Věstník MZd ČR, částka 9/2003

7.

DOPORUČENÝ MINIMÁLNÍ STANDARD PRO PRACOVIŠTĚ POSKYTUJÍCÍ INTENZIVNÍ A INTERMEDIÁRNÍ PÉČI V PERINATOLOGICKÝCH CENTECH A PRO LÉČBU PŘEDČASNÉHO PORODU KOMPETITIVNÍM ANTAGONISTOU LIDSKÉHO OXYTOCINU

ZN.: 34669/02/0ZP

Ref.: MUDr. Lenka Krejčová

čl. 1.

Obecná ustanovení

1. Základním cílem perinatologie je rozvoj optimální diferencované péče o těhotné ženy a jejich novorozence tak, aby byla zajištěna vysoká kvalita populace. Takový cíl je významný nejen z hlediska medicínského, ale i z hlediska sociálního a ekonomického.

2. Prostředky, vložené do perinatologického programu, chrání společnost před zdravotně-sociálními důsledky rostoucí mateřské a neonatální mortality a morbidity a snižuje náklady na zdravotní a sociální péči budoucích populací.

3. Realizace perinatologického programu snižuje u rodin s reprodukčním rizikem obavy z reprodukce a maximálně omezuje neúspěch v dalším těhotenství. Je zásadním vkladem pro příznivý neonatální a postneonatální vývoj vrozených dětí a snižování závažných pozdních postižení neuropsychického a motorického vývoje dětí s perinatálním ohrožením.

čl. 2.

Definice oboru

1. Perinatologický program kodifikuje organizaci, realizaci a reacionální rozvoj perinatální a neonatální péče, postihující zejména ohrožená a patologické těhotenství a perinatálně ohrožené novorozence.

2. Základem perinatologie je těsná mezioborová spolupráce oborů gynekologie-porodnictví a neonatologie.

3. Perinatologie zahrnuje péči o těhotnou ženu, plod a novorozence v období od viability plodu (tj. 24+0 den), přes období porodu a šestinedělí, resp. do časného a pozdního neonatálního období (tj. 28 dnů po narození dítěte). Na této péči se nezastupitelně podílí obor neonatologie.

4. Neonatologie je obor, jehož obsahem je komplexní péče o novorozence od zabezpečení nerušené poporodní adaptace fyziologických novorozenců, přes ošetřování komplikací vzniklých v souvislosti s porodem a řešení vrozených vývojových vad až po péči o extrémně nezralé novorozence na hranici viability. Některé specifické problémy perinatálního období přetrvávají po různě dlouhou dobu od narození a vyžadují neonatologickou péči i v dalším období života.

čl. 3.

Rozdělení perinatologické péče

1. Perinatologická péče (porodnická i neonatologická) se zakládá na systému diferencované,

třístupňové regionální péči o těhotné ženy a jejich novorozence (základní – I. stupeň, intermediární – II. stupeň a intenzivní – III. stupeň).

2. Regionální systém diferencované perinatální péče není identický s územně správním (krajským) členěním. Po organizační a odborně-metodické stránce může být krajskému členění nadřazen.

3. Intenzivní perinatální péče (III. typu) je poskytována „Regionálními perinatologickými centry“ tvořenými porodnickým a neonatologickým pracovištěm, ustavenými Ministerstvem zdravotnictví v roce 1995.

4. Intermediární péči (II. typu) poskytují kromě Center intenzivní perinatální péče i vybraná pracoviště intermediární perinatální péče, ustavená v roce 1997.

5. Odborná náplň v porodnické činnosti je zaměřena:

- na centralizaci předčasných porodů od začátku 24. týdne (23+1) do 32. týdne na Perinatologická centra III. typu, od dokončeného 32. týdne na Perinatologická centra II. typu,

- na koncentraci závažných kardiopatií, vč. gestačního IDDM, závažné preeklampsie, případů nitroděložní růstové retardace plodu do 34. týdne,

- na vrozené vývojové vady diagnostikované prenatálně a další stavy s možným vitálním ohrožením ženy nebo plodu.

6. Porodní sál Perinatologického centra je koncipován jako jednotka intenzivní porodnické péče, která řeší nejzávažnější porodnické komplikace v rámci centralizace.

7. Odborná náplň péče o novorozence je zaměřena zejména na:

- péči o extrémně a velmi nezralé novorozence (24.-32. týden těhotenství),

- perinatálně vzniklé, závažné infekce (zejména sepse),

- perinatální syfyxii a stavy s ní související,

- na dlouhodobou ventilaci,

- na péči o novorozence s nitroděložní retardací růstu,

- na péči o novorozence s vrozenými vadami, slučitelnými s životem vyžadujícími chirurgické řešení a následnou vysoce specializovanou péči.

8. Intenzivní a intermediární neonatologická péče se opírá o kooperaci s příslušnými pediatrickými obory jako jsou dětská chirurgie, ortopedie, neurologie, neurochirurgie, oftalmologie, psychologie apod.

9. Perinatologické centrum provádí v rámci kontrolní činnosti a v analýze kvality péče pravidelné rozbory jednotlivých případů mateřské a perinatální mortality a morbidity (podle kritérií doporučených WHO) a celoroční rozbor perinatální péče jak v Centru, tak ve spádové oblasti regionu.

10. Za dolní kapacitní hranici Centra se považuje péče o nejméně 40 novorozenců porodní

EPIS

hmotnosti menší než 1500g za rok.

11. Transport těhotné ženy do Centra zajišťuje odesílající oddělení, které za převoz přebírá i zodpovědnost.

12. Postnatální transport novorozenců na Novorozenecké oddělení s JIRP Perinatologického centra provádí regionální převozní služba pro novorozence nebo tým příslušného Perinatologického centra. Za poporodní ošetření a stabilizaci novorozence do doby transportu odpovídