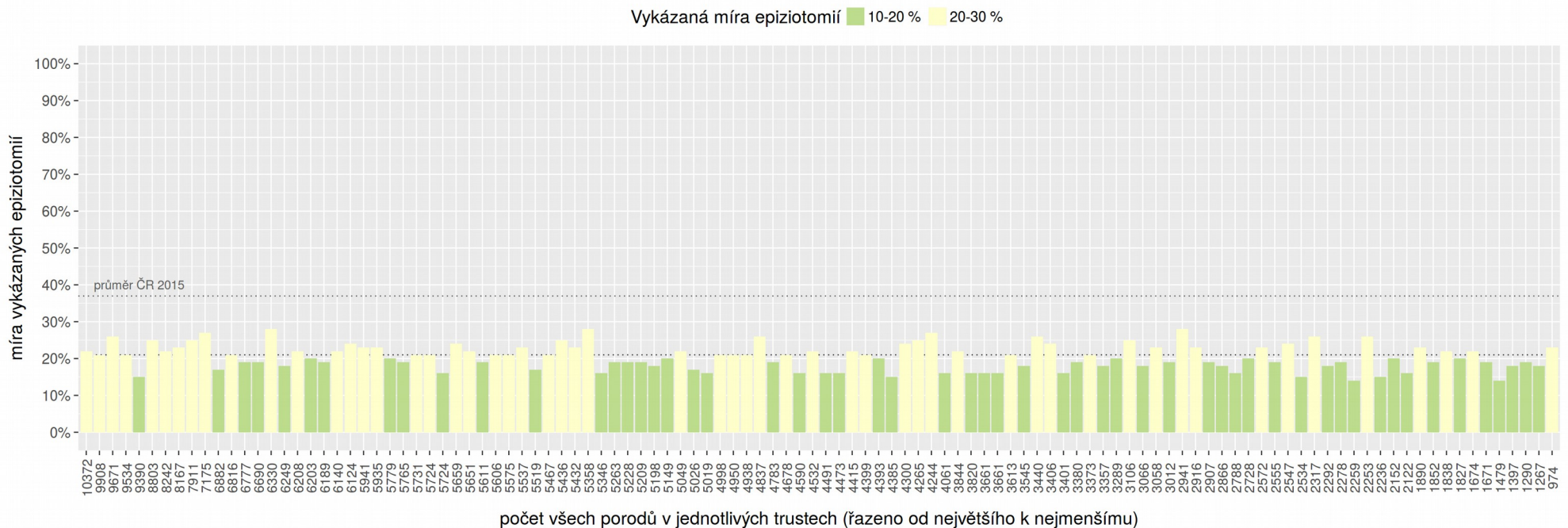


- celostátně 37 %, jen 12 zařízení pod 20 %
- ČR, ÚZIS, rok 2015

INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

Epiziotomie

Vykazovaná míra epiziotomií v NHS trustech v Anglii, 2014-2015

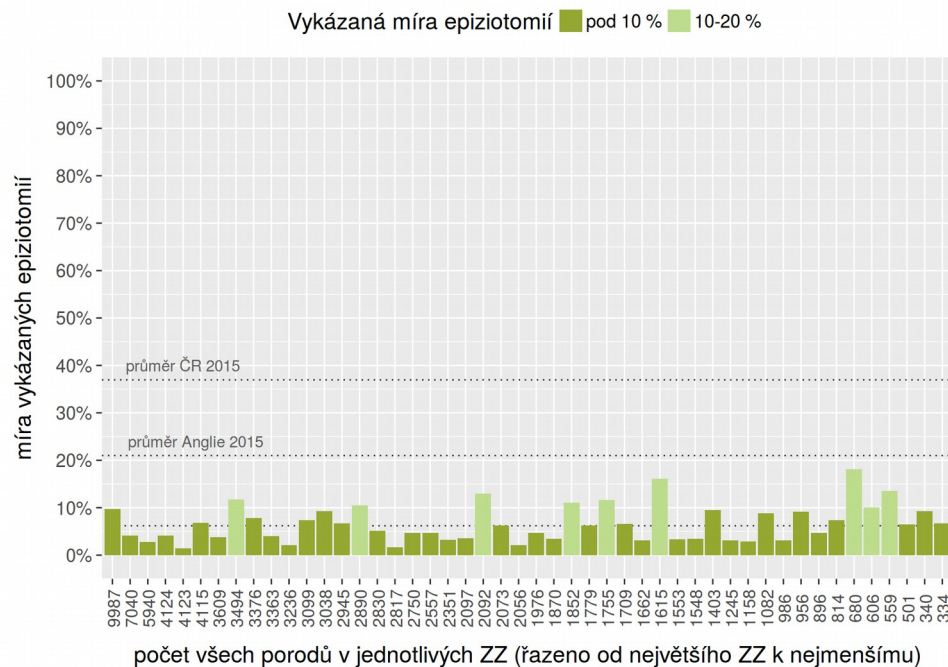


- celostátně 21 %, maximum 28 %
- **Anglie**, rok 2014-2015

INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

Epiziotomie

Vykazovaná míra epiziotomií v porodnicích ve Švédsku, 2015



- celostátně 6 %, maximum 18 %
- Švédsko, rok 2015

INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

Při aplikaci čistě individuální klinické zkušenosti

- hrozí užívání medicíny založené čistě na autoritě
- konflikt s externí zkušeností někoho jiného
- konflikt s externí vědeckou evidencí (popírání)
- konflikt se **zájmy** a **preferencemi pacienta**

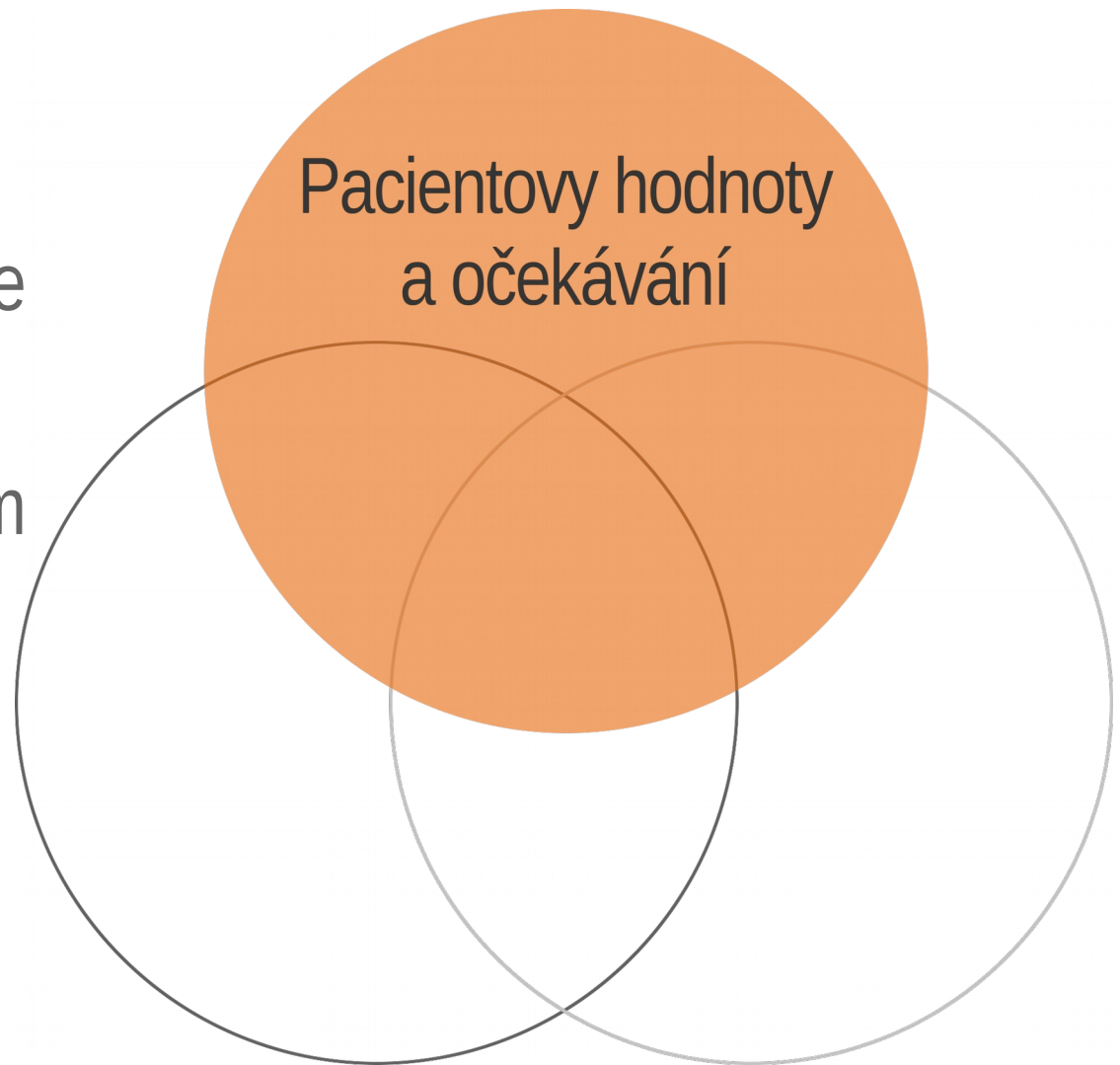
NEJLEPŠÍ EXTERNÍ ZNALOSTI

- graf první krok
“někde to dělají jinak”
- co říká odborná společnost?
- jsou na to nějaké výzkumy a co říkají?
- jak kvalitní to zjištění je?



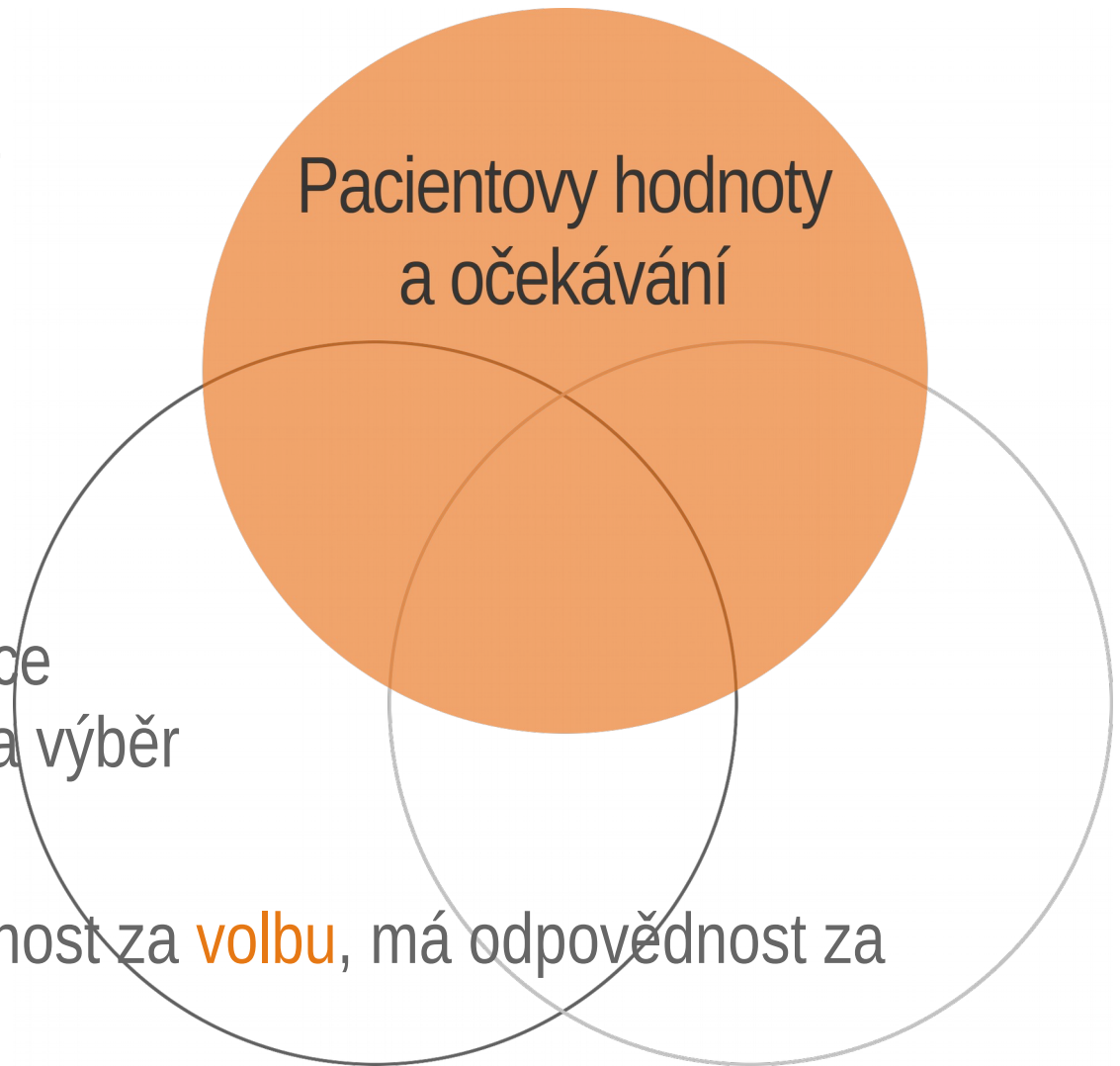
PACIENTOVY PREFERENCE

- forma péče, fyzický i psychický komfort
- hledání vhodné cesty je benefitem pro oba
- respekt k náboženským a osobním postojům
- péče poskytování proti něčí vůli není dobrá, nenaplňuje cíl uzdravit celého člověka



PACIENTOVY PREFERENCE

- pacient se sebou a svým rozhodnutím žije celý život
- právní aspekty
 - Úmluva o biomedicíně
 - informovaný souhlas
- individuální zkušenost
+ externí vědecké informace
= informované možnosti na výběr
= informovaný souhlas
- zdravotník nemá odpovědnost za **volbu**, má odpovědnost za **provedení** péče



CO JE EBM A K ČEMU JE DOBRÁ?

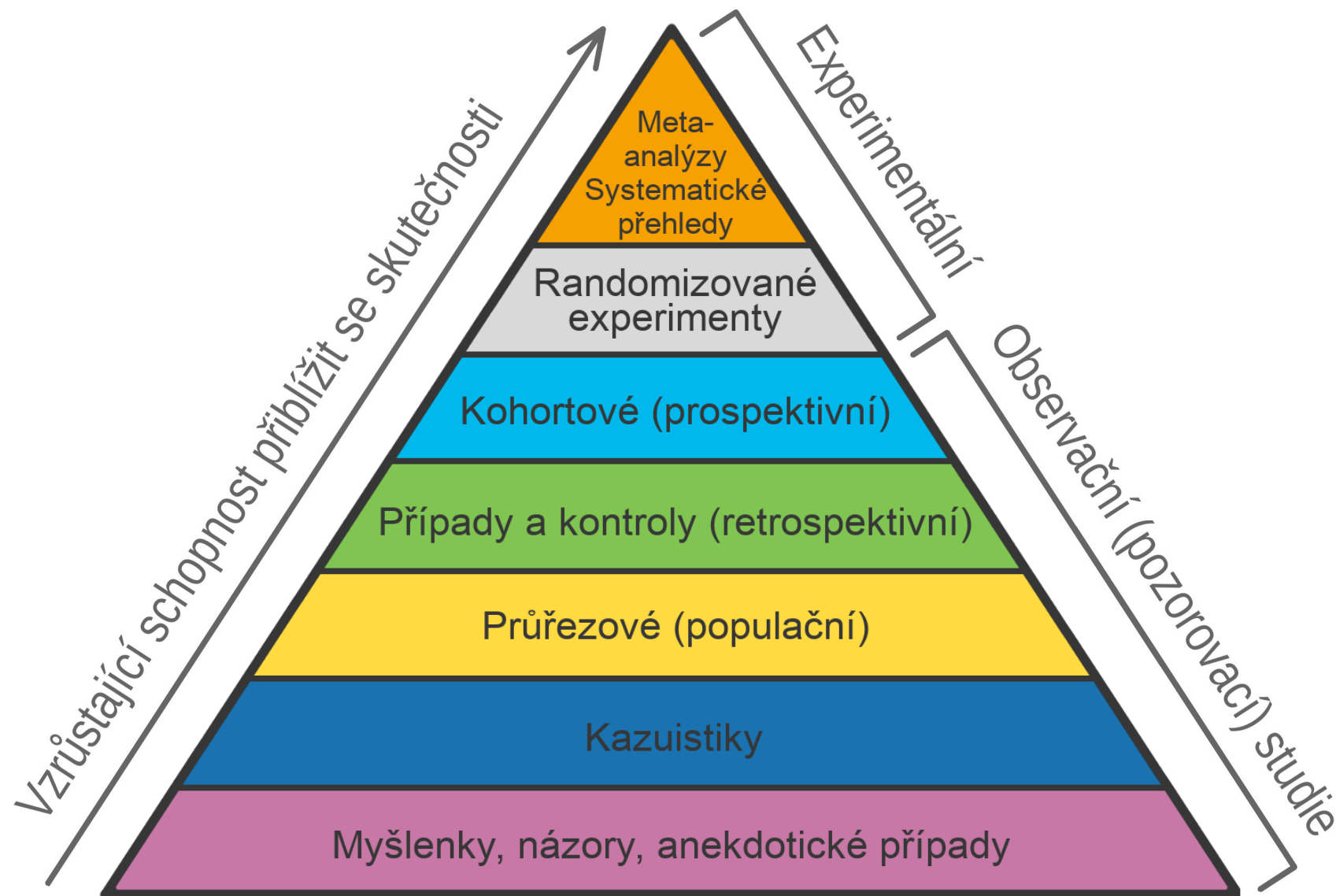
EBM je poskytování péče v souladu

- s přáními, postoji a **preferencemi** klientky
- s nejnovějšími a nejlepšími **poznatky** vědy
- s vlastní kriticky zhodnocenou **zkušeností**

Vede k výsledku, se kterým bude optimálně spokojená klientka i zdravotník.

A2. JAK SE TVOŘÍ EVIDENCE

PYRAMIDA EVIDENCE

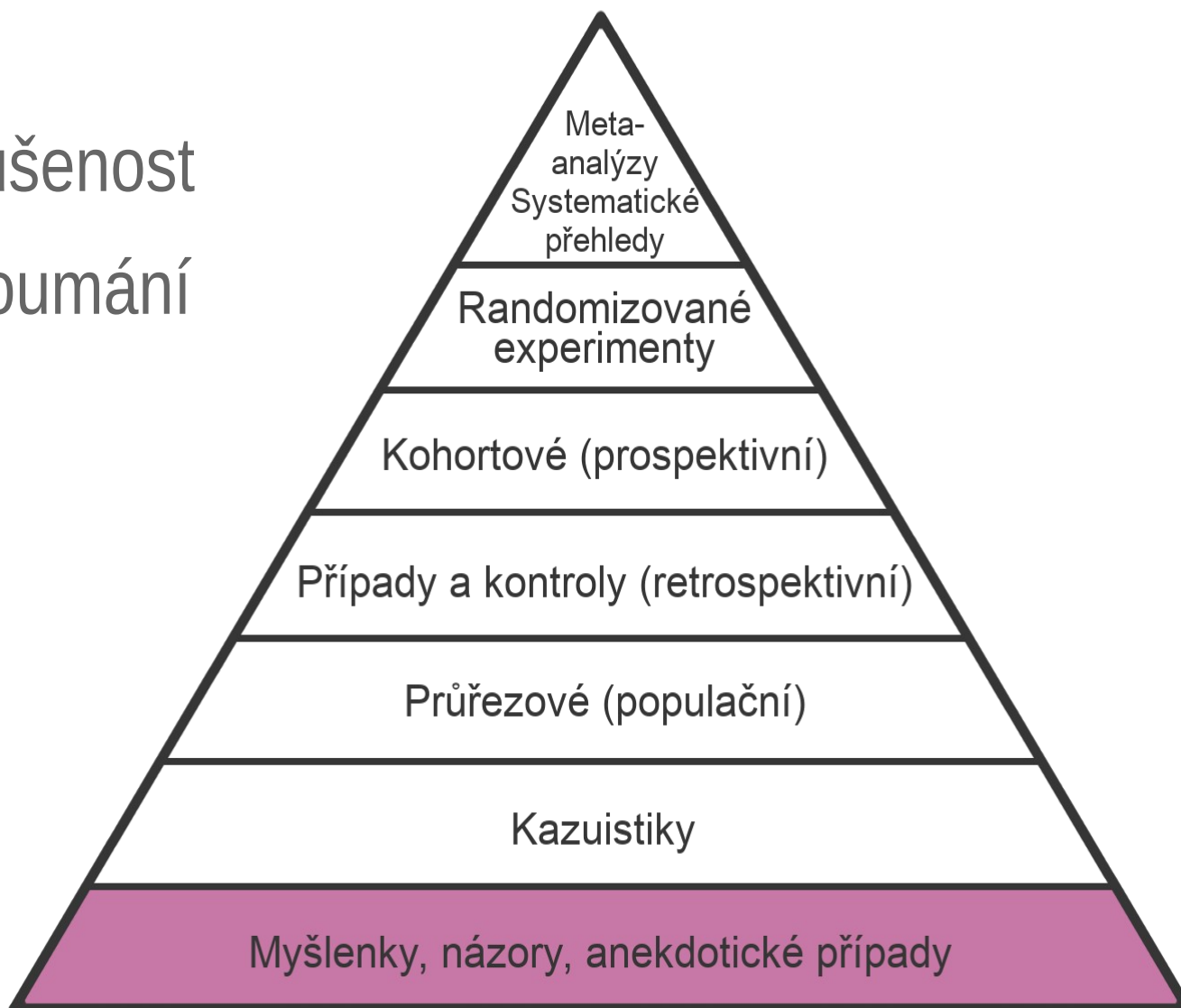


IDEAS, EDITORIALS, ANECDOTAL EVIDENCE

- bezprostřední zkušenost
- **ideje** pro další zkoumání

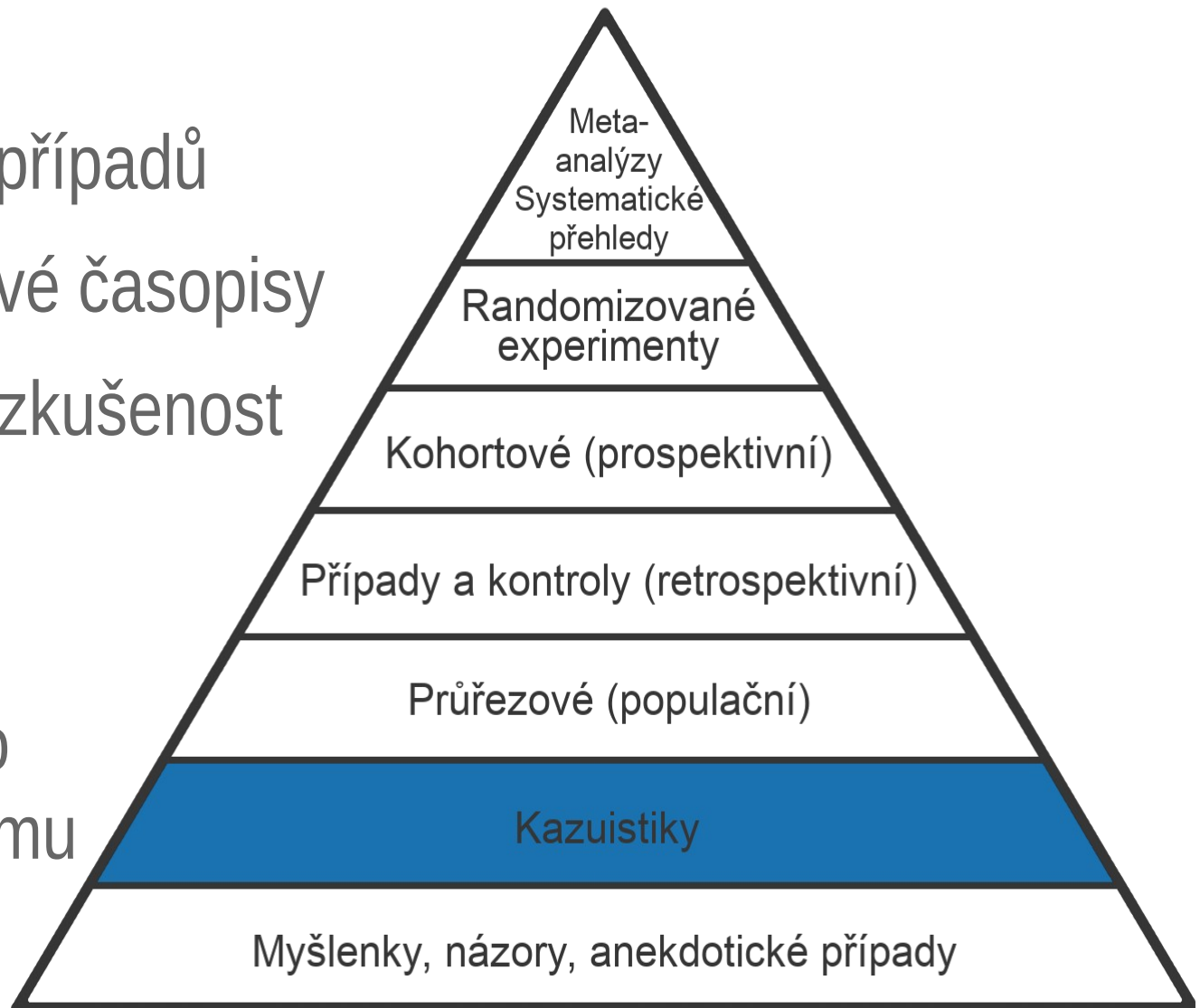
Úskalí

- selektivní paměť
- nemáme dobrý odhad četnosti
- tvorba mýtů



CASE REPORTS, CASE SERIES

- podrobné popisy případů
- interní tisk, oborové časopisy
- rozšířená osobní zkušenost
- nemáme dobrý odhad četnosti
- slouží hlavně jako **inspirace** k výzkumu

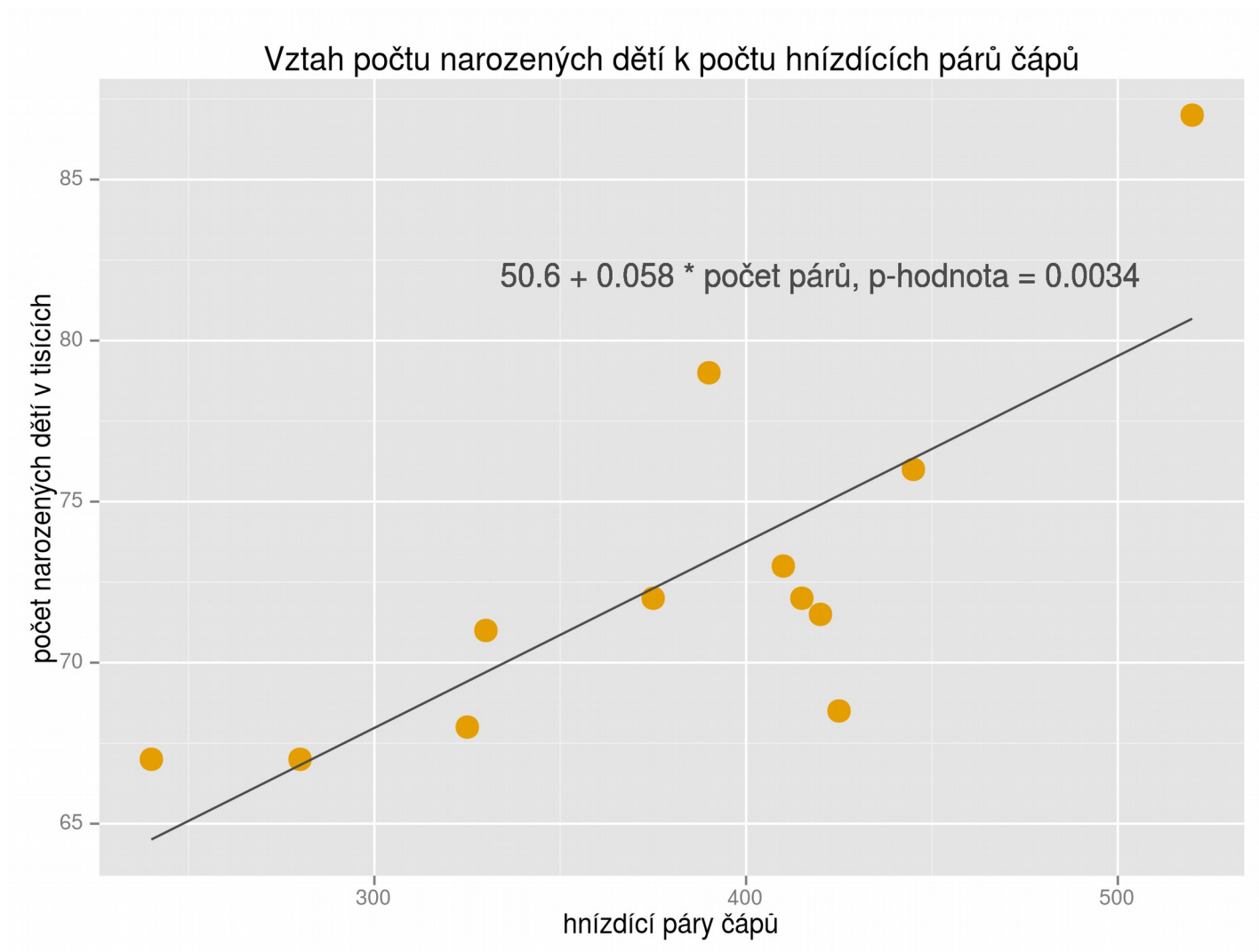


CROSS-SECTIONAL STUDIES

- stav, situace v jednom okamžiku
- může identifikovat **souvislosti**
- nemůže prokázat kauzalitu
(děti a čápi)

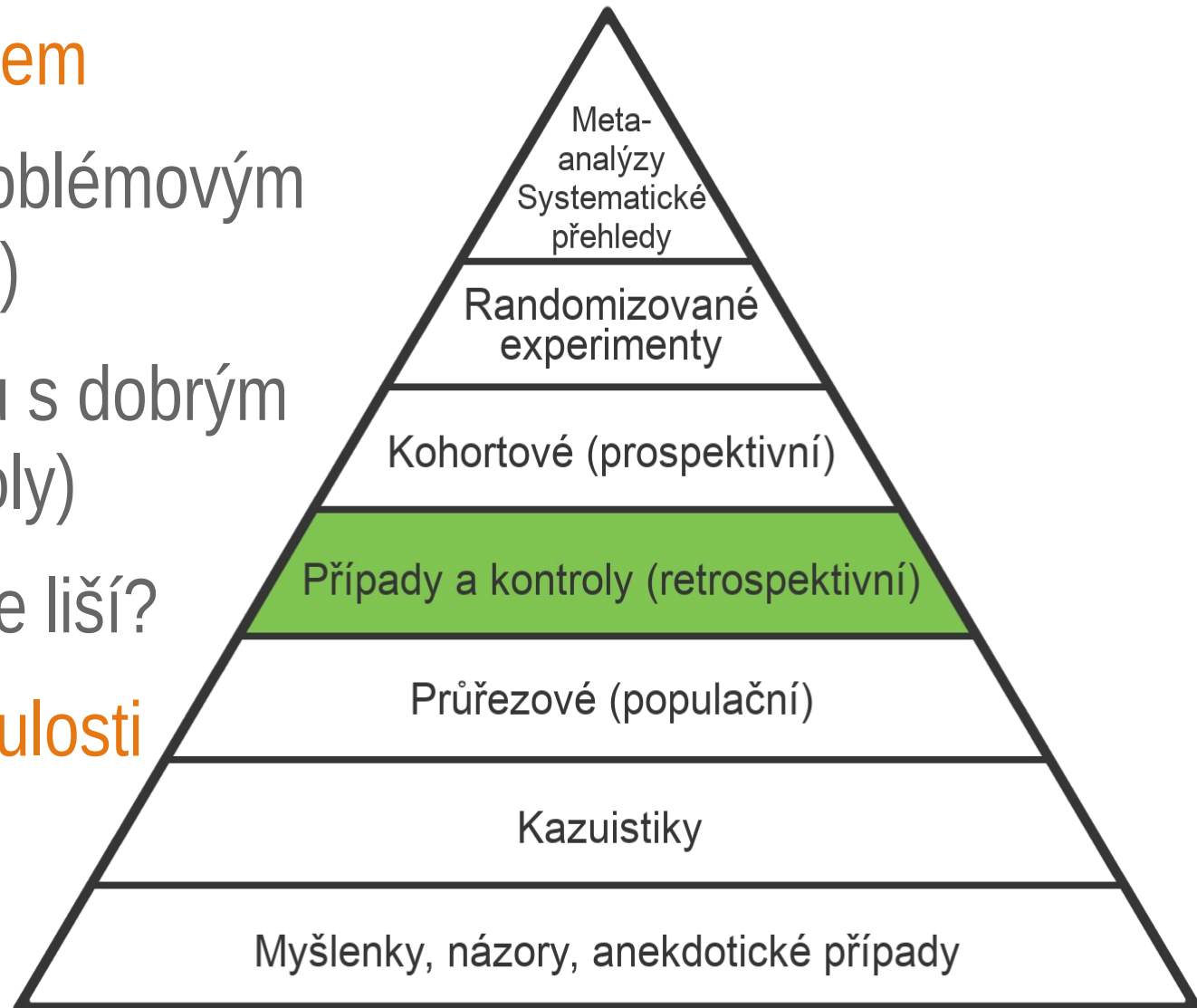


KORELACE vs. KAUZALITA



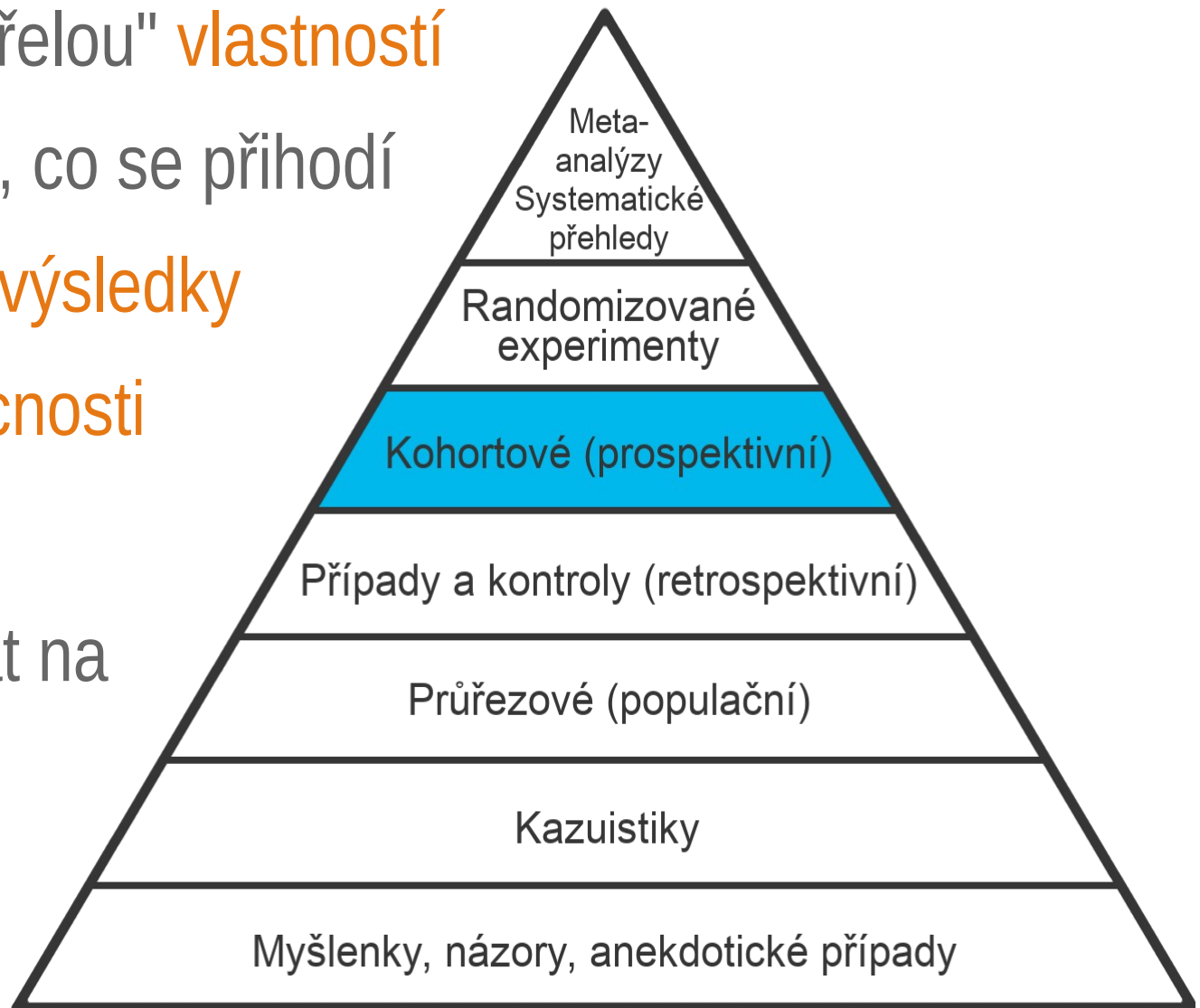
CASE-CONTROL STUDIES

- začínáme **výsledkem**
- máme osoby s problémovým výsledkem (cases)
- vybereme skupinu s dobrým výsledkem (kontroly)
- v jaké **vlastnosti** se liší?
- díváme se do **minulosti**
- **souvislost** ano, kauzalita ne



COHORT STUDIES

- začínáme "podezřelou" **vlastností**
- sledujeme v čase, co se přihodí
- poté zhodnotíme **výsledky**
- pohled do **budoucnosti**
- intention-to-treat
- můžeme usuzovat na **kauzalitu**
- trvání i desítky let
- samovýběr



PRO/RETROSPEKTIVNÍ KOHORTOVÁ STUDIE

Porovnání porodů doma a v porodnici – Kanada, UK, Nizozemí

- porod doma: **všechny**, které se rozhodly a byly vhodné pro PD po 37tt
- porodnice: **všechny** (Nizozemí, UK) nebo **náhodně vybrané** (Kanada) ty, které se rozhodly pro porod v porodnici a měly podobné charakteristiky jako v PD skupině (kriteria pro nízkorizikovost + Kanada „matching“)
- intent-to-treat: skupinu definuje **plánované** místo, ne skutečné
- výsledkem jsou četnosti různých situací: morbidita, mortalita, intervence, poranění, operace atd.
- porovnáváme rizika nebo podíl šancí (RR, OR)
- eticky nejlepší možný design, samovýběr (self-selection)

Nizozemí: de Jonge A et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529, 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*. 2009

Kanada: Hutton EK, Reitsma A, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives, Ontario, Canada, 2003-2006: A retrospective cohort study. *BIRTH*. 2009

Kanada: Hutton E et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies, *Can Med Assoc J*. 2015

Kanada: Janssen P et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Can Med Assoc J*. 2009

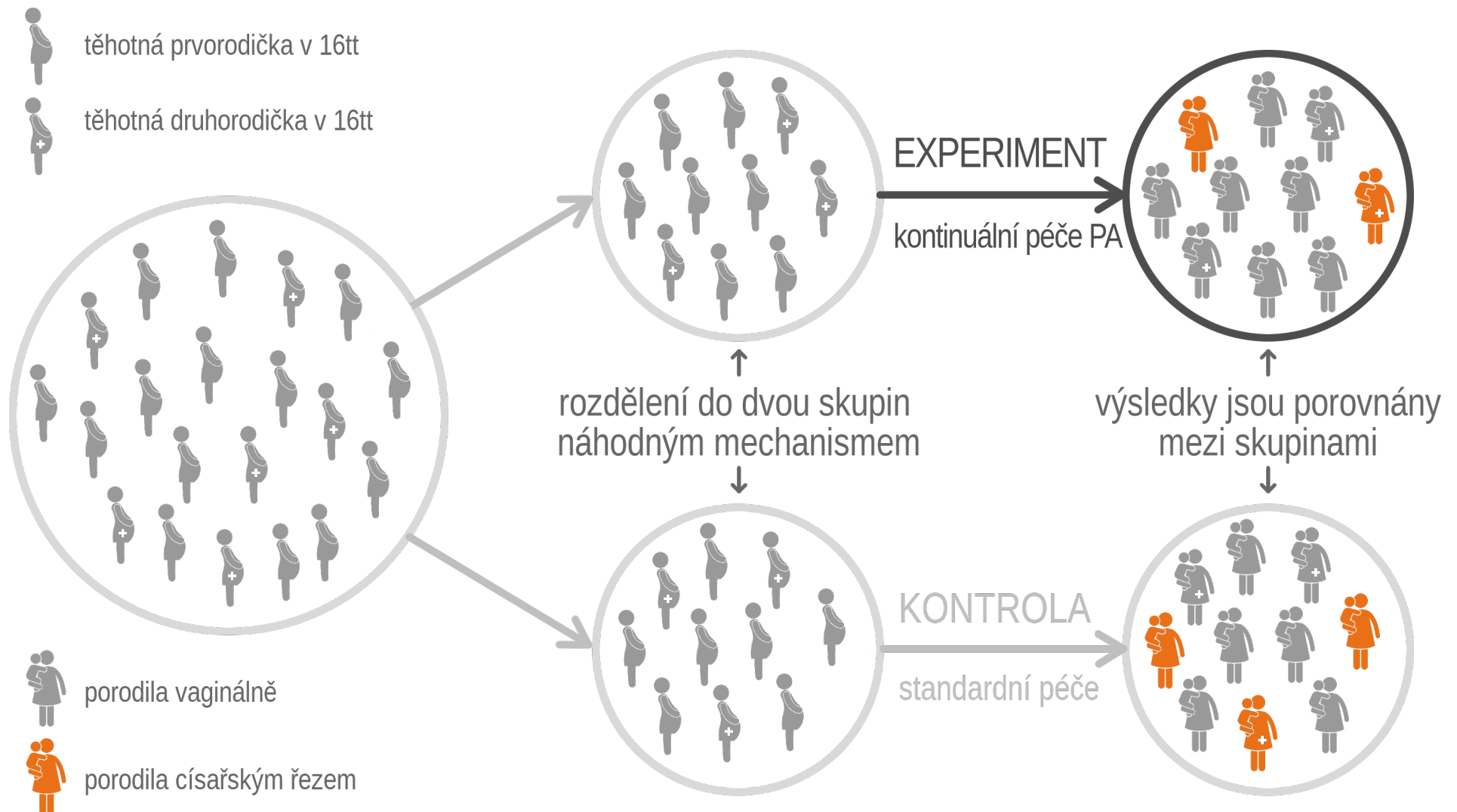
UK: Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study., Birthplace in England Collaborative Group. *BMJ* 2011;343

RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

- „zlatý standard“
- maximální eliminace jiných vlivů
- **náhodné přiřazení** ke kontrole nebo k intervenci
- zaslepení (jde-li)
- výpočet potřebné velikosti

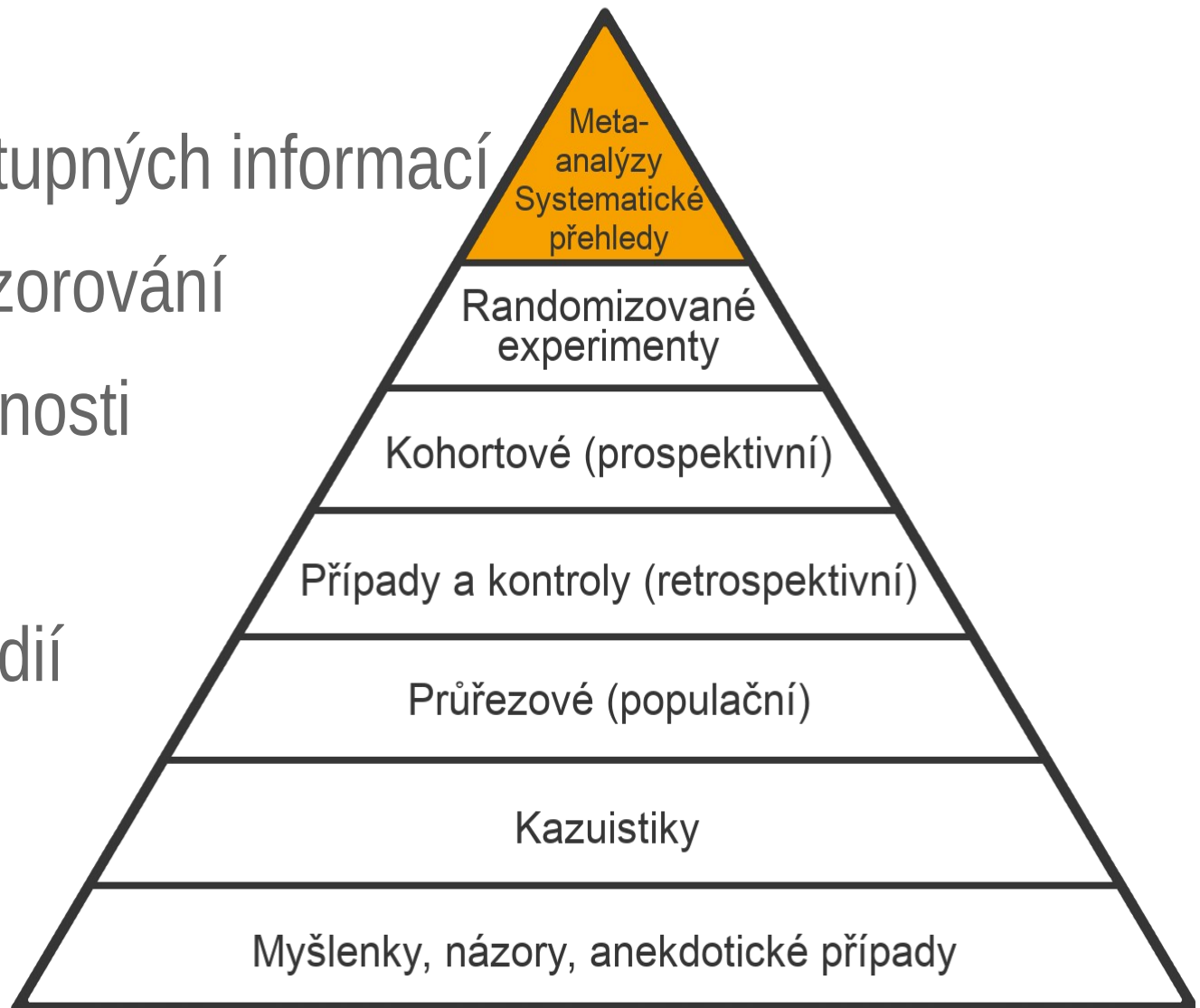


RANDOMIZOVANÁ STUDIE



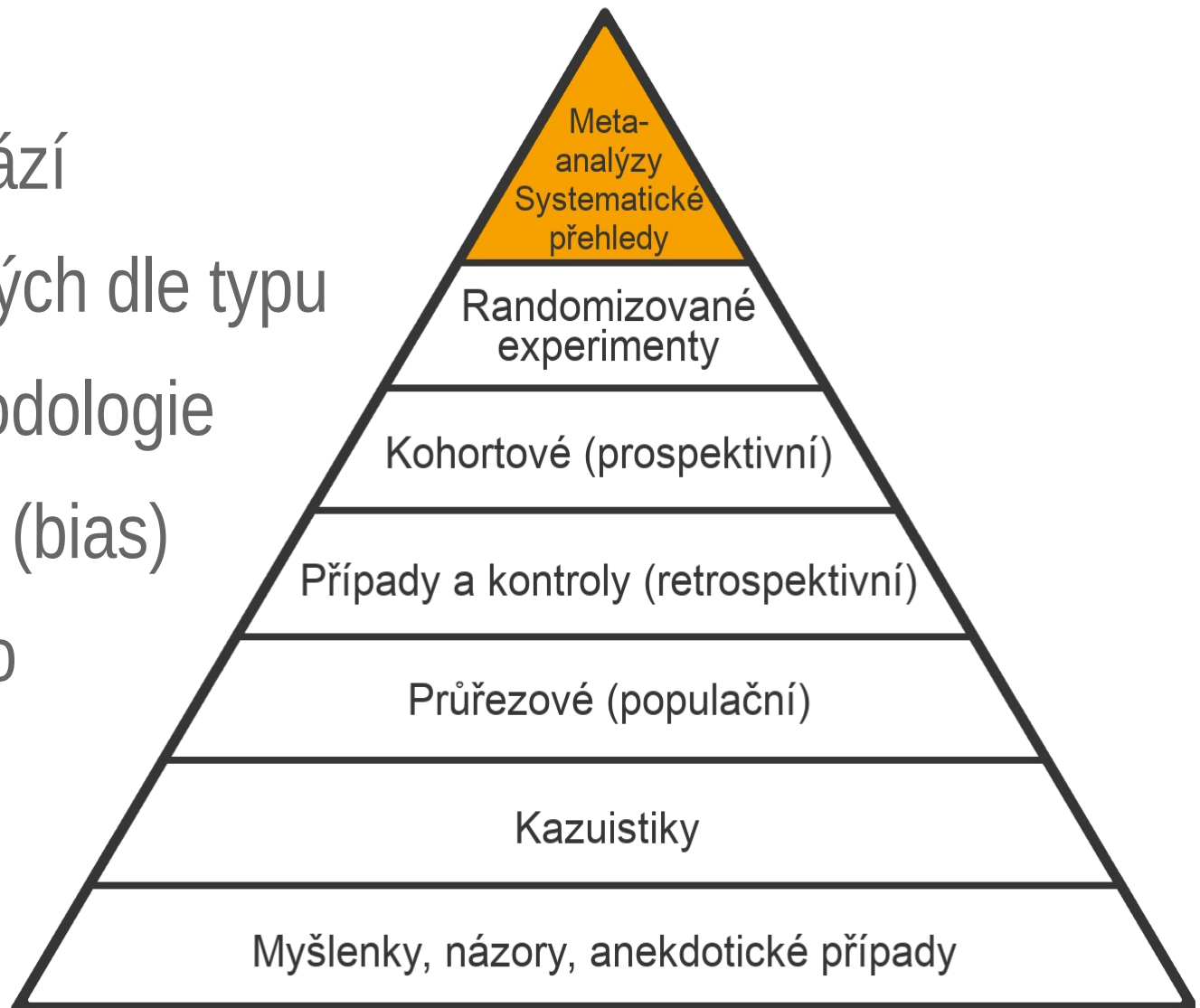
SYSTEMIC REVIEWS

- využití všech dostupných informací
- společně více pozorování
- větší jistota správnosti
- zdroj doporučení
- ! heterogenita studií
- ! heterogenita výstupů



SYSTEMIC REVIEWS

- prohledání databází
- vytřídění nalezených dle typu
- vytřídění dle metodologie
- posouzení kvality (bias)
- výpočet váženého výsledku
- Cochrane



COCHRANE COLLABORATION

- Cochrane Collaboration, www.cochrane.org
- založeno 1993
- 37 000 lidí ze 130 zemí, kteří jsou organizováni v 53 skupinách (Review Groups)
- www.cochranelibrary.org
- vždy podrobný abstrakt s vypíchnutými hlavními výsledky
- vždy „plain language summary“ - shrnutí pro „vědeckého laika“
- ne vždy veřejně dostupný celý text (akademická knihovna ano)



Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women

Published:

15 September 2015

Authors:

Sandall J, Soltani H, Gates S,
Shennan A, Devane D

Primary Review Group:

Pregnancy and Childbirth Group

See the full Review on
the Cochrane Library



Related resources

Share



Print



PDF



Citation



In many parts of the world, midwives are the main providers of care for childbearing women. Midwife-led continuity models aim to support women to experience a healthy pregnancy and birth, and provide care from a known and trusted midwife during the pregnancy, birth and early parenting journey. Midwife-led continuity of care is provided in a multi-disciplinary network of consultation and referral with other care providers. This contrasts with medical-led models of care where an obstetrician or family physician is primarily responsible for care. In shared-care models, responsibility is shared between different healthcare professionals.

We identified 15 studies involving 17,674 women both at low and increased risk of complications. Midwife-led continuity of care was associated with several benefits for mothers and babies, and had no identified adverse effects compared with models of medical-led care and shared care. The main benefits were a reduction in the use of epidurals, with fewer episiotomies or instrumental births. Women's chances of being cared for in labour by a midwife she had got to know, and having a spontaneous vaginal birth were also increased. There was no difference in the number of caesarean births. Women who received midwife-led continuity of care were less likely to experience preterm birth, or lose their baby before 24 weeks' gestation, and to lose their baby overall, although there were no differences in the risk of losing the baby after 24 weeks. All trials included licensed midwives, and none included lay or traditional midwives. No trial included models of care that offered out of hospital birth.

We used reliable methods to assess the quality of the trial evidence for seven key outcomes: Preterm birth < 37 weeks, overall fetal loss and neonatal death, spontaneous vaginal birth, caesarean birth, instrumental vaginal birth, intact perineum and regional analgesia. All of the evidence for these outcomes was considered to be of high quality. Good-quality trials contributed enough data to each outcome to give us a reliable estimate of the effect of midwifery care versus other types of care. We can be reasonably confident that future trials would also find similar results for these key outcomes.

The review concludes that most women should be offered midwife-led continuity models of care, although caution should be exercised in applying this advice to women with substantial medical or obstetric complications.

Authors' conclusions:

This review suggests that women who received midwife-led continuity models of care were less likely to experience intervention and more likely to be satisfied with their care with at least comparable adverse outcomes for women or their infants than women who received other models of care.

Further research is needed to explore findings of fewer preterm births and fewer fetal deaths less than 24 weeks, and overall fetal loss/neonatal death associated with midwife-led continuity models of care.

Read the full abstract...



Who is talking about this article?



Cochrane Review - How can it help you?

For 20 years, Cochrane has produced systematic reviews of primary research in human health care and health policy, and these are internationally recognized as the highest standard in evidence-based health care resources. **Read more...**

Cochrane evidence in other languages

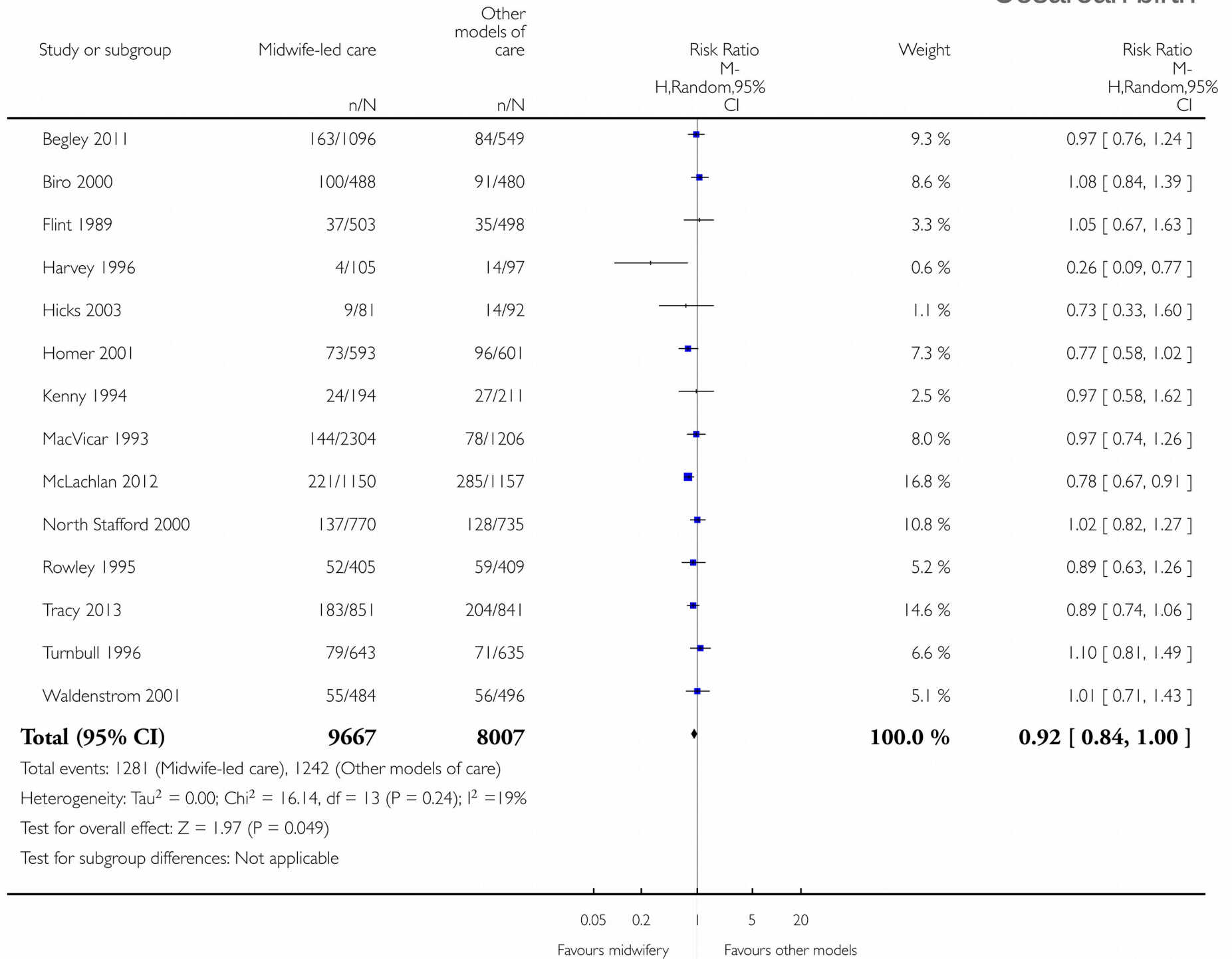


METAANALÝZA KONTINUÁLNÍ PÉČE PA

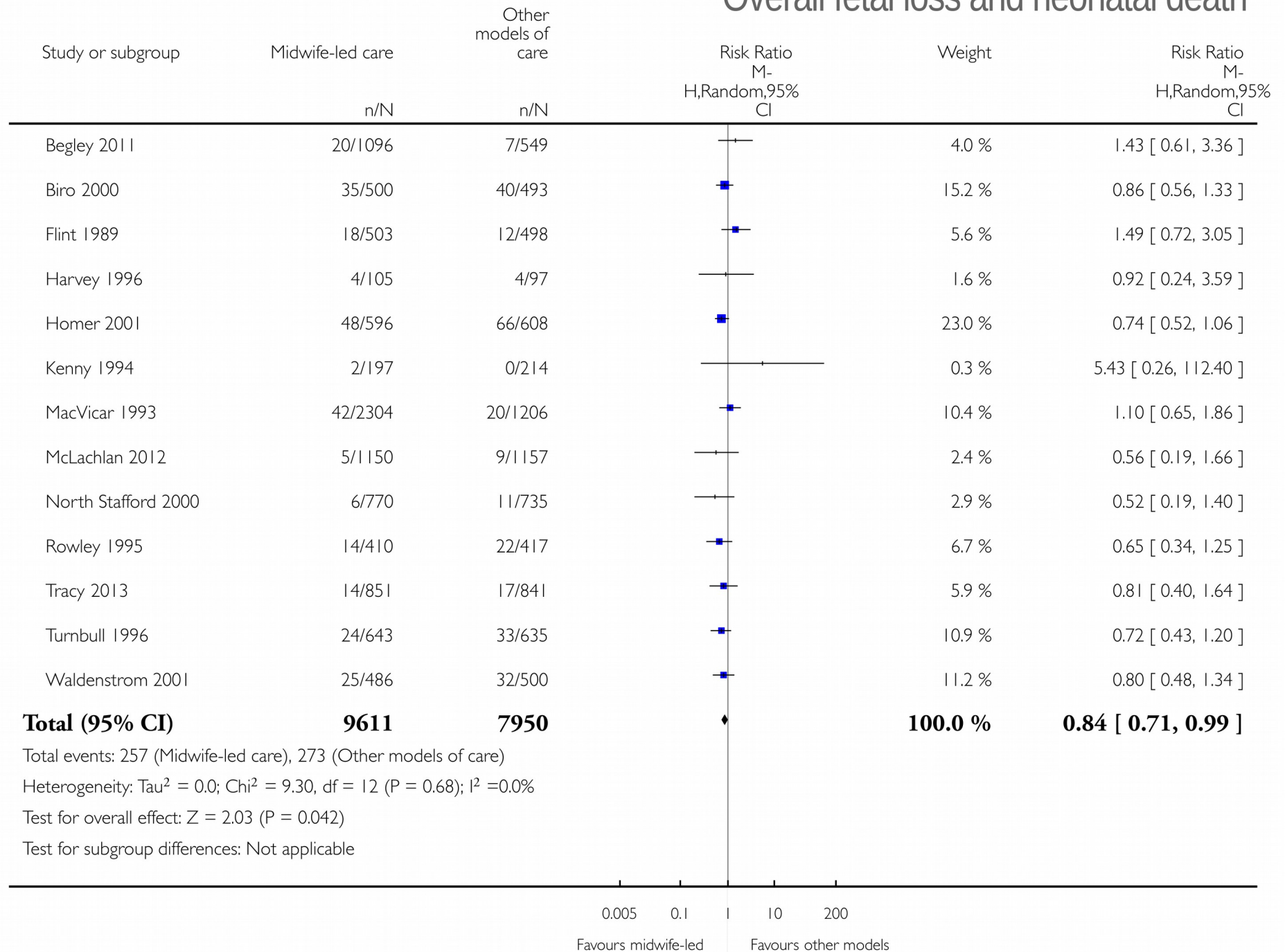
Sandall et al. – 2008, 2013, 2016 – postupně přibývají studie

- 99 citací → 37 studií → 15 vhodných (eligible)
 - 2008: 11 studií, 12 276 žen
 - 2013: 13 studií, 16 242 žen
 - 2016: 15 studií, 17 674 žen
- dva vědci nezávisle na sobě posuzovali možnost chyby, vychýlení (bias) v každé ze zahrnutých studií
- 6 hlavních výstupů (epidurál, CŘ, kleště/VEX, spontánní porod, bez poranění hráze, předčasný porod) – GRADE high
- 22 dalších výstupů včetně mortality, morbidity, dalších zásahů

Cesarean birth



Overall fetal loss and neonatal death



I VĚDCI PODLÉHAJÍ EMOCÍM A PŘEDSUDKŮM

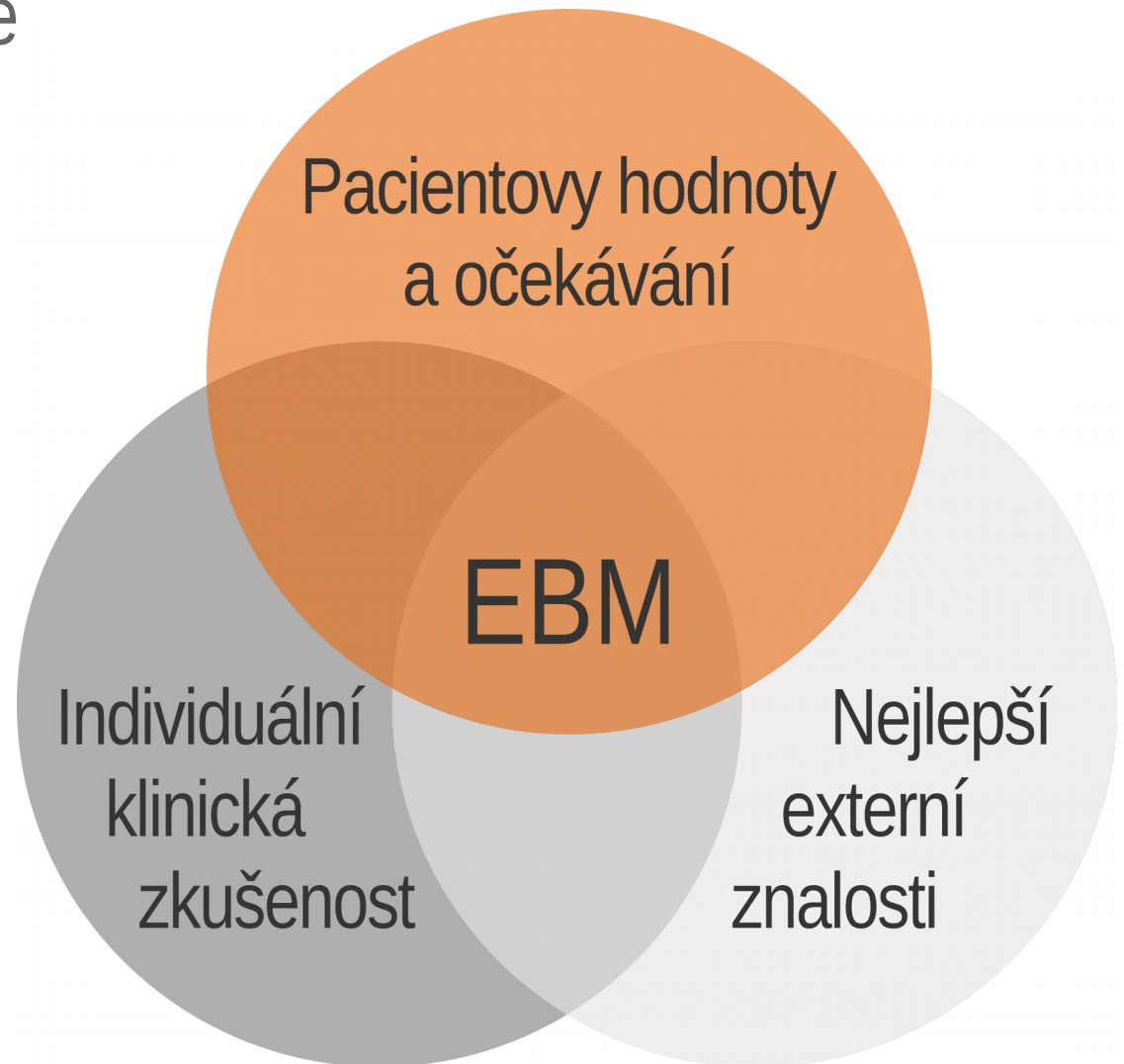
- Může být těžké prosadit realizaci, publikaci, aplikaci, pokud jdete proti hlavnímu proudu a přesvědčení
 - Michael Klein, autor první randomizované studie epiziotomií
- Přesvědčení ovlivňuje čtení a interpretaci studií
 - Archie Cochrane
 - porody doma: nad stejnými daty vysloví každý jiný závěr
 - porod doma vs. TOLAC (pokus o vaginální porod po císaři)

A3. STANDARDY PÉČE

DEFINICE EBM

EBM je poskytování péče v souladu

- s přáními, postoji a **preferencemi** klientky
- s nejnovějšími a nejlepšími **poznatky** vědy
- s vlastní kriticky zhodnocenou **zkušeností**



PŘÍKLAD Č. 1

Jste zdravotník a máte v péči ženu

- s fyziologickým těhotenstvím
- v 39tt
- odtekla plodová voda
- GBS negativní

Nejste si jistí dalším postupem péče a chcete to zkonzultovat s vašimi národními doporučeními k péči.

vydáno 2014	 PDF	HELLP syndrom - diagnostika a léčba	stáhnout (90,9 kB)
vydáno 2013	 PDF	Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen	stáhnout (113,9 kB)
vydáno 2013	 PDF	Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče	stáhnout (89,8 kB)
vydáno 2013	 PDF	Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče o vícečetná těhotenství	stáhnout (287,7 kB)
vydáno 2013	 PDF	Péče o těhotenství s intrauterinní růstovou retardací plodu	stáhnout (80,7 kB)
vydáno 2013	 PDF	Vedení porodu u těhotné s císařským řezem v anamnéze, Ultrazvukové vyšetření před stanovením taktiky vedení porodu	stáhnout (79,8 kB)
vydáno 2013	 PDF	Diagnostika a léčba streptokoků skupiny B v těhotenství a za porodu	stáhnout (277,8 kB)
vydáno 2013	 PDF	Současné názory na management odtoku plodové vody	stáhnout (124,4 kB)
vydáno 2013	 PDF	Vedení prenatalní péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním	stáhnout (83,4 kB)
vydáno 2013	 PDF	Prenatální péče o vícečetná těhotenství	stáhnout (95,6 kB)
vydáno 2013	 PDF	Vedení porodu vícečetného těhotenství	stáhnout (91,6 kB)
vydáno 2013	 PDF	Podmínky, za kterých lze akceptovat porod do vody na pracovištích, která se k takové alternativě rozhodnou	stáhnout (82,1 kB)
vydáno 2013	 PDF	Zásady pro poskytování porodní péče v České republice	stáhnout (80,7 kB)
vydáno 2013	 PDF	Perinatální infekce a podávání antibiotik podle nových poznatků	stáhnout (79,1 kB)
vydáno 2012	 PDF	Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství	stáhnout (59,1 kB)
vydáno 2012	 PDF	Tokolýza	stáhnout (97 kB)
vydáno 2012	 PDF	Aplikace kortikosteroidů	stáhnout (80,9 kB)

DOPORUČENÝ POSTUP ČGSPS

Měchurová A. (2010) Současné názory na management odtoku plodové vody

• publikováno v Suplementu České gynekologie

4. SOUČASNÉ NÁZORY NA MANAGEMENT ODTOKU PLODOVÉ VODY

Autoři
A. Měchurová

Revize doporučeného postupu 2010
A. Měchurová, Z. Stráňák, J. Malata, P. Švihovec

Revize doporučeného postupu 2013
A. Měchurová, J. Malata, P. Švihovec, M. Kacerovská
Opomítní
Výbor České perinatální medicíny ČGSPS ČLS JEP
Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČGSPS ČLS JEP
Výbor České neonatologické společnosti ČGSPS ČLS JEP

Definice

- Předčasný odtok plodové vody (premature rupture of membranes, PROM) je definován jako odtok plodové vody více než 1 hodinou před začátkem porodu.
- Rozlišujeme předčasný odtok plodové vody v terminu, tj. u těhotenství staršího než 37 týdnů (term PROM - TPROM) a předčasný odtok plodové vody před termínem, tj. u těhotenství před ukončeným 37. týdnem (preterm PROM - PPROM).

Rizikové faktory:

- vicetěhotnost,
- STD,
- předčasný porod v anamnéze,
- krvácení,
- kojení,
- VVT dělohy.

Diagnostika odtoku plodové vody (VP):

- klinický příkaz maximálního odtoku VP,
- při nejanežstotě - možné je využít některý z rychlých manévrů testů pro detekci přítomnosti plodové vody ve vaginálním sekretu,
- stanovení množství VP ultrazvukem.

Doporučení vyšetření při odtoku plodové vody

- Při příjatu odtoku plodové vody je nezbytná hospitalizace a:
 - laboratorní stanovení markerů infekce (IG + diferenciální, C-reaktivní protein (CRP), event. cytinky (IL-6), prokalcitonin a jiné,
 - monitorace teploty a pulsu matky,
 - CTG plodu.

K známčinám klinické chorioamniotitidy patří zvýšení teploty nad 38 °C a přítomnost nejméně dvou z následujících příznaků:

tachykardie matky > 100/min., tachykardie plodu > 160 za min., linitis vaginální fluor, citlivost dělohy, bolesti břicha a leukocytóza > 15 000/mm³).

Odtěr kultivace - screening CBS, screening osídlení dolního genitálního traktu (alternativně lze i použít rychlostest ke stanovení CBS osídlení).

Rozsudečnost v diagnostice se ukazuje odtěr plodové vody amniocentézou, stanovení IL-6 v plodové vodě a bakteriální DNA, alternativou by mohla být senzenal/anaerobní kultivace PCR na genitální mykoplasmaty v plodové vodě.

Ultrazvukové vyšetření, kde určujeme polohu plodu (plodů), biometrii, množství plodové vody, ev. flowmetrické vyšetření při známčinách IUGR.

Vaginální vyšetření omezit na nejmenší možnou míru pro snížení rizika infekce.

Při rozhodování o dalším vedení je nutno zohlednit gestační stáří, polohu plodu, jeho stav a stav těhotné ženy.

Současné názory při předčasném odtoku plodové vody

Při nepřítomnosti klinické chorioamniotitidy a při negativní CBS zveřejněno

- a) provokujeme porod za 24 hodin po odtoku plodové vody,
- b) aplikace antibiotik po 18 hodinách po odtoku plodové vody nemá žádný benefit, rozhodnutí o jejich aplikaci je na ošetřujícím lékaři.

Při přítomnosti klinické chorioamniotitidy či pozitivní CBS zveřejněno

- a) nasazujeme ATB terapii (viz sekce ATB terapie) ihned a porod provokujeme.

- gravidity > 37+0 týden s neznámým CBS statusem a přítomností rizikových faktorů, např. **febrilie matky** (teplota > 38 °C), **pozitivní rychlostest pro CBS**, ev. (podle rozhodnutí lékaře) **odtěr plodové vody > 18 hodin**.

Empirickou ATB terapii **nezahajujeme** při odtoku plodové vody u:

- gravidity > 37+0 týden s negativní CBS kultivací (aplikace antibiotik po 18 hodinách po odtoku VP nemá žádný benefit),
- rozhodnutí o aplikaci ATB je na ošetřujícím lékaři.

- Empirická strategie je použitelná bez ohledu na týden gravidity.

- Při znalosti výsledků kultivací je nutné přejít z empirické léčby na léčbu cílenou podle konkrétního kultivačního nálezu a citlivosti.

- Při PPROM v plánu těžké a extrémní nezálosti je vhodné individualizovat ATB terapii i strategii vedení porodu ve spolupráci s neonatologem.

2. Děka empirické ATB terapie

- Závěs na strategii péče (konzervativní přístup - snaha o proloužení těhotenství, nebo provokace porodu, či ukončení per sectionem caesarem).
- Na cílenou ATB terapii je povinnost přejít při známčinách infekce po zářijí výsledku kultivačních vyšetření a citlivosti, pokud nedošlo k porodu.
- Při konzervativním přístupu, nepřítomnosti děložní infekce, negativní (negativizací) infekčních parametrů je indikováno ukončení ATB terapie.

3. Volba ATB

Při negativitě klinických a/nebo laboratorních známek infekce

ATB první volby: penicilin G i.v., iniciální dávka 5 milionů IU i.v., dále 2,5-3 mil. IU v intervalu 6 hodin. Nepovíjí žena do 8 hodin od iniciální dávky, dopouštějeme prodloužit interval podání na 2,5 mil. IU každých 6 hodin do porodu (nebo do zářijí negativit screeningového vyšetření).

ATB alternativní: ampicilin i.v., iniciální dávka 2 g i.v., dále 1 g i.v. v intervalu 6 hodin až do porodu.

Při alergii na peniciliny ATB

Pacienti s nízkým rizikem analýzy či zveřejňování alergického anamnézu: cefalosporiny 1. generace i.v. (cefazolin, cefotaxim) iniciální dávka 2 g i.v., dále 1 g v intervalu 6 hodin až do porodu.

Pacienti s vysokým rizikem analýzy (analýza, angioedém, respirační obtíže, urtika po podání PNC v anamnéze):

klindamycin i.v. iniciální dávka 900 mg i.v., dále 900 mg i.v. v intervalu 8 hodin až do porodu;
vankomycin i.v. 1 g i.v. v intervalu 12 hodin až do porodu („rezervní ATB“ vyhrazeno pro pacienty s vysokým rizikem analýzy a prokazovanou rezistencí k jiným ATB).

Při pozitivitě klinických a/nebo laboratorních známek infekce

Zahájení empirické terapie: ampicilin v iniciální dávce 2 g i.v. a dále 1 g po 6 hodinách ve schématu shodném s peripartální profylaxi CBS (viz výše) a gentamicin 240 mg i.v. v intervalu 24 hodin.

Při alergii na PNC - volba alternativního ATB (za PNC, za ampicilinu) stejná jako u profylaxe CBS.

V případě klinické chorioamniotitidy zvolit ATB podle konzultace s ATB centrem, pokud není konzultace možná, zahájíme se empirické terapie dvojkomínací: ampicilin i.v., iniciální dávka 2 g (v tomto případě možno volit), dále 1,0 g v intervalu 6 hodin a gentamicin 240 mg i.v. v intervalu 24 hodin a připojíme se radikální porod (viz níže).

Zahájenou empirickou ATB terapii je vždy povinností upravit po konzultaci s antibiotickým centrem na terapii cílenou (tzn. po zářijí výsledku kultivačních vyšetření a citlivosti) (tj. po 24-48 hodinách).

Volba preparátu při známém výsledku kultivačního vyšetření (cílená terapie):
Volba preparátu se řídí kultivačním nálezem a citlivostí, zahájíme se přímou cílenou léčbou (cílní ATB s co nejširším spektrem proti identifikovanému patogenu).

ATB se podává vždy intravenózně.
V případě pozitivního zachytu **azytických bakterií** (ureaplasma, mykoplasma, chlamydie) je indikován azitromycin 500 mg i.v. v intervalu 24 hodin, celková doba léčby 6-7 dnů.

Předčasný odtok plodové vody a cerclage

Provádíme extrakt stehu a další postup volíme podle gestačního stáří a polohy plodu.

Předčasný odtok plodové vody a provokace porodu

K provokaci porodu užíváme prostaglandiny (při zohlednění kontraindikací). Při nezářímě hrdle, tj. při cervix skóre (CS) 5 a méně aplikujeme vaginální tablety dinoprostu (1,5 až 3 mg) do zadní lékvi, podání lze opakovat za 6 hodin, nebo zavádíme depozit pevné uvolňující kontinální dinoprostu po dobu 12 hodin. Při CS větším než 5 zavádíme 1 tabletu dinoprostu 0,5 mg endocervikálně. Nenastaví-li děložní činnost, podání opakujeme za 2 hodiny. Dále provokaci přerušujeme do druhého dne (kontrolujeme markery infekce). U zřídka hrdla je možné provokovat porod také infúzí s oxytocinem.

Předčasný odtok plodové vody ve 34+0 - 36+6 týdnů těhotenství

- a) **Nejsou-li** přítomny známky klinické chorioamniotitidy, distrese plodu matky, abrupce placenty, provokujeme porod u 34+0 až 34+6 gestačního týdně po konzultaci s pediatrem, nejdříve však za 48 hodin.
- b) U PPROM po 34+6 týdně postupujeme jako u TPROM.
- c) Preventivní tokolytika aplikujeme do 34+6 týdně po dobu maturace plic (při děložní činnosti).
- d) Kortikosteroidy podáváme do 34+6 týdně těhotenství.
- e) Antibiotická léčba se řídí vlastním doporučením a doporučením pro CBS profylaxi.

Předčasný odtok plodové vody ve 24+0 až 33+6 týdnů těhotenství

- Transfer in utero do perinatologického centra.
- Nejsou-li přítomny známky klinické chorioamniotitidy či distrese plodu, abrupce placenty:
 - podáváme kortikosteroidy,
 - aplikujeme preventivní tokolytika,
 - profylakticky podáváme antibiotika.

A. Individualizovaný přístup k PPROM po ukončení placentárního

Podmínka pracovitosti možnost, jsou splněny podmínky a výsledek kontrindikace: odtěr plodové vody, stanovení IL-6 v plodové vodě a bakteriální DNA (alternativou je senzenal/anaerobní kultivace + PCR na genitální mykoplasmaty) v plodové vodě.

Podmínky: možnost odtěru plodové vody.
Kontraindikace: klinická chorioamniotitida, známky hypoxie plodu, abrupce placenty, další mateřské a fetální kontraindikace k oddálení porodu.

Konzervativní postup: hladina IL-6 v plodové vodě < 1000 pg/ml a negativní bakteriální DNA v plodové vodě:

- antibiotická terapie na 7 dní;
- kontrola CRP v mateřské krvi v pravidelných intervalech;
- při známčinách hypoxie, krvácení a/nebo klinické chorioamniotitidy a/nebo vstupu CRP indikace porodu či ukončení těhotenství per SC podle aktuálního stavu;
- při nástupu děložní aktivity (již se nemůže) indikace porodu či ukončení těhotenství per SC podle aktuálního stavu.

Aktivní postup: hladina IL-6 v plodové vodě > 1000 pg/ml a/nebo pozitivní bakteriální DNA:

- indukce porodu či ukončení těhotenství per SC podle aktuálního stavu.

B. Pokud pracovitost není možná užít diagnostiky či nejsou splněny podmínky, ukončení těhotenství

Podle individuálního postupu na podkladě vývoje laboratorních a klinických parametrů a konzultace s neonatologem (viz níže „**Nepodrobnější minimum a předčasný odtok plodové vody ve 24+0 až 33+6 týdnů těhotenství - doporučený postup**“).

Nepodrobnější minimum u předčasného odtoku plodové vody ve 24+0 - 33+6 týdnů těhotenství - doporučený postup

- Transfer in utero do perinatologického centra.
- Nejsou-li přítomny známky klinické chorioamniotitidy či distrese plodu, abrupce placenty:
 - podáváme kortikosteroidy podle sekce „Předčasný odtok plodové vody a tokolytika“;
 - profylakticky podáváme antibiotika podle sekce „Předčasný odtok plodové vody a antibiotika“.
- Dále volíme individuální postup ukončení těhotenství (viz níže „**Nepodrobnější minimum a předčasný odtok plodové vody ve 24+0 až 33+6 týdnů těhotenství - doporučený postup**“).

Předčasný odtok plodové vody a tokolytika (viz doporučený postup Tokolytika)

Profylaktické (preventivní) podání tokolytika prodává latentní období, terapeuticky aplikujeme tokolytika při děložní činnosti. Oba způsobů umožňují amnioskopii podání antibiotik a kortikoidů. Tokolytika podáváme (jsou-li indikována) do doby ukončení aplikace kortikoidů, tj. do 34+6 týdně těhotenství.

Předčasný odtok plodové vody a kortikosteroidy (viz doporučený postup Aplikace kortikosteroidů)

Kortikoidy aplikujeme do 34+6 týdně optimálně, při negativních zánětlivých markerech, při pozitivních markerech volíme vždy individuální přístup podle týdně gestační po konzultaci s neonatologem. Aplikace v případě klinické chorioamniotitidy je s opatrností možná, neměla by však být důvodem k oddálení porodu.

Předčasný odtok plodové vody a antibiotika

Před zahájením ATB terapie je vždy povinné odebrání odpovídajících markerů pro mikrobiologické vyšetření, včetně stanovení citlivosti.

Podání antibiotik u PPROM snižuje:

- výskyt chorioamniotitidy,
- neonatalní morbiditu (snižuje výskyt neonatalní infekce),
- nutnost použít surfaktanty,
- trvání oxygenterapie.

Preparát ATB profylaxe CBS infekce se řídí samotným standardem a je i nutné zahájit vždy při PPROM, u pacientek bez známek klinické chorioamniotitidy není nutné přidávat další antibiotickou léčbu.

1. Indikace a zahájení empirické ATB terapie

Empirickou ATB terapii zahájujeme při odtoku plodové vody když:

- gravidity < 37+0 týdně,
- gravidity > 37+0 týdně s CBS pozitivitou či pozitivními zánětlivými markery,

Předčasný odtok plodové vody a sectio caesarea, resp. ukončení těhotenství

Při známčinách klinické chorioamniotitidy či distrese plodu, abrupce placenty, či SIRS matky je nutný radikální postup v interakci s těhotenstvím. U extrémně nezralého plodu, resp. do 28. týdně těhotenství se volí vždy individuální postup po konzultaci s perinatologem a neonatologem s těhotnou.

Elektrický (profylaktický, primární) císařský řez je indikován, pokud je plod v poloze koncem pánevním do hlavy 2500 gramů a u vícečetného těhotenství do 32. týdně, u starších těhotenství potom, nejsou-li plody v poloze podélné hlavičkově. Provádění císařského řezu v nízkém gestačním týdně je mnohdy technicky náročná. Delší děložní segment není rozvířen, volíme proto řez ve tvaru širokého U.

1. Kenyon, S., Boulvain, M., Neilson, J. Antibiotic for preterm premature rupture of membranes: a systematic review. *Obstet. Gynecol.* 2004, 104 (5 Pt 1), p. 1051-1057.

2. Mercer, B.M. Is there a role for corticosteroid therapy during conservative management of preterm premature rupture of the membranes? *Clin. Obstet. Gynecol.* 2007, 50 (2), p. 487-496.

3. Mercer, B.M. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet. Gynecol.* 2003, 101 (1), p. 178-185.

4. Simhan, H.N., Caivano, T.P. Preterm premature rupture of membranes: diagnosis, evaluation and management strategies. *BJOG.* 2005, 112 (suppl 1), p. 32-37.

5. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. *MMWR* 2010, 59, 4R-10, p. 3-23.

5. POTERMINOVÁ GRAVIDITA - DOPORUČENÝ POSTUP

Autoři
A. Rontčák, A. Měchurová

1. revize 2011
A. Rontčák, A. Měchurová

Opomítní
Výbor České perinatální medicíny ČGSPS ČLS JEP
Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

Definice

Ukončený 42. týden těhotenství (294 dní).

Fetal surveillance

Nejpozději na počátku 41. týdně těhotenství odeslat těhotnou k dalšímu předporodnímu ambulantnímu sledování do zařízení, kde se rozhodla rodit.

Po 41. týdně těhotenství kontroly 2x týdně.

Po 41. týdně těhotenství kony k ukončení těhotenství.

Těhotenství ukončit do 42. týdně, o 4 dni.

Hospitalizace pro potěrnou novou graviditu per se není indikována.

Literatura

1. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004 (4):CD000558 *Antibiotic for preterm premature rupture of membranes.*

2. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2003 (2): CD001058 *Antibiotic for preterm premature rupture of membranes.*

3. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010 Aug 4:8.CD001058 *Antibiotic for preterm premature rupture of membranes.*

4. *Kenyon, S., Boulvain, M., Neilson, J.* Antibiotic for preterm premature rupture of membranes: a systematic review. *Obstet. Gynecol.* 2004, 104 (5 Pt 1), p. 1051-1057.

5. *Mercer, B.M.* Is there a role for corticosteroid therapy during conservative management of preterm premature rupture of the membranes? *Clin. Obstet. Gynecol.* 2007, 50 (2), p. 487-496.

6. *Mercer, B.M.* Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet. Gynecol.* 2003, 101 (1), p. 178-185.

7. *Simhan, H.N., Caivano, T.P.* Preterm premature rupture of membranes: diagnosis, evaluation and management strategies. *BJOG.* 2005, 112 (suppl 1), p. 32-37.

8. *Centers for Disease Control and Prevention.* Prevention of perinatal group B streptococcal disease. *MMWR* 2010, 59, 4R-10, p. 3-23.

Definice

Ukončený 42. týden těhotenství (294 dní).

Fetal surveillance

Nejpozději na počátku 41. týdně těhotenství odeslat těhotnou k dalšímu předporodnímu ambulantnímu sledování do zařízení, kde se rozhodla rodit.

Po 41. týdně těhotenství kontroly 2x týdně.

Těhotenství ukončit do 42. týdně, o 4 dni.

Hospitalizace pro potěrnou novou graviditu per se není indikována.

Neomstet test: fyziologický „opakování při dání následně, zkusání v intervalu 6 hodin - flowmetrické, eventuelně

Rizikové faktory:

- vícečetná těhotenství,
- STD,
- předčasný porod v anamnéze,
- krvácení,
- konizace,
- VVV dělohy.

Diagnostika odtoku plodové vody (VP):

- klinický průkaz masivního odtoku VP,
- při nejasnostech - možné je využít některý z rychlých manuálních testů pro detekci přítomnosti plodové vody ve vaginálním sekretu,
- stanovení množství VP ultrazvukem.

Doporučená vyšetření při odtoku plodové vody

Při průkazu odtoku plodové vody je nezbytná hospitalizace a:

- laboratorní stanovení markerů infekce (KO + diferenciál, C-reaktivní protein (CRP), event. cytokiny (IL-6), prokalcitonin a jiné,
- monitorace teploty a pulzu matky,
- CTG plodu.

K známkám klinické chorioamnionitidy patří zvýšení teploty nad 38 °C a přítomnost nejméně dvou z následujících příznaků:

tachykardie matky > 100/min., tachykardie plodu > 160 za min., hnisavý vaginální fluor, citlivost dělohy, bolesti břicha a leukocytóza > 15 000/mm³).

Ultrazvukové vyšetření, kde určujeme polohu plodu (plodů), biometrii, množství plodové vody, ev. flowmetrické vyšetření při známkách IUGR.

Vaginální vyšetření omezit na nejmenší možnou míru pro snížení rizika infekce.

Při rozhodování o dalším vedení je nutno zohlednit gestační stáří, polohu plodu, jeho stav a stav těhotné ženy.

Současné názory při předčasném odtoku plodové vody**Předčasný odtok plodové vody u těhotenství gestačního stáří 37 + 0 týdnů a více****Při nepřítomnosti klinické chorioamnionitidy a při negativě GBS screeningu**

- a) provokujeme porod za 24 hodin po odtoku plodové vody,
- b) aplikace antibiotik po 18 hodinách po odtoku plodové vody nemá jasný benefit, rozhodnutí o jejich aplikaci je na ošetřujícím lékaři.

Při přítomnosti klinické chorioamnionitidy či pozitivě GBS screeningu

- a) nasazujeme ATB terapii (viz sekce ATB terapie) ihned a porod provokujeme.

DOPORUČENÝ POSTUP ČGPS

Co jsem se jako český pečovatel o klientku dozvěděla?

- je nutné být v nemocnici
- mám ji jen omezeně vaginálně vyšetřovat
- není nutné, aby dostala antibiotika
- po 24 h mám začít provokovat porod

Vím něco o důvodech proč? Mám to jak vysvětlit klientce?

DOPORUČENÝ POSTUP V UK

National Institute for Health and Care Excellence

- NICE guidelines [CG190], update 2014: Intrapartum care for healthy women and babies
- <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/>

Search...



[News](#) [About](#) [Get involved](#) [Communities](#)

[Home](#) > [NICE Guidance](#) > [Conditions and diseases](#) > [Fertility, pregnancy and childbirth](#) > [Intrapartum care](#)

Intrapartum care for healthy women and babies

NICE guidelines [CG190] Published date: December 2014 [Uptake of this guidance](#)

Guidance

[Tools and resources](#)

[Information for the public](#)

[Evidence](#)

[History](#)

Overview

Guidance

[Share](#) [Download](#)

Introduction

Woman-centred care

Key priorities for
implementation

1 Recommendations

2 Research recommendations

3 Other information

4 The Guideline Development
Group, National Collaborating
Centre and NICE project team

Appendix A: Adverse outcomes

About this guideline

1 Recommendations

- 1.1 Place of birth
- 1.2 Care throughout labour
- 1.3 Latent first stage of labour
- 1.4 Initial assessment
- 1.5 Ongoing assessment
- 1.6 General principles for transfer of care
- 1.7 Care in established labour
- 1.8 Pain relief in labour: non-regional
- 1.9 Pain relief in labour: regional analgesia
- 1.10 Monitoring during labour
- 1.11 Prelabour rupture of membranes at term
- 1.12 First stage of labour
- 1.13 Second stage of labour
- 1.14 Third stage of labour
- 1.15 Care of the newborn baby
- 1.16 Care of the woman after birth

The following guidance is based on the best available evidence. The [full guideline](#) gives details of the methods

1.11 Prelabour rupture of membranes at term

- 1.11.1 Do not carry out a speculum examination if it is certain that the membranes have ruptured. [2007]
- 1.11.2 If it is uncertain whether prelabour rupture of the membranes has occurred, offer the woman a speculum examination to determine whether the membranes have ruptured. Avoid digital vaginal examination in the absence of contractions. [2007]
- 1.11.3 Advise women presenting with prelabour rupture of the membranes at term that:
- the risk of serious neonatal infection is 1%, rather than 0.5% for women with intact membranes
 - 60% of women with prelabour rupture of the membranes will go into labour within 24 hours
 - induction of labour^[5] is appropriate approximately 24 hours after rupture of the membranes. [2007]
- 1.11.4 Until the induction is started or if expectant management beyond 24 hours is chosen by the woman:
- do not offer lower vaginal swabs and measurement of maternal C-reactive protein
 - to detect any infection that may be developing, advise the woman to record her temperature every 4 hours during waking hours and to report immediately any change in the colour or smell of her vaginal loss
 - inform the woman that bathing or showering is not associated with an increase in infection, but that having sexual intercourse may be. [2007]
- 1.11.5 Assess fetal movement and heart rate at initial contact and then every 24 hours after rupture of the membranes while the woman is not in labour, and advise the woman to report immediately any decrease in fetal movements. [2007]
- 1.11.6 If labour has not started 24 hours after rupture of the membranes, advise the woman to give birth where there is access to neonatal services and to stay in hospital for at least 12 hours after the birth. [2007]

1.11 Předporodní odtok plodové vody v termínu

1.11.1 Pokud je jisté, že plodová voda odtekla, neprovádějte vyšetření zrcadly [2007]

1.11.2 Pokud není jisté, zda plodová voda odtekla, nabídněte ženě vyšetření zrcadly, abyste zjistili, zda jsou obaly porušené. Vyhněte se vyšetření prsty, pokud nejsou přítomny kontrakce [2007]

1.11.3 Informujete ženu, které odtekla plodová voda v termínu, že:

- riziko vážné infekce u novorozence je 1 % místo 0.5 % u ženy s nedotčenými obaly
- 60 % žen s odteklou plodovou vodou před porodem začne родit během 24 hodin
- indukce porodu je vhodná po přibližně 24 hodinách [2007]

1.11.4 Dokud nebyla zahájena indukce nebo pokud se žena rozhodla pro vyčkávací postup po 24h od odtoku plodové vody

- nenabízejte výtěr z vaginy ani měření CRP matky
- aby se zachytila možná rozvíjející se infekce, poradte ženě, aby si zaznamenávala teplotu každé 4 hodiny, když je vzhůru, a oznámila jakoukoli změnu barvy nebo pachu výtoku z vaginy
- informujte ženu, že koupel ani sprchování není spojeno se zvýšením rizika infekce, ale pohlavní styk s ním souviset může [2007]

1.11.5 Kontrolujte pohyby a srdeční tep plodu při prvním setkání a každých 24h dokud nezačne porod a poradte ženě, aby hlásila každé snížení pohybů plodu [2007]

1.11.6 Pokud porod nezačal do 24 od odtoku plodové vody, poradte ženě, aby rodila v zařízení, které má přístup ke službám neonatologa a aby zůstala v nemocnici alespoň 12h po porodu [2007]

DOPORUČENÝ POSTUP NICE

Co jsem se jako anglický pečovatel o klientku dozvěděla?

- jak ji mám informovat o tom, co její situace znamená (komplexně: riziko infekce, obvyklý vývoj)
- mám ji jen omezeně vaginálně vyšetřovat, konkrétní instrukce pro různé situace
- doporučení k (samo)péči: co sledovat, co je důležité čemu se vyhnout
- antibiotika nejsou zmiňována
- sdělit klientce existující doporučení k indukci po 24 h
- doporučení k péči v případě, že si klientka zvolí vyčkávací postup
- jaké informace podat klientce ohledně volby místa porodu a vhodnosti 12h dohledu nad novorozencem v případě vyčkávacího postupu

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

- omezení vaginálních vyšetření
- sledování teploty a ozev
- není plošné doporučení ATB
- doporučení indukce po 24h

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

V čem je rozdíl?

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

V čem je rozdíl?

- česká doporučení jsou čistě technická, neberou v potaz konkrétního klienta
- anglická poskytují rámec externích vědomostí (číselně riziko infekce, číselně očekávané rozběhnutí porodu)
- česká jsou formulována autoritativně a popisují jen jeden způsob péče
- anglická jsou formulována směrem k ženě, jako podklad pro její rozhodování
- ukazují možné cesty, kterými se péče může ubírat
- z českých lze snadno vybočit tím, že se žena nějak rozhodne
- anglická nabízejí cesty pro větší spektrum možností dle volby klientky

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

V čem je rozdíl?

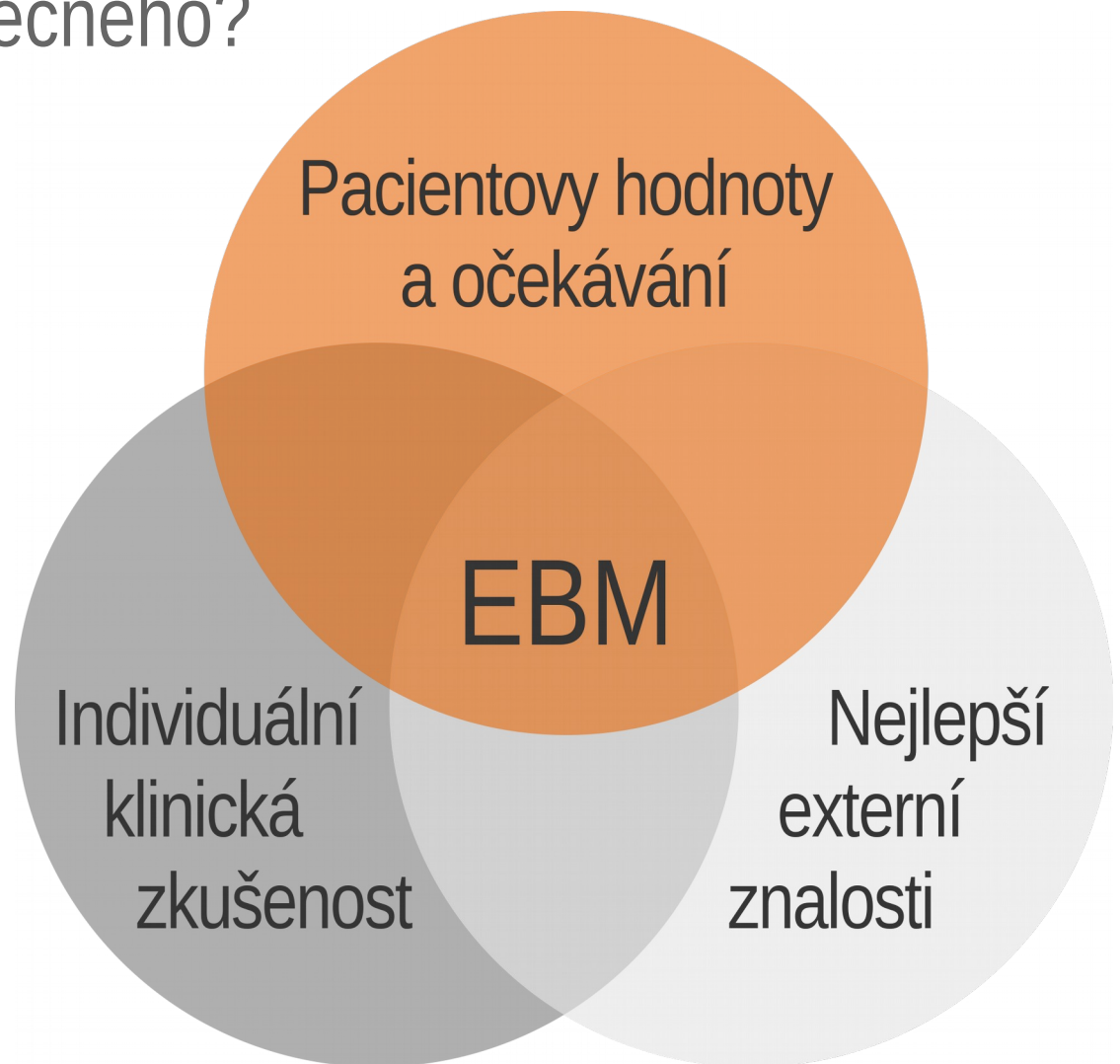
Která z doporučení jsou
psána podle EBM?

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

V čem je rozdíl?

Která z doporučení jsou
psána podle EBM?



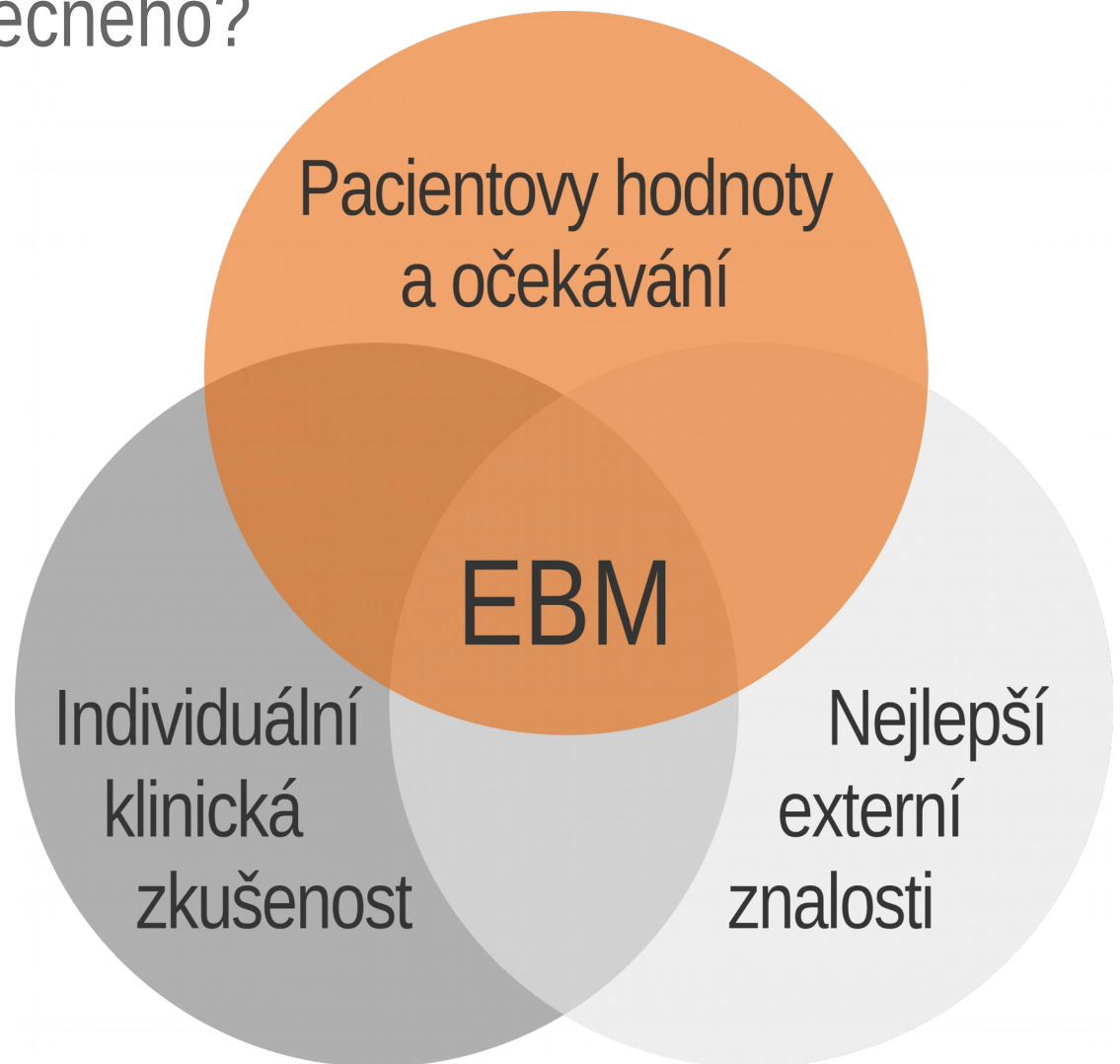
NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

V čem je rozdíl?

Která z doporučení jsou psána podle EBM?

Při práci s kterými se budete cítit lépe, jistěji?



ZÁVĚR

1. Odborná doporučení nemusí být vždy v souladu s EBM, i když správně využívají vědeckých poznatků.
2. EBM je koncept péče, kde je žena odpovědná za **volbu způsobu** a zdravotník za **provedení** péče.

PŘÍKLAD Č. 2

ÚZIS * 2013

- 9757 žen rodilo po 1 a více CŘ (18 % vícerodiček, 2005: 10 %)
- 2544 z nich porodilo vaginálně (26 %, 2005: 40 %)
- odhadem 3-5 tisíc se o vaginální porod pokusilo (TOLAC)
- zvýšené riziko ruptury dělohy (45 případů celkem) → hypoxie, HIE, úmrtí (4 mrtvorozené + 2 patologické)
- česká doporučení

Roztočil A, Velebil P, Vedení porodu u těhotné s císařským řezem v anamnéze – doporučený postup 2012

* Rodička a novorozenec 2013, tabulka 2.6

TOLAC

TOLAC

- málo studií; prospektivní + metaanalýza ukázaly 2-3x vyšší riziko úmrtí dítěte
- ročně zdravotníci asistují u nejméně 2500 případů
- je součástí doporučených postupů ACOG, podporuje zařazení do systému
- má vypracované doporučení ČGPS

TOLAC vs. POROD DOMA

TOLAC

- málo studií, prospektivní + metaanalýza ukázaly 2-3x vyšší riziko úmrtí dítěte
- ročně zdravotníci asistují u nejméně 2500 případů
- je součástí doporučených postupů ACOG, podporuje zařazení do systému
- má vypracované doporučení ČGPS

Porod mimo ZZ s porodní asistentkou

- hodně studií; některé s kritizovanou metodologií 2-3x vyšší riziko úmrtí dítěte, kohortové opakovaně ukazují, že riziko je stejné, zejména u vícerodiček
- ročně se týká cca 1000 žen
- ACOG respektuje, ale varuje, nepodporuje zařazení do systému
- ČGPS velmi nedoporučuje a aktivně zabraňuje zařazení do systému

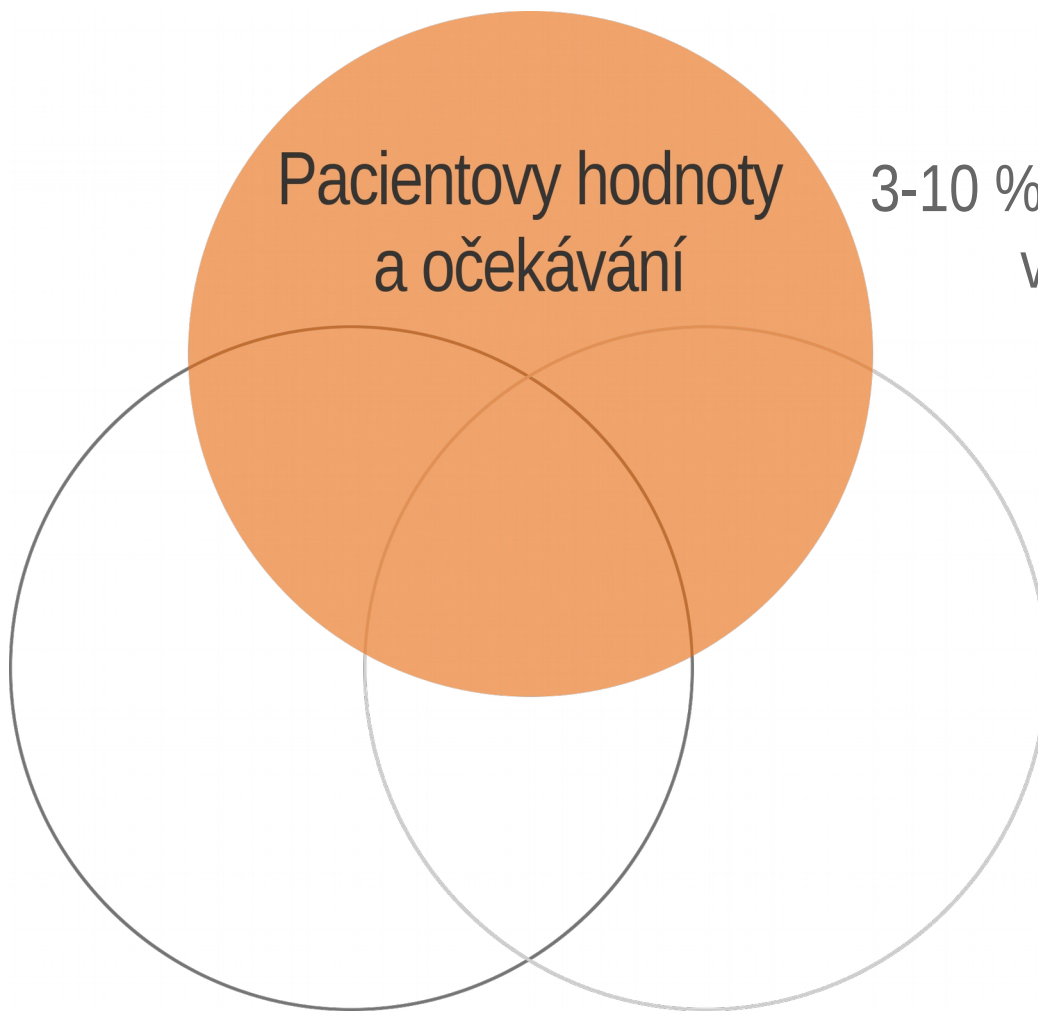
TOLAC vs. POROD DOMA

Kde je rozdíl?

1-5 % žen řeší porod doma
vs. v nemocnici

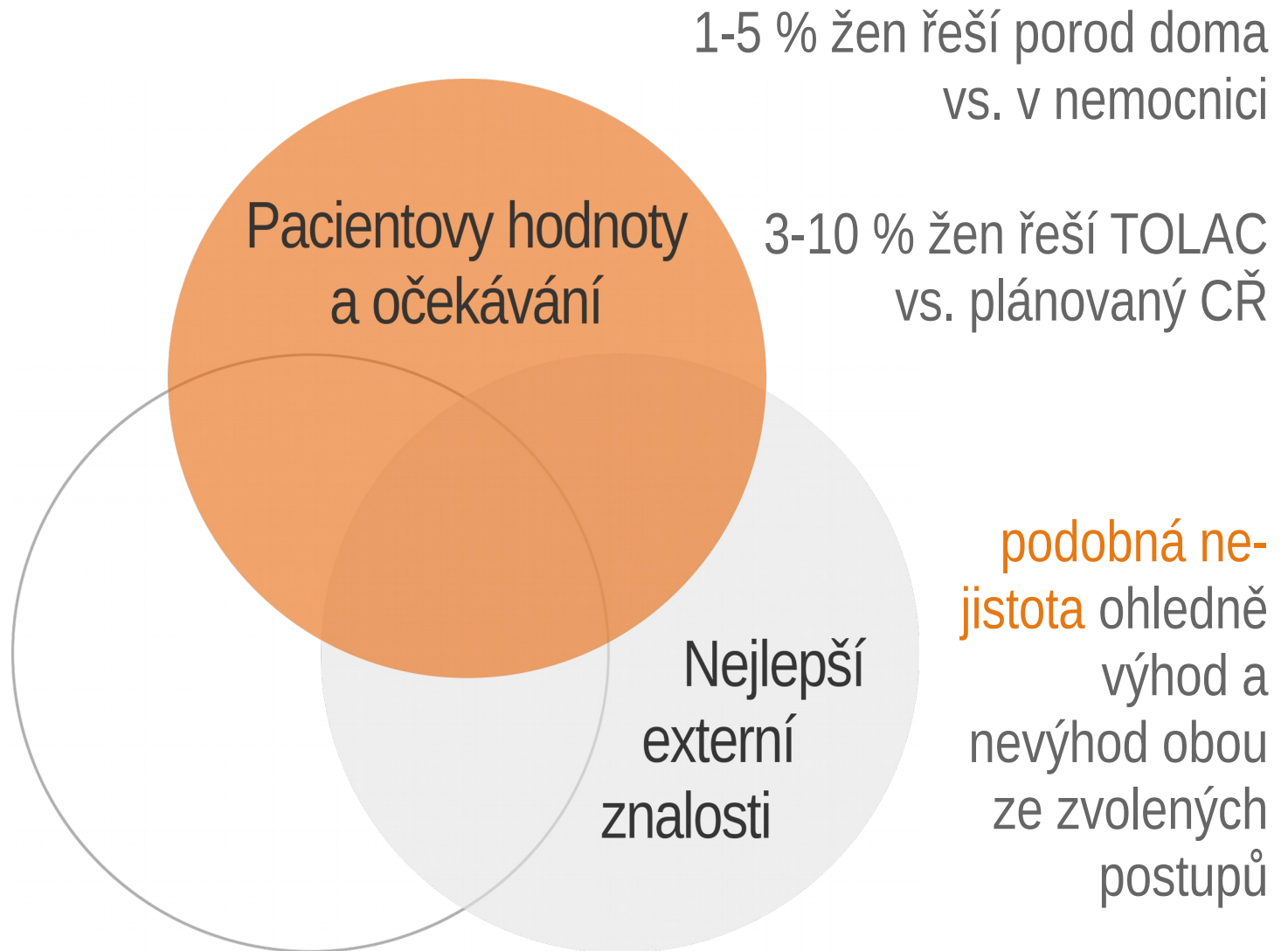
Pacientovy hodnoty
a očekávání

3-10 % žen řeší TOLAC
vs. plánovaný CŘ



TOLAC vs. POROD DOMA

Kde je rozdíl?

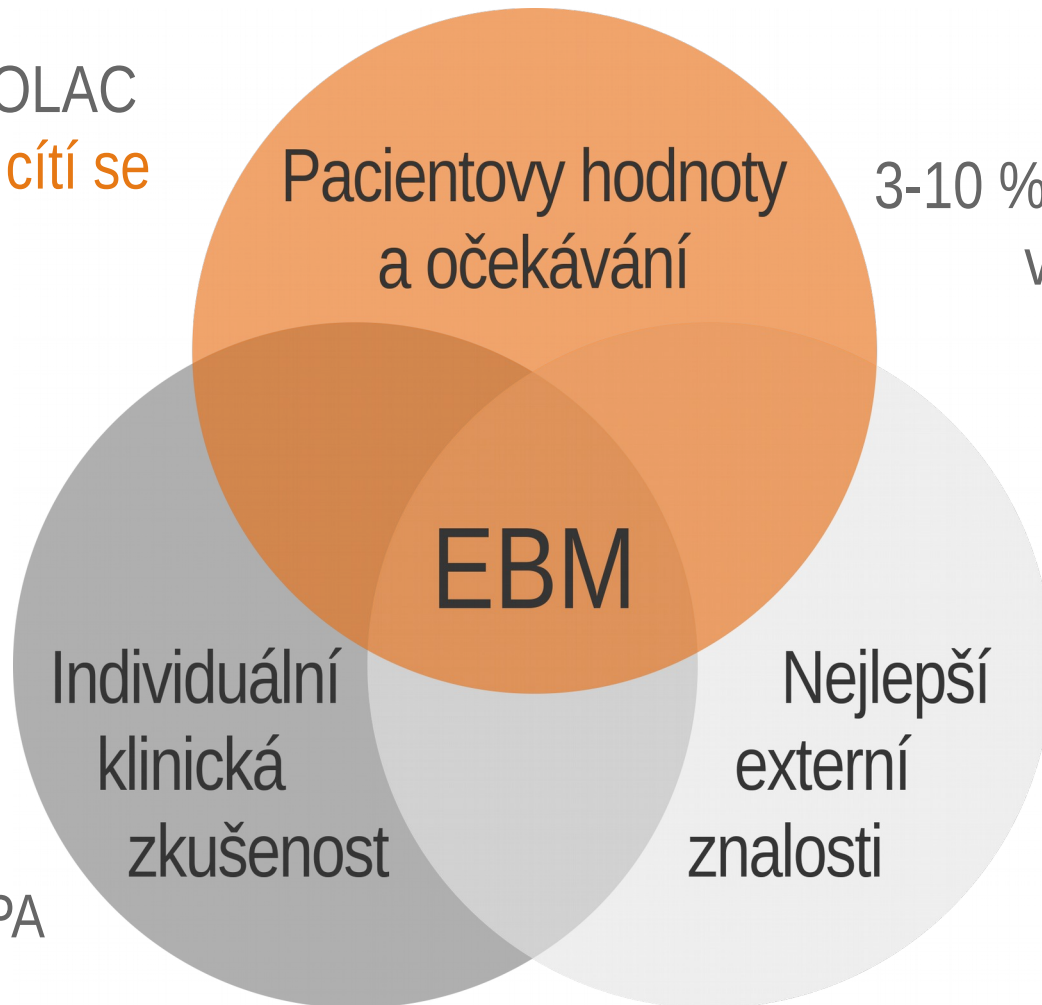


TOLAC vs. POROD DOMA

Kde je rozdíl?

Porodníci **mají** s TOLAC osobní zkušenost, **cítí se bezpečně** při poskytování péče

Porodníci **nemají** osobní zkušenost s prací samostatné PA, neinterveno-
vaným porodem, **necítí se bezpečně** při představě péče PA



1-5 % žen řeší porod doma vs. v nemocnici

3-10 % žen řeší TOLAC vs. plánovaný CŘ

podobná nejistota ohledně výhod a nevýhod obou ze zvolených postupů

ZÁVĚR

3. Při tvoření doporučení stále hrají **osobní** zkušenosti a větší roli než bychom dle EBM očekávali.
4. Klíčem pro změnu takto zatížených doporučení je **vytváření** chybějících zkušeností mezioborovou spoluprací.

ČESKÁ DOPORUČENÍ

- neexistují nezávislá národní doporučení k péči
- ohledně péče v mateřství existuje jediný soubor doporučení k péči vydávaný ČGPS
- **doporučení nejsou právně závazná!**
 - zcela rozhodně ne pro rodičku/pacientku
 - nejsou závazná ani pro zdravotníky, ale měli by být schopni si profesně obhájit, proč zvolili postup v rozporu s doporučením
 - ALE příliš silné postavení soudních znalců u českých soudů
- ČGPS svá doporučení neposkytuje veřejně na stránkách
- nepracuje s ucelenou koncepcí, ale řeší jednotlivé problémy

B. S ČÍM SE POTKÁVÁME A CO NA TO VĚDA

S ČÍM SE POTKÁVÁME

- předporodní odtok plodové vody
- podání antibiotik během porodu
- klystýr
- amniotomie
- indukce proodu v termínu/po termínu
- tišení bolesti, epidurál
- polohy v 2. době proodní
- tlak na fundus
- epiziotomie
- časování přerušení pupečníku
- kontakt kůže na kůži

S ČÍM SE POTKÁVÁME

Doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) pro **pozitivní zkušenost s mateřstvím**

- překlad souhrnných textů UNIPA
<https://www.unipa.cz/doporuzeni-svetove-zdravotnicke-organizace-pro-pozitivni-zkusenost-s-materstvim/>
- [https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/10/WHO-prenatalní péče-CZ-libre-2.1.pdf](https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/10/WHO-prenatalni-pece-CZ-libre-2.1.pdf)
- [https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/10/WHO-péče-při-porodu-CZ-libre-2.1.pdf](https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/10/WHO-pece-pri-porodu-CZ-libre-2.1.pdf)

PŘEDPORODNÍ ODTOK PLODOVÉ VODY V TERMÍNU

- riziko novorozenecké infekce 1 % oproti 0.5 % bez odtoku
- Wojcieszek AM et al.: Antibiotics for rupture of membranes when a pregnant women is at or near term but not in labour, *Cochrane 2014*
- 4 studie, 2639 žen, žádné přesvědčivé rozdíly ve výskytu infekcí na straně matky nebo dítěte při a bez použití ATB
- „Vzhledem k rizikům spojeným s ATB by se mělo od rutinní administrace ATB upustit.“
- Middleton et al.: Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more), *Cochrane 2017*
- 23 studií (8615 žen), většina závěrů low-quality evidence
- při vyvolání porodu (oxytocin, prostaglandiny) nižší riziko některých infekcí matky (5 % vs. 11 %), stejná míra operativních porodů (CS, kleště, VEX). Nižší riziko novorozeneckých infekcí (3 ‰ vs. 4 ‰).
- „Vyvolání porodu může přinést menší míru infekce u matek i dětí.“
- doporučení ČGPS: ATB bez jasného benefitu, indukce po 24h (2013)

PODÁNÍ ANTIBIOTIK BĚHEM PORODU

- podání ATB pouze kvůli odtoku plodové vody: nedoporučeno (i ČGPS)
- Ohlsson A, Shah VS: Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization, *Cochrane 2014*
- plošné podávání ATB při GBS zavedeno bez jasných důkazů prospěšnosti
- 4 studie, 852 žen
- „Zdá se, že snižuje výskyt časně GBS infekce, nesnižuje pozdní GBS infekci a nelze dělat závěry ohledně mortality.“
- tam, kde zavedli plošně, se výskyt snížil (ale mohou být další faktory)
- *USA* plošný screening zavedlo: výskyt poklesl po zavedení z 1.8 na 0.26 případů z 1000
- *UK* plošný screening nezavedlo: 0.5 případů na 1000 (podání pouze při rizicích: horečka, nedonošenost, náhodné zjištění GBS+)

PODÁNÍ ANTIBIOTIK BĚHEM PORODU

- mechanismus: podání nejméně 4h před porodem, aby se zajistila dostatečná koncentrace ATB v krvi dítěte
- české vzdělávací zdroje ohledně rizik mlží
 - *doporučení ČGPS* zmiňuje jen výskyt u matek (5-35 %) a mortalitu novorozenců (5-20 %)
 - *Sestra 2009*: onemocní 5 % novorozenců GBS pozitivních matek, mortalita 40 %. Riziko nejméně **10x** nadhodnocené!
- **US** data, termínové GBS + : 5 z 1000 dětí se nakazí, z toho 2-3% zemřou
- tedy pokud jste těhotná GBS+ v termínu, je šance 1:10000, že vaše dítě zemře, pokud vám nebudou podána ATB před porodem

KLYSTÝR

- Reveiz L. et al: Enemas during labour, *Cochrane 2013*
- 4 randomizované studie, 1917 žen
- nemá významný vliv na míru výskytu infekce (poraněné hráze nebo novorozenecké)
- nemá významný vliv na spokojenost žen
- má vliv na spokojenost zdravotníků – spokojenější, když podají klystýr
- únik stolice bez klystýru: 35 %, s klystýrem: 10-20 %

„Tyto důkazy nepodporují rutinní aplikaci klystýru u porodu, proto by od tohoto postupu mělo být upuštěno.“

AMNIOTOMIE

- Smyth RMD et al.: Amniotomy for shortening spontaneous labour, *Cochrane 2013*
- 15 studií zahrnujících 5583 žen
- nehodnotily bolestivost
- důkazy neukázaly zkrácení první doby porodní
- ukázaly potenciální nárůst množství císařských řezů

„Rutinní amniotomie není doporučována pro normálně probíhající porody ani pro porody, které se protahují. Na základě nálezů nemůžeme doporučit rutinní provádění amniotomie jako standardního postupu. Doporučujeme, aby zde uvedené důkazy byly zpřístupněny ženám, kterým je amniotomie nabídnuta; mohou být užitečné jako podklad pro diskusi a jakákoli výsledná rozhodnutí učiněná ženami a jejich poskytovateli péče.“

INDUKCE PORODU V/PO TERMÍNU

- Middleton et al.: Induction of labour in women with normal pregnancies at or beyond term, *Cochrane 2018*
- 30 studií, 12 479 žen
- vyvolání porodu okolo 41tt (před i po podle studie) oproti vyčkávání nebo odloženému vyvolání
- nižší riziko perinatálního úmrtí při vyvolání (1 ‰ vs. 3 ‰)
- o něco více sekcí při indukce před 41tt, jinak stejné

„I když je absolutní riziko perinatálního úmrtí malé, měly by být ženy správně informovány, aby mohly zvolit mezi plánovaným vyvoláním potermínové gravidity a sledováním bez vyvolání nebo s odkladem vyvolání.“

- aktuálně běží velká rand. studie ve *Švédsku*, jestli 41tt nebo 42tt

INDUKCE PORODU - METODY

- Cochrane zkoumá řadu metod indukce porodu: hypnóza, homeopatie, akupunktura, sex, stimulace bradavek, amniotomie, Hamiltonův hmat (membrane sweeping), oxytocin, prostaglandiny orálně a cervikálně, další léky
- Hamiltonův hmat (2005, 22 studií, 2729 žen)
 - rutinní aplikace po 38tt nepřináší podstatné výhody
 - jako prostředek vyvolání ušetří 1 ženě z 8 indukci jiným způsobem
 - ČGPS (2016) bez zdrojů tvrdí, že nejde o indukci a že je to metoda efektivní
- Indukce oxytocinem (2009, 61 studií, 12 819 žen):
 - oproti vyčkávání uspíší porod do 24h, ale více žen si vyžádá epidurál
 - oproti prostaglandinům menší šance na vaginální porod do 24h

TIŠENÍ BOLESTI

- Jones et al: Pain management for women in labour – an overview, *Cochrane 2012*
- farmakologické i nefarmakologické
- Intrapartum care for healthy women and babies, *NICE 2014*

„Zdravotník by si měl rozmyslet, jaké jsou jeho vlastní hodnoty a přesvědčení ohledně zvládání bolesti při porodu, a zajistit, aby jeho péče zcela podporovala vlastní volbu ženy.“

opioidy: „Informujte ženu, že **schopnost opioidů tlumit bolest je omezená**, a že mohou mít významné vedlejší účinky pro ni (**ospalost, nevolnost, zvracení**) a její dítě (**krátkodobé obtíže s dechem** a ospalost, které může trvat i několik dní). Informujte ji, že **opioidy mohou ovlivňovat kojení**.“

- doporučení *ČGPS 2018*: opioidy mezi doporučenými (nalbuphin, remifentanyl)

TIŠENÍ BOLESTI – EPIDURÁLNÍ ANALGESIE

- Anim-Somuah et al: Epidural versus non-ep. or no analgesia in labour, *Cochrane 2011*
- 38 studií, 9658 žen, až na 5 studií porovnání s opioidy
- větší riziko ukončení kleštěmi/VEX, delší 2. doba porodní
- oproti opioidům menší důsledky pro dítě
- některé studie našly i zvýšené riziko císařského řezu (hrají roli další faktory)
- Intrapartum care for healthy women and babies, *NICE 2014*: Podejte tyto informace:
 - Dostupná pouze v nemocnici na porodnickém oddělení (častý důvod transferu v UK)
 - Tlumí bolest efektivněji než opiody
 - Není asociována s dlouhodobou bolestí zad.
 - Nepřináší delší 1. dobu porodní ani celkově nezvyšuje riziko císařského řezu.
 - Souvisí s delší 2. dobou porodní a zvýšeným rizikem porodu kleštěmi/VEX
 - Je doprovázena vyšší úrovní sledování, přístupem k žíle, může omezit mobilitu [2007, 2014]
- I s epidurálem lze užít *vertikální polohy* (video)!

POLOHY PRO 2. DOBU PORODNÍ

- Gupta JK et al.: Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia, *Cochrane 2017*
- teorie PRO vzpřímené pozice: lepší přívod kyslíku dítěti, efektivnější kontrakce, lepší rotace a průchod pánví, větší otvor v pánvi (RTG)
- 32 studií, 9015 žen; vzpřímená = stoj, klek, sed na stoličce
- o **25 %** nižší riziko kleští/VEX, o **54 %** nižší riziko abnormálního srdečního rytmu
- méně epiziotomií, více natržení; více krevních ztrát nad 500 ml, stejně transfúzí
- bez rozdílů v délce tlačení, míře císařských řezů, natržení III. a IV. stupně, potřeby transfúze, přijetí na JIP a v perinatální úmrtnosti
- menší studie žen s epidurálem (**2017**): závěry nejasné, málo pozorování

„Ženy mají být povzbuzovány, aby porodily v pozici, která je jim pohodlná. Platí i při užití epidurální analgesie.“

TLAK NA FUNDUS

- Hofmeyr et al: Fundal pressure during the second stage of labour, *Cochrane 2017* (starší verze 2006 a 2009)
- riziko ruptury dělohy, poranění dítěte, poškození svěrače
- 5 studií manuální (3057 žen), 4 studie nafukovací pás (891 žen)
- užití tlaku na fundus nevedlo k více spontánním vaginálním porodům, tedy nevedlo k menšímu užití kleští/VEX/císařských řezů, stejný stav dítěte, **vyšší míra ruptur čípku a hráze**
- podobný závěr rakouská observační *studie*: standardní (23 %) a omezované (12 %) užití KE: 2x vyšší míra poranění hráze

„Neexistují dostatečné důkazy, zda provádění tlaku na fundus efektivně zkracuje druhou dobu porodní a zda je bezpečné. Rutinní praxi nelze na základě evidence podpořit.“

TLAK NA FUNDUS

- ČGPS: Čepický P. (2012) Doporučení k pomoci rodičce při tlačení ve II. době porodní
- předpokládá polohu na zádech
- **necituje vůbec žádnou vědeckou literaturu!**

c) Přidržení fundu

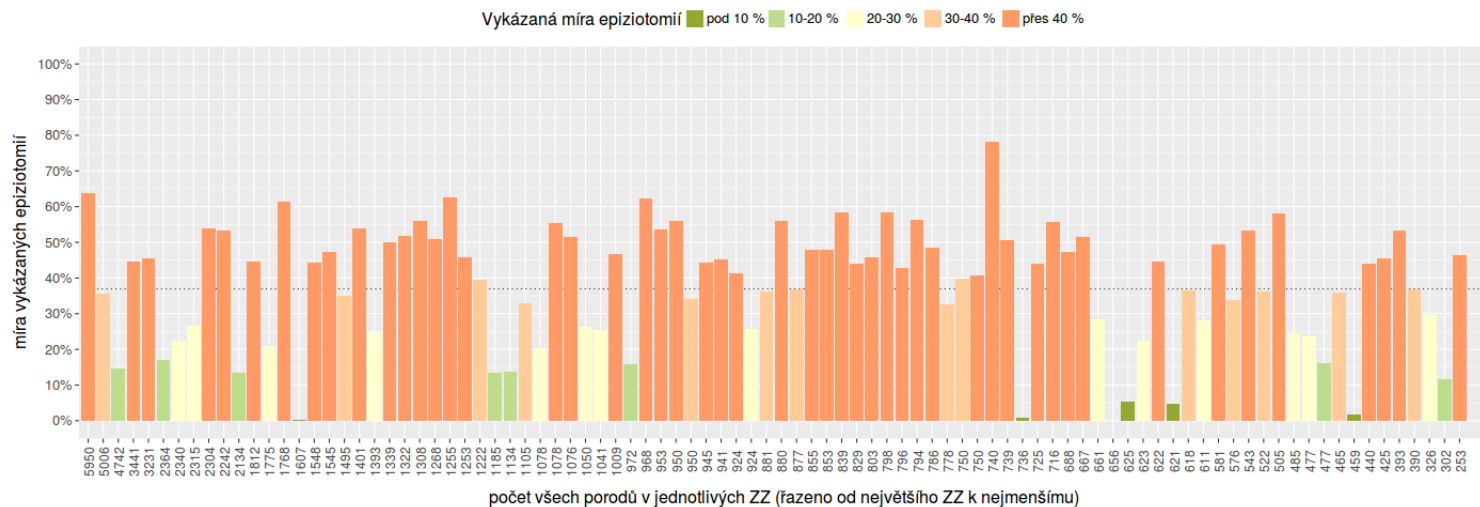
- Provádí se tlakem na fundus děložní. Tlak se provádí předloktím nebo oběma dlaněmi. Je nutno se vyhnout bodovému tlaku loktem, pěstí apod. Tlak je veden na fundus děložní. Provádí se během kontrakce děložní a intenzita tlaku kopíruje kontrakční vlnu. Rodička vždy používá současně břišní lis.
- Přidržení fundu provádí pouze porodní asistentka nebo lékař a lze ho provádět pouze v přítomnosti a z indikace lékaře.

EPIZIOTOMIE

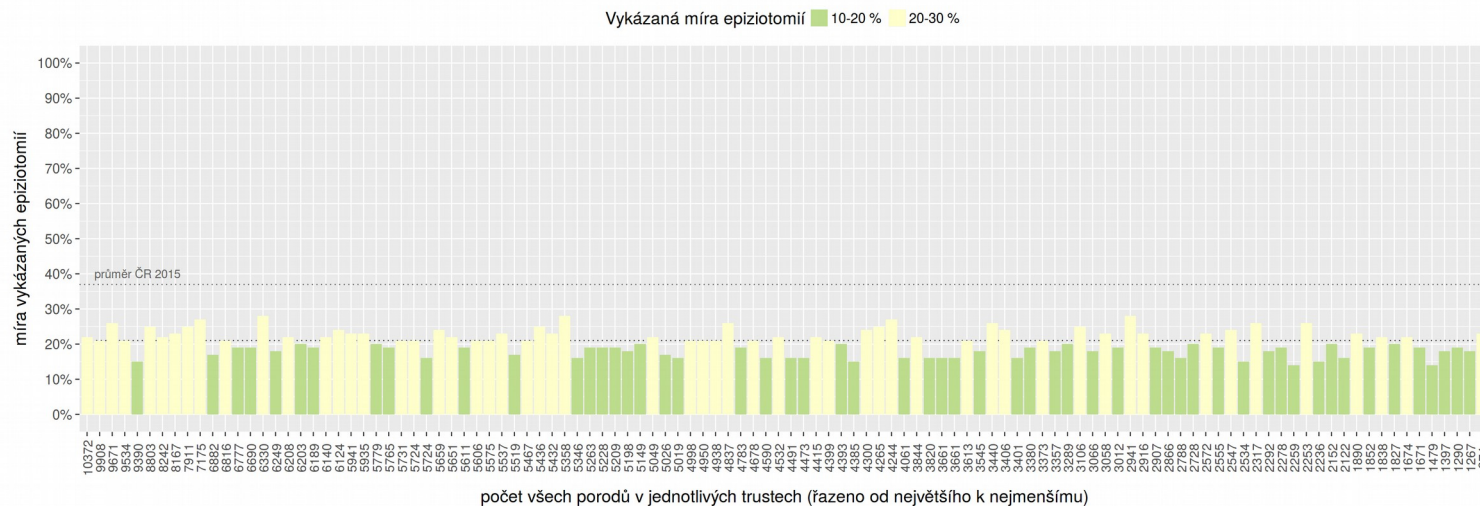
- Jiang et al: Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth, Cochrane 2017
- 12 studií, 6177 žen
- omezené užití („vyhněte se pokud možno epiziotomii“) – 8-59 %
- rutinní užití („chraňte hráz tak, jak jste zvyklí“) - 61-100 %
- omezení = menší množství poranění hráze a vaginy, nižší potřeba šití. Není vyšší množství ruptur III. a IV. stupně, není horší zdraví dětí, nebyly nalezeny rozdíly ve výskytu inkontinence moči, krvácení atd.
- UK: 21 %, podle nemocnic max 28 %. ČR: 37 %, rozsah 10-80 %.

EPIZIOTOMIE

Vykazovaná míra epiziotomií u vaginálních porodů na porodních odděleních v ČR, 2015



Vykazovaná míra epiziotomií v NHS trustech v Anglii, 2014-2015



ČASOVÁNÍ PŘERUŠENÍ PUPEČNÍKU

- McDonald SJ et al.: Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on mother and baby outcomes, *Cochrane 2013*
- 5 studií, 3911 žen+dětí
- při pozdějším (neuspěchaném) přerušení není vyšší krvácení matky
- je vyšší porodní hmotnost, vyšší koncentrace hemoglobinu, vyšší zásoby železa až 6 měsíců po porodu, malé riziko častější fototerapie (může být způsobeno nastavením léčby)

FIGO a WHO již okamžité přerušení nedoporučují, NICE zatím doporučuje v rozmezí 1-5 minut, ale bez problémů později na přání ženy

- dítě na matčině hrudi, nemá se dávat ani dolů, ani držet výše
- vhodné i pro porody nedonošených dětí (jiná *Cochrane review*)

KONTAKT KŮŽE NA KŮŽI (KKK)

- nahé nezabalené dítě, nahá hrud', nejméně do prvního samopřisátí
 - Moore et al.: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants, *Cochrane 2016*
 - 38 studií, 3472 dětí
 - při KKK děti stejná teplota jako zabalené (nepodchazují se!), lepší kardiopulmonární stabilizace, více glukózy v krvi
 - lepší zahájení kojení, delší kojení
- „Vědecké důkazy podporují KKK jako rutinní praxi pro všechny zdravé novorozence narozené vaginálně, císařským řezem i předčasně (od 35tt).“
- pro další informace práce Kerstin Uvnäs Moberg, Nilse Bergmana
 - organizace praxe např. *přednáška* Ivany Kušnierové

S ČÍM SE POTKÁVÁME

- porod po předchozím císařském řezu (VBAC)
- porod doma
- porod bez intervencí (zpracováno na základě dotazů, zda je možné nějak vyhodnotit, jak takové porody vypadají)

POROD PO PŘEDCHOZÍM CÍSAŘSKÉM ŘEZU

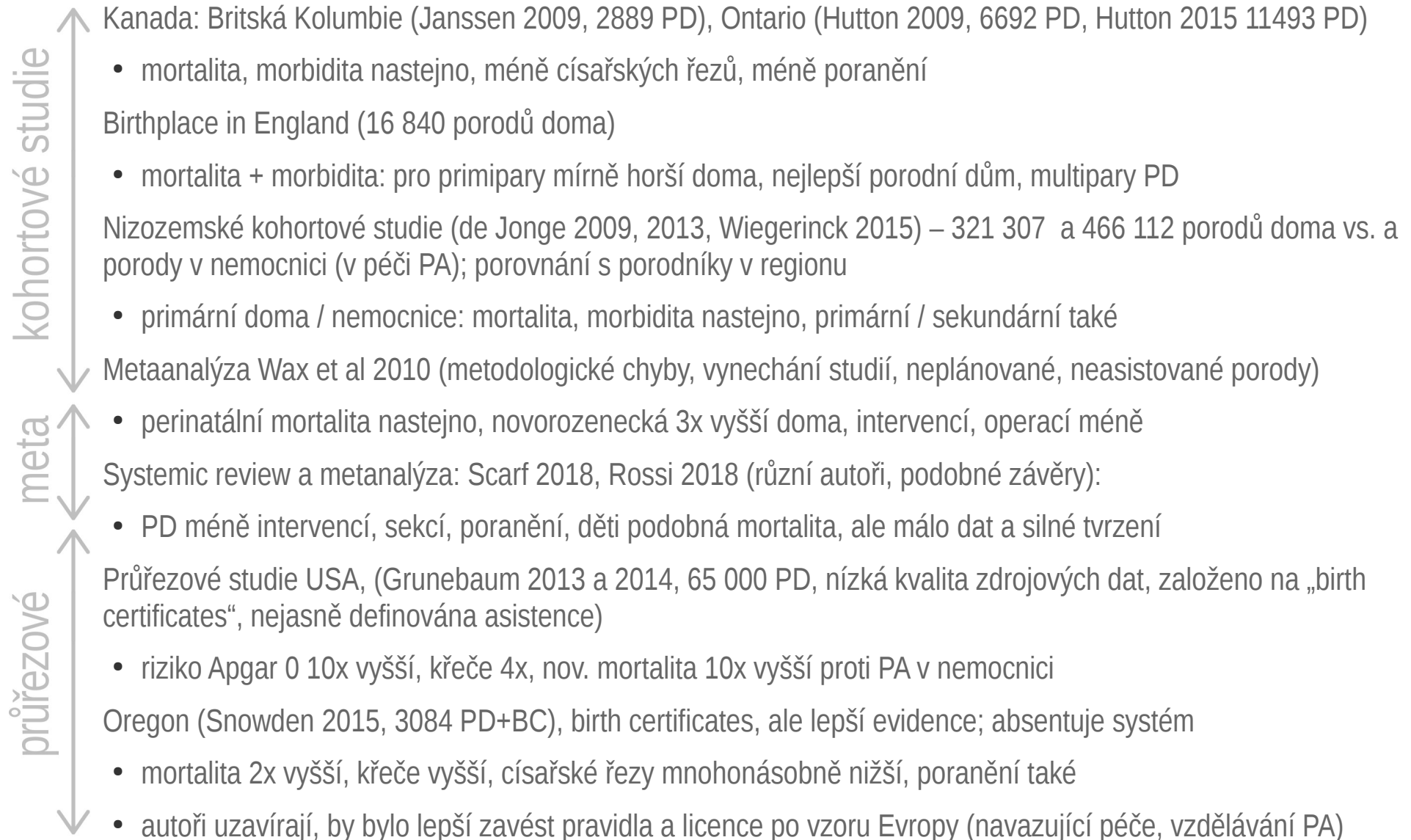
- Dodd et al: Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth, *Cochrane 2013*
- 2 studie, 320 žen, ale jen studie s 22 ženami sledovala úmrtnost → je potřeba více dat
- observační studie: podobně nejasné závěry jako v případě porodů doma
- odhad 2x vyšší mortalita / morbidita novorozenců
- chybí observační studie s dobrou metodikou

POROD DOMA

- Olsen. O, Clausen JA: Planned hospital birth versus planned home birth, *Cochrane 2012*
- pouze jedna randomizovaná studie s 11 ženami

„Neexistují dostatečné důkazy z randomizovaných studií, které by řekly, zda preferovat porod v nemocnici nebo porod doma. Studie ukazují, že ženy, které žijí v oblastech, kde nejsou k dispozici dobré informace o porodech doma, by uvítaly dobře navržené studie, které by jim zajistily možnost volby. Jak postupně rostou kvalitní důkazy ve prospěch porodů doma z observačních studií, doporučujeme raději připravit systemický přehled observačních studií než pokoušet se o randomizovanou studii.“

POROD DOMA – PŘEHLED ZÁŠADNÍCH STUDIÍ



POROD DOMA

I přes heterogenitu a ideové interpretace je zřejmé:

- matky z porodu doma zásadně zdravotně benefitují
 - méně císařských řezů
 - méně poranění hráze a dalších obtíží
- tam, kde **existuje systém** kontinuální péče PA, to funguje a výsledky jsou stejně dobré pro děti a lepší pro matky
- tam, kde **asistuje kdekdo**, transfer do vyšší péče probíhá v **nevraživosti**, nadávkách a strachu, jsou výsledky pro matky stále o hodně lepší, ale pro děti jsou o něco horší (i když absolutně jde stále o velmi malé rozdíly, srovnatelné třeba s pokusem o vaginální porod po sekci)

POROD BEZ INTERVENCÍ

- neexistuje systematický přehled, neznáme ani četnost
- EuroPERISTAT zavedl kód R19: Births without obstetric intervention, ale sběr dat je velmi obtížný, zatím žádná publikace
- nejbližše porodu bez intervencí zůstávají porody doma
 - podmnožina v zásadě zdravých žen v termínu s jednočetným těhotenstvím a zpravidla v poloze hlavičkou
- nejpodrobnější přehled si vede QUAG (quag.de - německy)
 - pravidelná ročenka, podrobný dotazník
 - účast dobrovolná, ale je zachycena většina z cca 10000 mimoklinických porodů v Německu za rok
 - 1/3 doma, 2/3 porodní domy

QUAG

- QUAG definuje jako mírnou intervenci masáž, přírodní prostředky a akupunkturu, jako invazivní homeopatii, prostředky na povzbuzení děložní činnosti, amniotomii, epiziotomii
- zcela bez intervence porodí cca třetina žen, 25 % s mírnou, 40 % s invazivní
- 90 % spontánně vaginálně, 6 % císařem po převozu
- převoz cca 15 % před porodem (28 % prvorodiček, 5% vícero diček), 3.5 % matek a 1.5 % dětí po porodu
- 45 % po vaginálním porodu bez poranění, epiziotomie 5 %, poranění III-IV. stupně okolo 1 % žen
- 8 % porodů delších než 24h

Tabelle 35 Geburtsbefunde mit Hauptverlegungsgründen

Geburtsbefunde nach Katalog C			Hauptverlegungsgrund je Verlegungsfall in 2014					
			Befund		in Ruhe		in Eile	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
C60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)	2.283	20,46	121	7,0	0	0,0	121	6,5
C61 Überschreitung des Termins (645)	5.715	51,22	8	0,5	0	0,0	8	0,4
C62 Mißbildung (655)	7	0,06	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C63 Frühgeburt (644.1)	73	0,65	4	0,2	0	0,0	4	0,2
C64 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)	1	0,01	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C65 Plazentainsuffizienz (Vd. auf) (656.5)	20	0,18	1	0,1	1	0,7	2	0,1
C66 Gestose/Eklampsie (642.5)	17	0,15	8	0,5	1	0,7	9	0,5
C67 RH-Inkompatibilität (656.1)	30	0,27	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C68 Diabetesmellitus (648.0)	24	0,22	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C69 Zust. n. Sectio o. anderen Uterusop. (654.2)	851	7,63	15	0,9	2	1,5	17	0,9
C70 Plazentapraevia (641.-)	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C71 Vorzeitige Plazentalösung (641.2)	14	0,13	1	0,1	5	3,7	6	0,3
C72 Sonstige uterine Blutungen (641.9)	33	0,30	5	0,3	2	1,5	7	0,4
C73 Amnion-Infektionssyndr. (Vd. auf) (658.4)	29	0,26	19	1,1	0	0,0	19	1,0
C74 Fieber unter der Geburt (659.2)	11	0,10	5	0,3	0	0,0	5	0,3
C75 Mütterliche Erkrankung (648.-)	62	0,56	7	0,4	1	0,7	8	0,4
C76 Mangelnde Kooperation der Mutter	42	0,38	16	0,9	0	0,0	16	0,9
C77 Path. CTG oder auskult schlechte kindl. HT	376	3,37	151	8,7	81	60,0	232	12,4
C78 Grünes Fruchtwasser (656.3)	595	5,33	48	2,8	2	1,5	50	2,7
C79 Azidose während der Geburt (656.3)	1	0,01	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C80 Nabelschnurvorfall (663.0)	2	0,02	0	0,0	1	0,7	1	0,1

Tabelle 35 Geburtsbefunde mit Hauptverlegungsgründen

Geburtsbefunde nach Katalog C			Hauptverlegungsgrund je Verlegungsfall in 2014					
			Befund		in Ruhe		in Eile	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
C81 Verdacht auf sonst. NS-Komplikationen (663.9)	73	0,65	4	0,2	0	0,0	4	0,2
C82 Protr. Geb./Geburtsstillst. in der EP (662.0)	1.018	9,12	774	44,7	12	8,9	786	42,1
C83 Protr. Geb./Geburtsstillst. in der AP (662.2)	477	4,28	271	15,7	15	11,1	286	15,3
C84 Absolutes oder relatives Missverhältnis zw. kindl. Kopf und mütterl. Becken (653.4)	47	0,42	17	1,0	1	0,7	18	1,0
C85 Droh./erfolgte Uterusruptur (660.8/665.1)	6	0,05	3	0,2	1	0,7	4	0,2
C86 Querlage/Schräglage (652.2)	6	0,05	6	0,3	0	0,0	6	0,3
C87 Beckenendlage (652.3)	44	0,39	19	1,1	7	5,2	26	1,4
C88 Hintere Hinterhauptslage (660.3)	83	0,74	10	0,6	0	0,0	10	0,5
C89 Vorderhauptslage (652.5)	32	0,29	4	0,2	0	0,0	4	0,2
C90 Gesichtslage/Stirnlage (652.4)	11	0,10	8	0,5	1	0,7	9	0,5
C91 Tiefer Querstand (660.3)	23	0,21	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C92 Hoher Geradstand (652.5)	126	1,13	37	2,1	1	0,7	38	2,0
C93 Sonstige regelwidrige Schädellagen (652.8)	112	1,00	21	1,2	0	0,0	21	1,1
C94 Sonstiges	142	1,27	18	1,0	1	0,7	19	1,0
C95 HELLP	2	0,02	1	0,1	0	0,0	1	0,1
C96 intrauteriner Fruchttod (656.4)	4	0,04	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C97 pathologischer Dopplerbefund	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C98 Schulterdystokie	41	0,37	0	0,0	0	0,0	0	0,0
E100 Auf Wunsch der Mutter	-	-	128	7,4	0	0,0	128	6,9
Gesamt			1.730	100,0	135	100,0	1.865	100,0

QUAG

Tabelle 55 Probleme der Mutter nach der Geburt laut Katalog E/ Jahr

Mütterliche Probleme nach der Geburt	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine mütterlichen Probleme	10.585	94,9	10.038	94,7
101 Blutungen über 1000 ml	183	1,6	178	1,7
102 Plazentalösungsstörg. / unvollst. Plazenta	223	2,0	221	2,1
103 komplizierte Geburtsverletzung	98	0,9	99	0,9
105 Eklampsie	1	0,0	2	0,0
106 HELLP	1	0,0	1	0,0
107 Sepsis	0	0,0	2	0,0
108 Verdacht auf Embolie	1	0,0	3	0,0
keine Spezifizierung	65	0,6	56	0,5

Mehrfachnennungen möglich. Prozent bezogen auf alle Geburten des Jahrgangs

Tabelle 67 Morbiditäten der Kinder und Verlegungsgründe

Morbiditäten der Kinder	Diagnose nach der Geburt		Verlegungsgrund	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
D01 Unreife/Mangelgeburt (765)	31	0,28	6	0,05
D02 Asphyxie / Hypoxie / Zyanose (768)	81	0,73	37	0,33
D03 Atemnotsyndrom / kardiopulmonale Krankheit (769)	25	0,22	20	0,18
D04 andere Atemstörungen (770)	198	1,77	84	0,75
D05 Schockzustand (785)	29	0,26	5	0,04
D06 Ikterus (774)	31	0,28	17	0,15
D07 hämolytische Krankheit (Rh-, ABO- Isoimmunisierung etc.)(773)	3	0,03	3	0,03
D08 hämatologische Störung (Anämie, Polyglobulie etc.)(773)	3	0,03	3	0,03
D09 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung)(775)	8	0,07	9	0,08
D10 hereditäre Stoffwechseldefekte, Aminosäuren (270), Galaktose, Fructose (271), AGS (255), Mucoviszidose (277)	3	0,03	0	0,00
D11 Schilddrüsenstörungen (Hypothyreose (243), Struma (246)	0	0,00	0	0,00
D12 Blutungskrankheiten (Darm/Nabel) (772)	2	0,02	2	0,02
D13 intrakranielle Blutungen	0	0,00	0	0,00
D14 Krämpfe, Encephalopathie (Apathie, Hyperexzitabilität, Hemissyndrom) (779)	2	0,02	2	0,02
D15 gastrointestinale Störungen (Erbrechen/Durchfall), Ernährungsprobleme (777)	2	0,02	1	0,01
D16 Verletzungen/Frakturen/Paresen (767)	15	0,13	3	0,03
D17 generalisierte Infektion / TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320)	25	0,22	24	0,22
D18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.)(771)	10	0,09	5	0,04
D19 zur Beobachtung	58	0,52	67	0,60
D20 Sonstiges	35	0,31	14	0,13

Tabelle 67 Morbiditäten der Kinder und Verlegungsgründe

Morbiditäten der Kinder	Diagnose nach der Geburt		Verlegungsgrund	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
D25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EDWARDS-Syndrom etc.)(758)	20	0,18	9	0,08
D26 (andere) multiple Mißbildungen (759)	4	0,04	1	0,01
D27 Anenzephalus (740)	0	0,00	0	0,00
D28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen)(741)	2	0,02	0	0,00
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742)	2	0,02	0	0,00
D30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744)	4	0,04	0	0,00
D31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747)	6	0,05	3	0,03
D32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748)	2	0,02	1	0,01
D33 Gaumen- und Lippenspalten (749)	10	0,09	2	0,02
D34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)	1	0,01	1	0,01
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)	1	0,01	1	0,01
D36 Anomalie Niere/ Blase/ Urethra (753)	4	0,04	1	0,01
D37 Anomalie Genitalorgane (752)	14	0,13	0	0,00
D38 Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln (755, 756)	23	0,21	1	0,01
D39 Zwerchfellmißbildung (7566)	2	0,02	2	0,02
D40 Gastroschisis/ Omphalozele (75671)	1	0,01	1	0,01
D41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (57)	3	0,03	0	0,00
D42 Hernien (550-553)	1	0,01	0	0,00
D43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüft dysplasie, Hüftluxation) (754)	7	0,06	0	0,00
D44 andere Anomalie	14	0,13	2	0,02

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs.

C. JAK SE RODÍ V ČESKU?

VÍME, JAKÁ JE V ČR OPRAVDU PÉČE?

- nedostatečné sledování výkonů jednotlivých ZZ, natož jednotlivých zdravotníků; chybějící zpětná vazba od plátců
- nedostatečné sledování a vyhodnocování specifických morbidit: DMO, srdeční vady, novorozenecké infekce ...
 - nepracuje se s daty, ale s odhady z literatury, které mohou být (a jsou) zastaralé, zkreslené jinou populací/situací
- neexistující sledování a vyhodnocování mateřské mortality a „near-misses“
- nedostatečná kontrola těch dat, která se sbírají
- když nejsou data, není ani zpětná vazba a zlepšení péče

KDE JSOU DATA?

- ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky)
 - má data, podrobná a dle ZZ
 - poskytl pouze anonymizovaně (Hnilicová, jaksekderodi.cz)
 - právní pignpong o zveřejnění jmen
 - má obavy z toho, že do horších nemocnic by přestaly ženy chodit
 - má v datech chyby, neprovádí dostatečnou kontrolu
 - nesnaží se skutečně dobře ošetřit informace o porodech doma

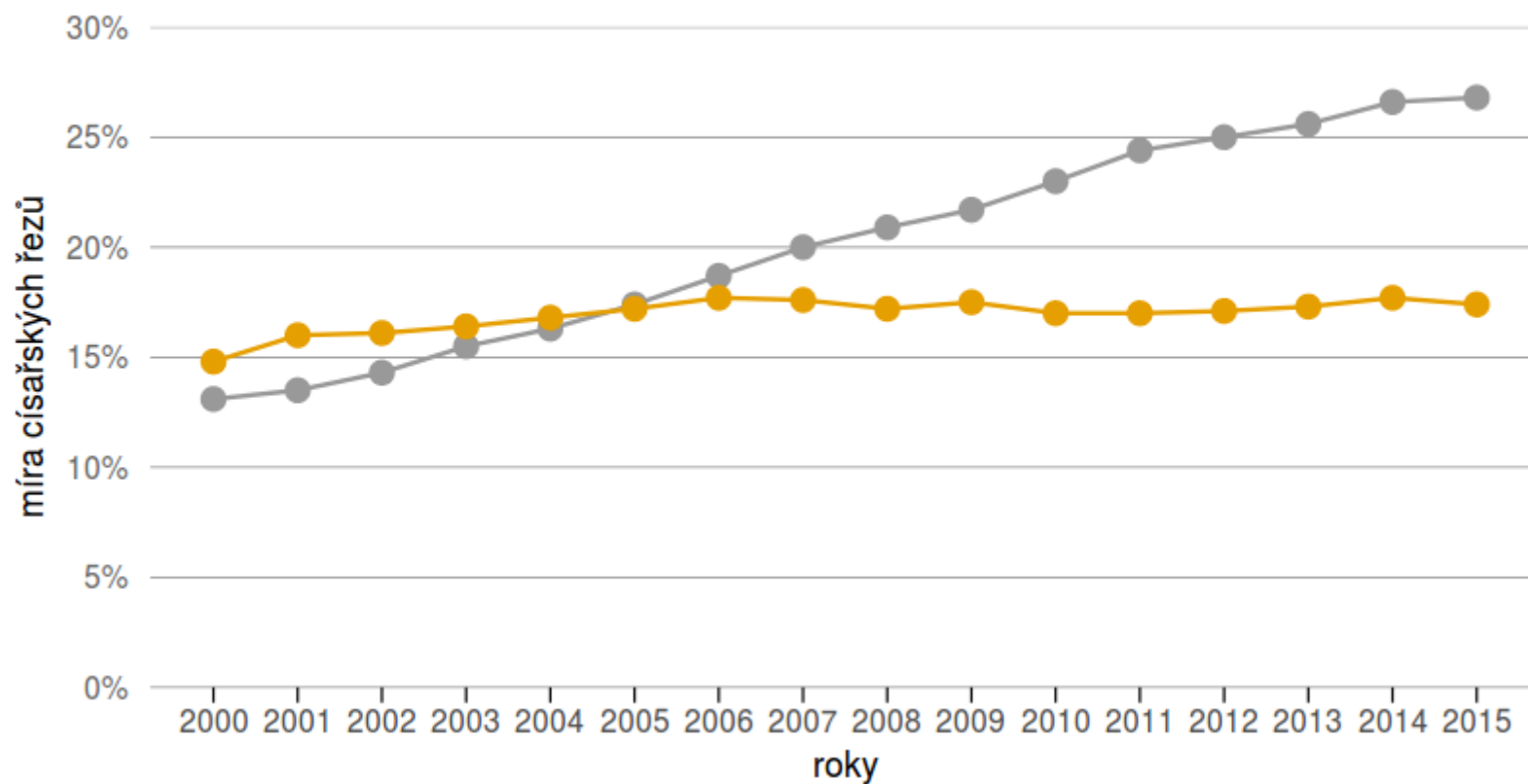
KDE JSOU DATA?

- Zdravotní pojišťovny
 - Národní referenční centrum (vloni zaniklo)
 - data kódovaná v rámci DRG systému („balíčky“)
 - hrubé rozlišení
 - známe např. jen množství všech šití, ale už ne nástřihů
 - víme, kolik bylo císařských řezů, ale už ne proč (KP)
 - k analýze získána politicky, veřejná nejsou
- Analýza dat z NRC – na biostatisticka.cz

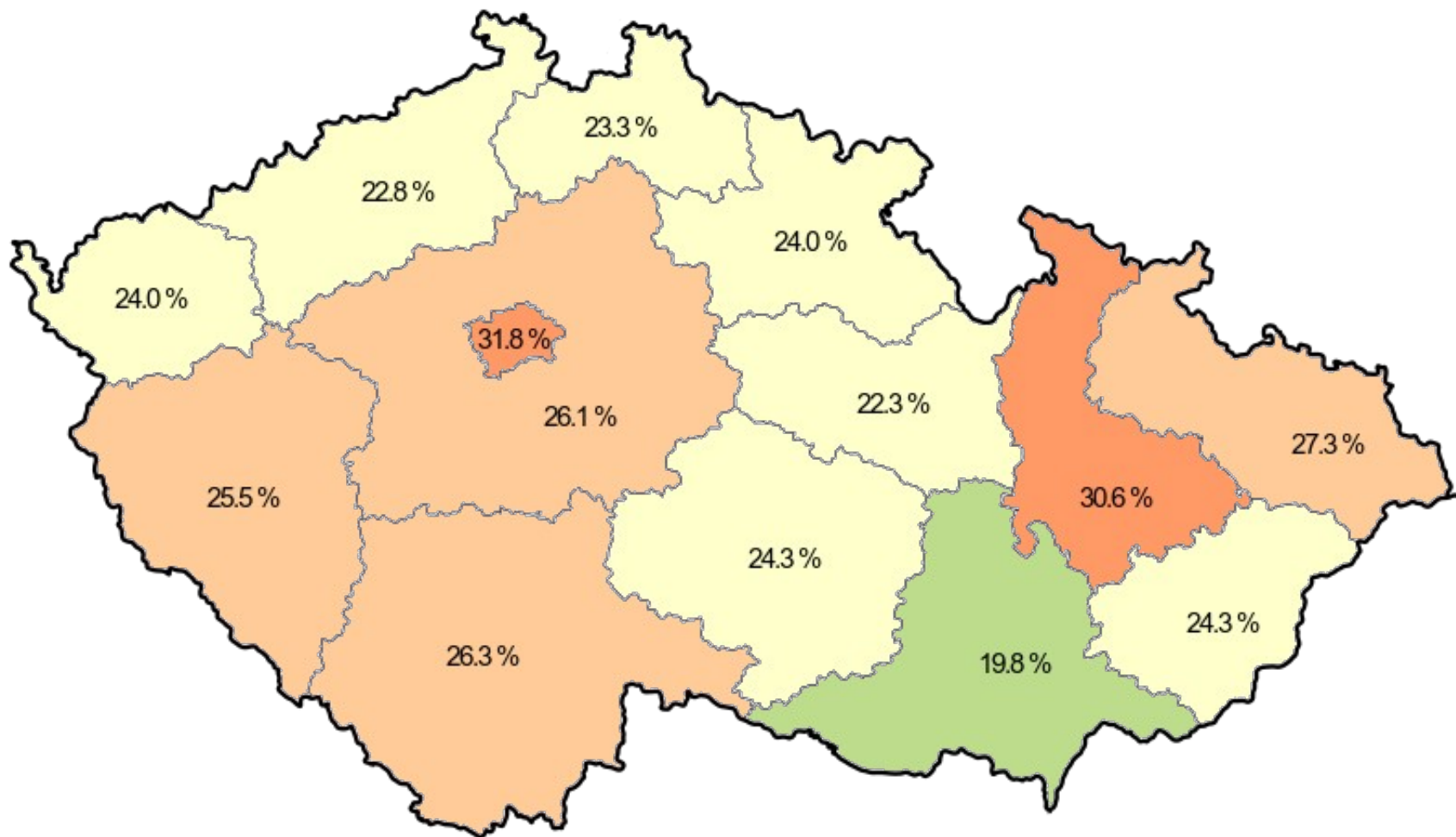
CÍSAŘSKÉ ŘEZY

Růst míry císařských řezů v ČR od roku 2000 do roku 2015

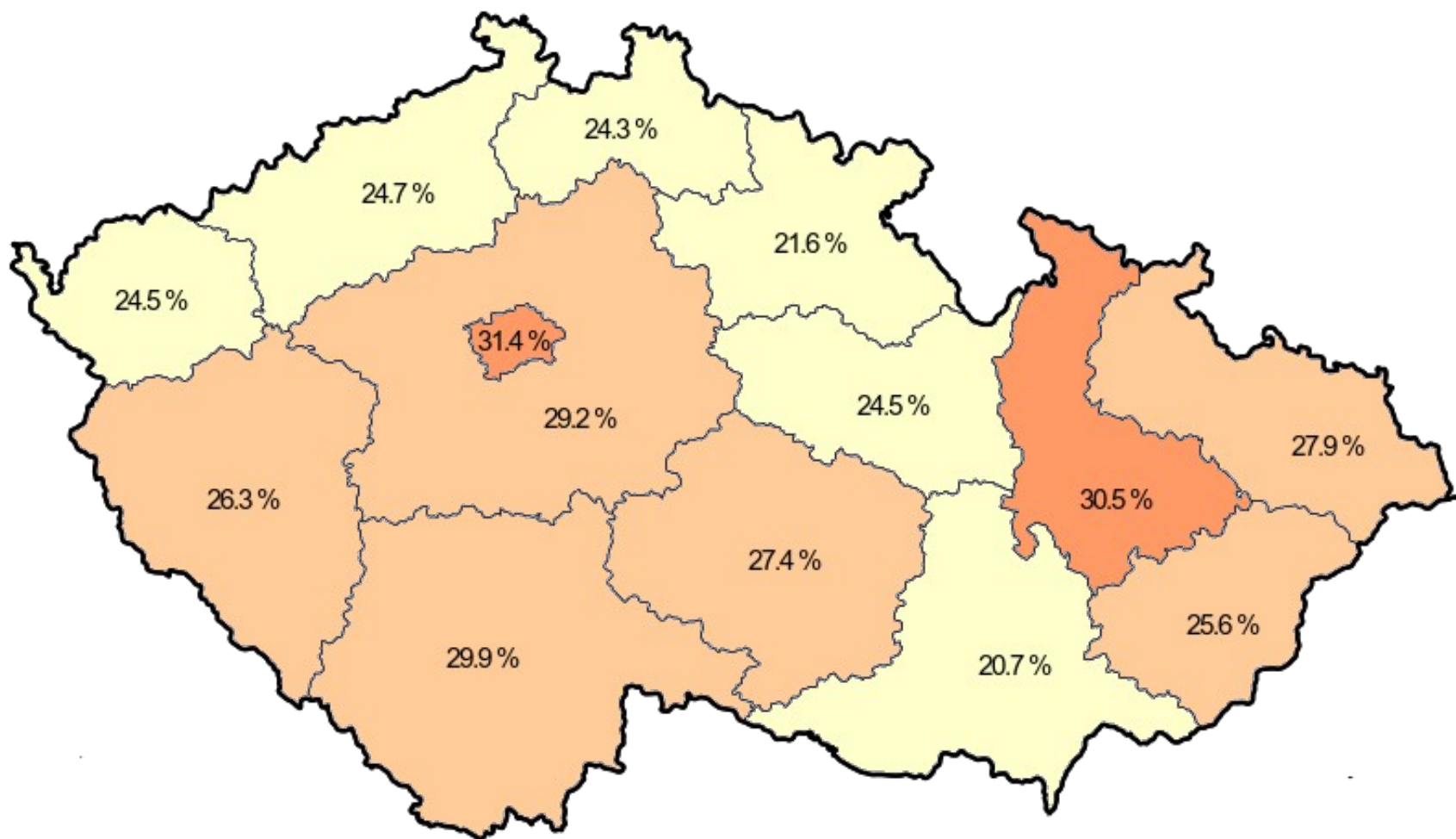
Zdroj ● ČR ÚZIS ● Švédsko



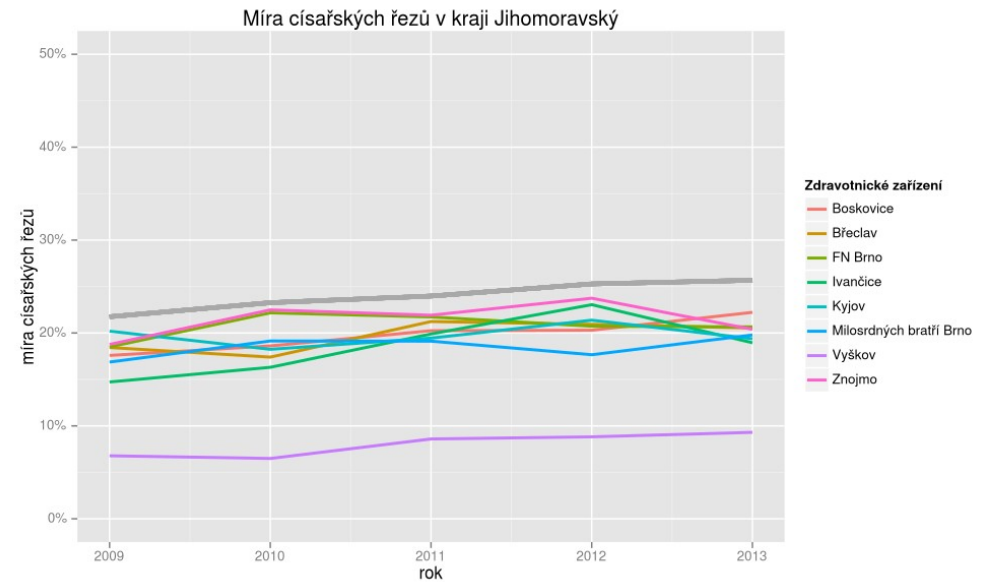
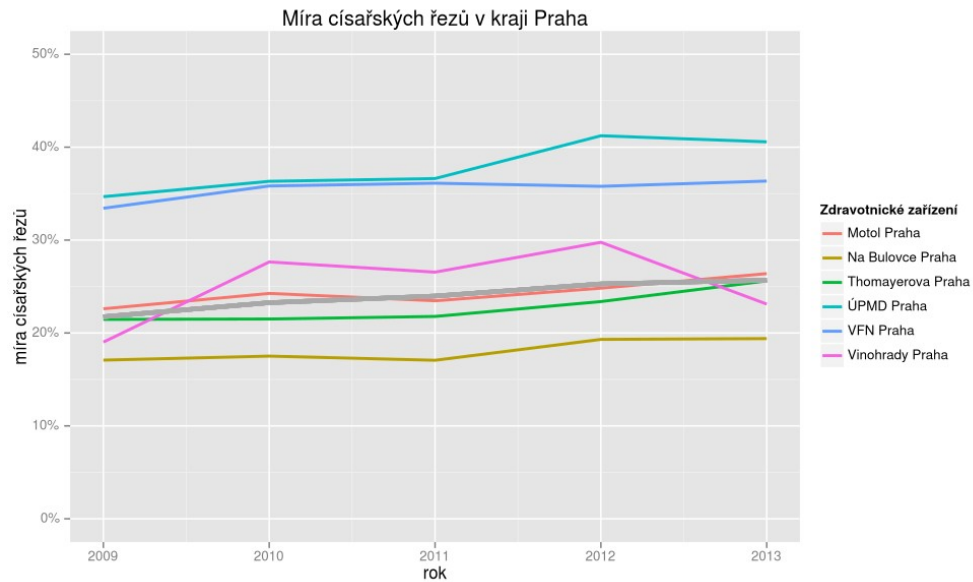
CÍSAŘSKÉ ŘEZY 2013



CÍSAŘSKÉ ŘEZY 2015



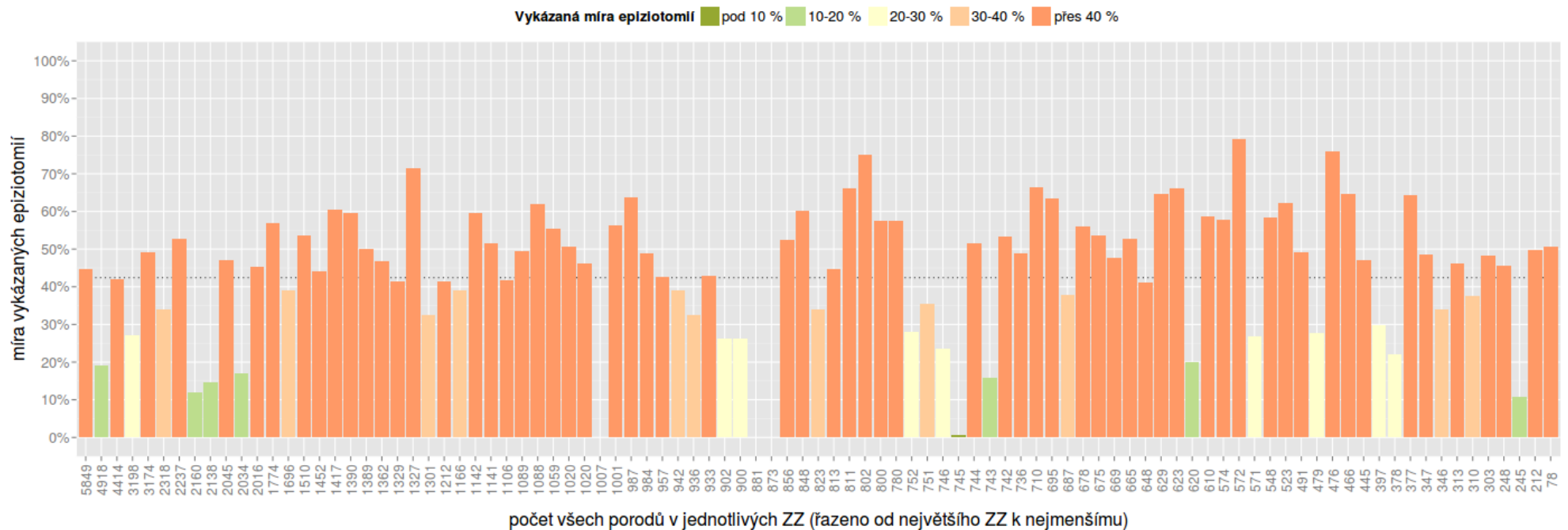
CÍSAŘSKÉ ŘEZY 2013



- „Your Biggest C-Section Risk May Be Your Hospital“
- (článek v Consumer Reports, duben 2016, USA)

NÁSTŘIH HRÁZE

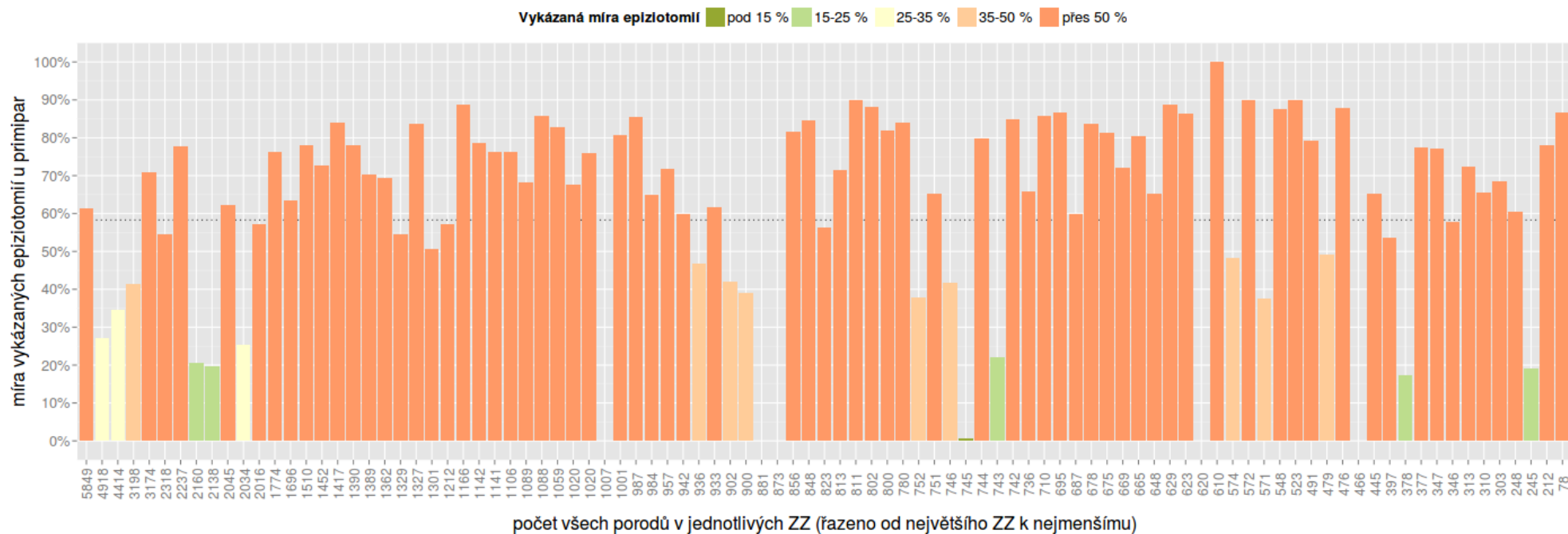
Vykazovaná míra epiziotomií u vaginálních porodů na porodních odděleních v ČR



- 2013: celostátně 42 %, jen 7 zařízení pod 20 %
- i u nástřihu je největším rizikem porodnice

NÁSTŘIH HRÁZE

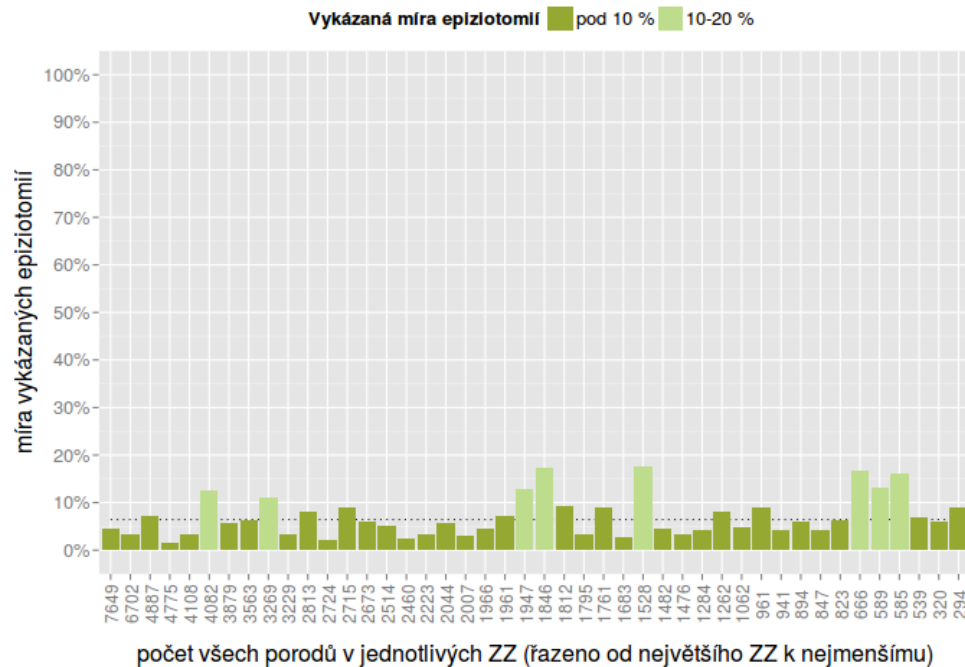
Vykazovaná míra epiziotomií u vaginálních porodů PRIMIPAR na porodních odděleních v ČR



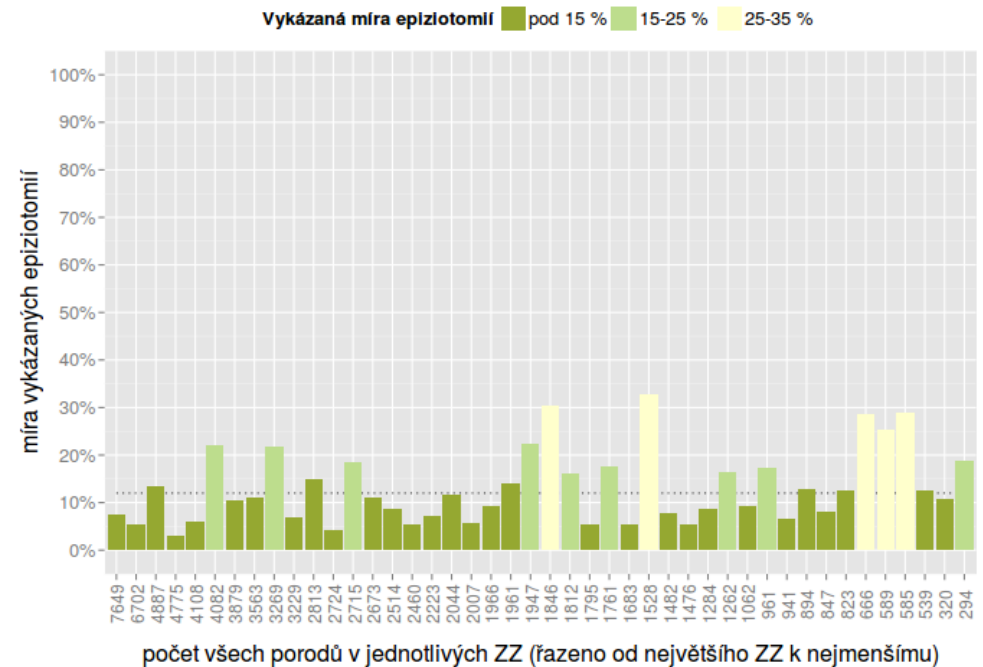
- 2013: u primipar ještě horší, u čtvrtiny ZZ nad 80 %!
- celostátně 58 %, jen 5 zařízení pod 25 %

NÁSTŘIH HRÁZE

Vykazovaná míra epiziotomií v porodnicích ve Švédsku



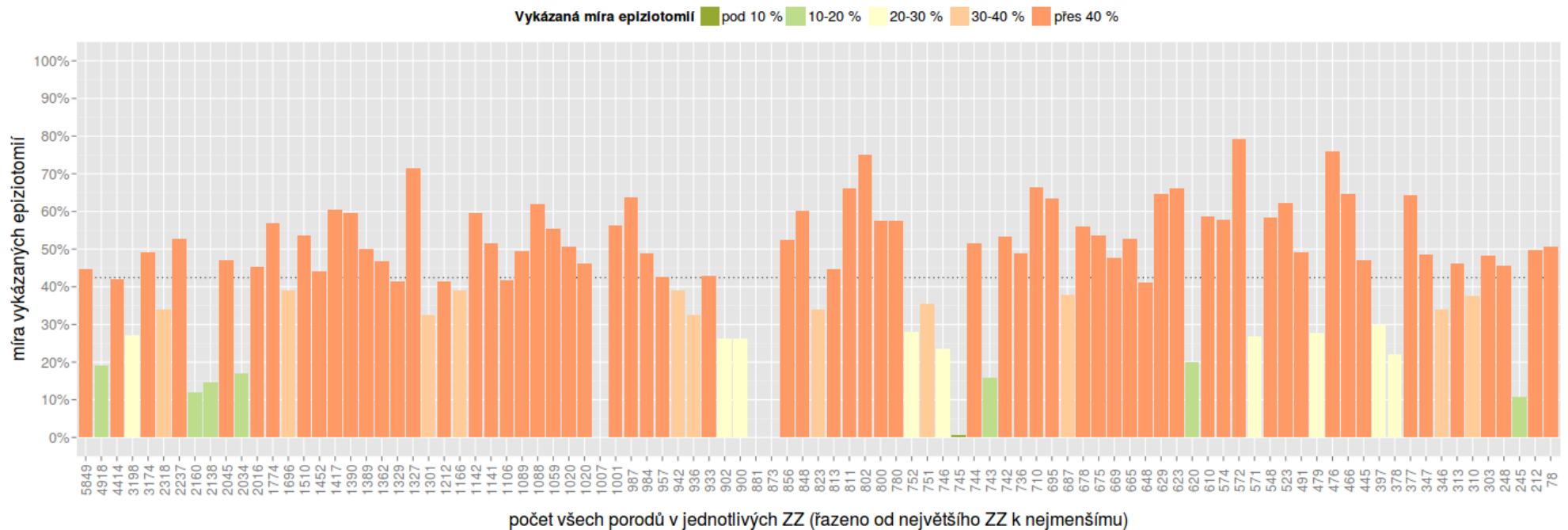
Vykazovaná míra epiziotomií u PRIMIPAR v porodnicích ve Švédsku



- Švédsko 2013: 6.5 % celkově, 12 % u primipar

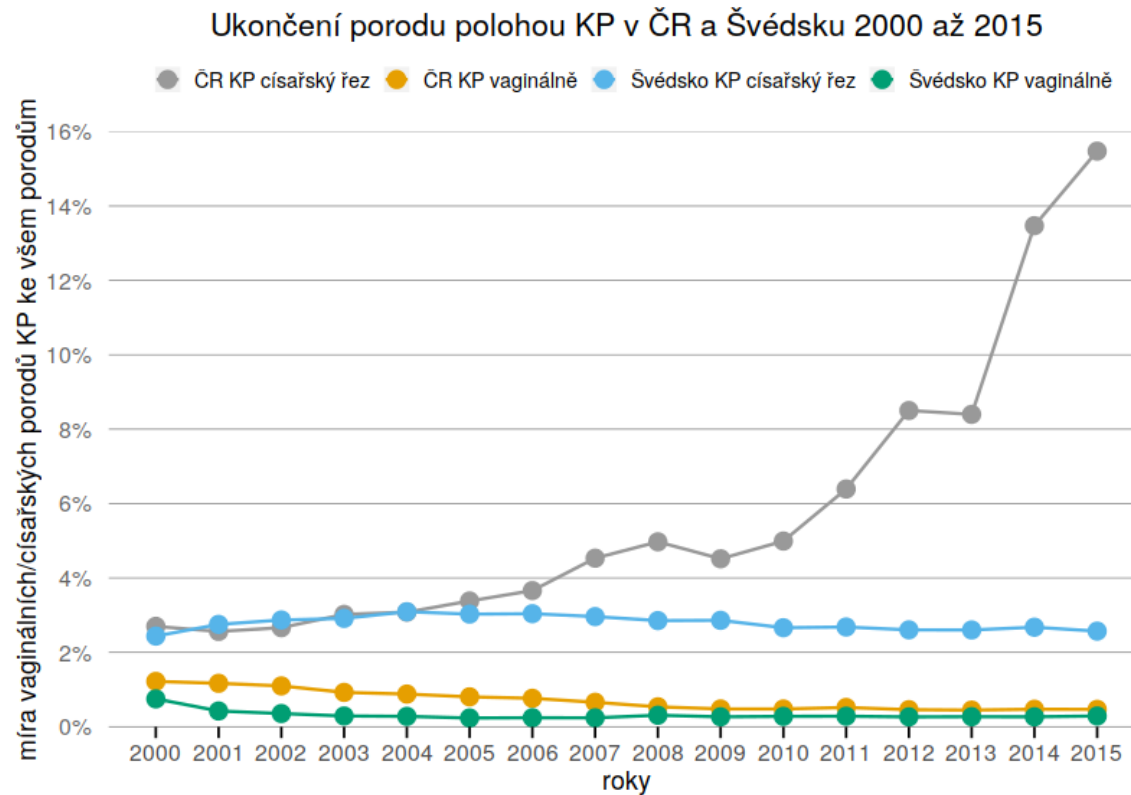
NÁSTŘIH HRÁZE

Vykazovaná míra epiziotomií u vaginálních porodů na porodních odděleních v ČR



- jak pomůže epi-no, masáž hráze, když stříhají rutinně?
- jasné odmítnutí předem i během, vertikální poloha

JSOU ČESKÉ ŽENY BIOLOGICKÁ ODCHYLKA?



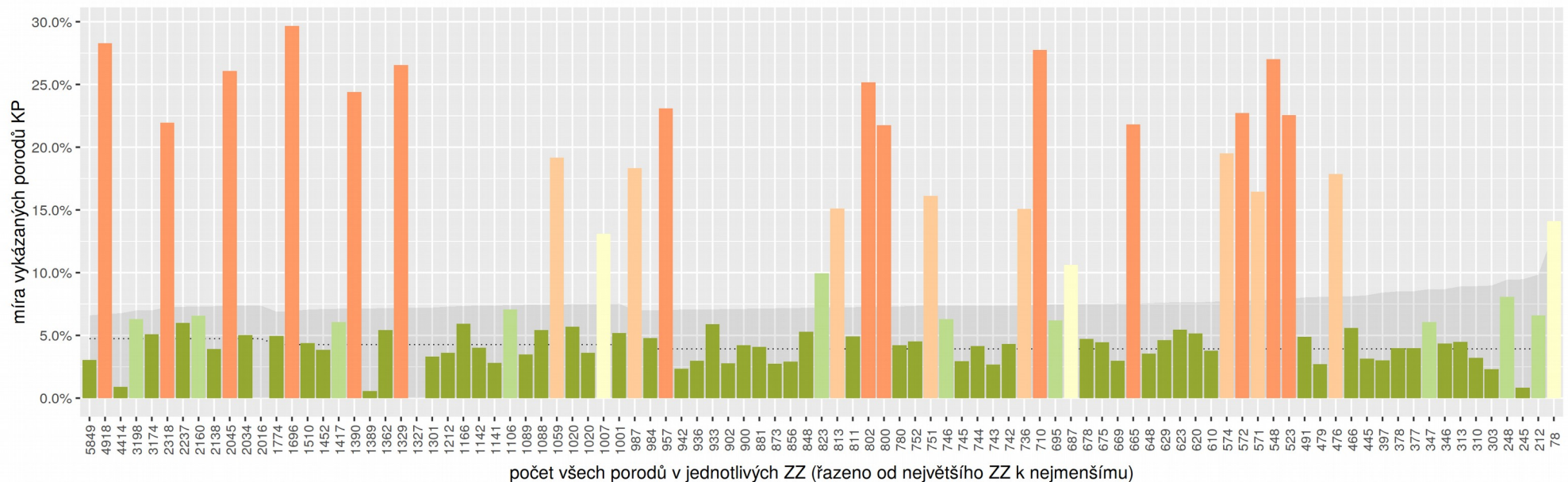
- normální je 4-5 %, v letech 2012-2015 vykázáno 2-3x tolik!
- všechny navíc jsou císařským řezem

JSOU ČESKÉ ŽENY BIOLOGICKÁ ODCHYLKA?

Vykazovaná míra porodů KP na porodních odděleních v ČR v roce 2013

Vykázaný podíl porodů KP

- pod 6 %
- 6-10 %
- 10-15 %
- 15-20 %
- přes 15 %

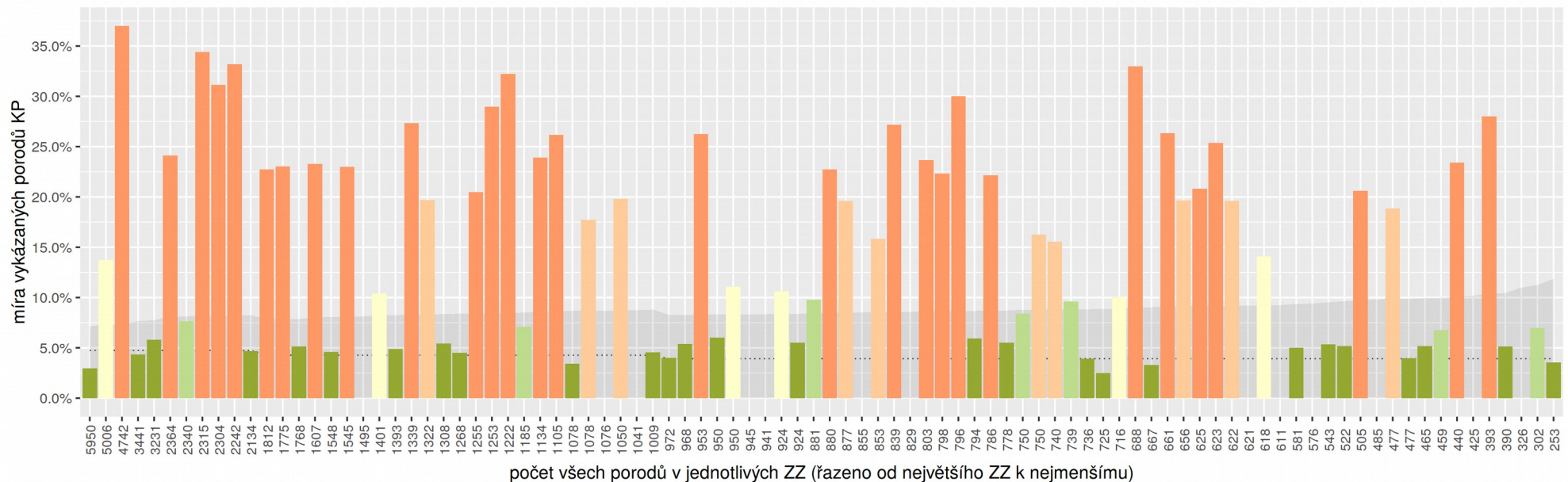


- 14 pracovišť vykazuje míru porodů KP přes 20 %!
- 7 pracovišť přes 25 % - to není ani u extrémně nedonošených!

JSOU ČESKÉ ŽENY BIOLOGICKÁ ODCHYLKA?

Vykazovaná míra porodů KP na porodních odděleních v ČR v roce 2015

Vykázaný podíl porodů KP ■ pod 6 % ■ 6-10 % ■ 10-15 % ■ 15-20 % ■ přes 15 %



- 29 pracovišť vykazuje míru porodů KP přes 20 %!
- 14 pracovišť přes 25 % - to není ani u extrémně nedonošených!

POUČENÍ ZE STUDIA DAT

- česká porodní péče **velmi závisí** na **zdravotnickém zařízení**, tvrzení „všude je špičková“ je nutné zcela odmítnout
- chlubení se zdravím a přežíváním novorozenců (převážně skvělá neonatologická péče o nedonošence)
- zdraví žen je **prakticky ignorováno**
- **kontrola** vnitřní logiky dat neprobíhá dobře
 - buď neprobíhá vůbec nebo neprobíhá schválně
 - kontrola veřejností není záměrně umožněna
- ptejte se, porovnávejte, žádejte vysvětlení
- **tlačte na zveřejňování** podle porodnic – pište na MZ!

D. KDE HLEDAT INFORMACE?

KDE HLEDAT INFORMACE

- Cochrane Library www.cochranelibrary.org
- profesní databáze UpToDate, BMJ Clinical Evidence, DynaMed
- dobře vypracovaná zahraniční doporučení
NICE guidelines (nice.org.uk)
- PubMed – netříděné, neinterpretované, je tam vše
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
 - abstrakt + odkaz na plný text, je-li online
- scholar.google.com – prohledává i česky psané publikace

KDE HLEDAT INFORMACE

- blogy odborníků a profesně blízkých osobností
 - Sarah Wickham, UK <http://www.sarawickham.com/>
 - Lamaze tým, USA <http://www.scienceandsensibility.org/>
 - Rachel Reed, Austrálie <http://midwifethinking.com/>

ČESKÉ ZDROJE INFORMACÍ

- **ÚZIS** – ročenka Rodička a novorozenec
 - zpoždění až dva roky, jen přehled
- stránky porodnic, výroční zprávy
 - některé publikují, jiné ne; jen co si samy vyberou
- Průvodce porodnicemi **Aperio**
 - různé stáří informací, jen co se porodnice rozhodly sdělit
- **jaksekderodi.cz**
 - snaha získat ucelená data dle porodnic, zajímavé analýzy
- **biostatisticka.cz**
 - analýzy, komentáře, postřehy
 - Analýza dat z Národního referenčního centra 2009-2013

CO MOHU UDĚLAT?

- vyzvěte klienty, aby si sehnali informace
- **sežeňte jim informace**
 - obvolejte porodnice ve vašem okolí
 - chtějte po nich, nejlépe za minulé dva roky
 - počet porodů
 - počet císařských řezů
 - počet porodů koncem pánevním císařem a vaginálně
 - počet (podíl) epiziotomií, nejlépe u prvorodiček a vícero diček zvlášť
 - jak zajišťují klid při navazování rané vazby
 - jak zajišťují odchod 0-2 dny po porodu
 - ...
- pište na MZ, žádejte vysvětlení, žádejte zveřejňování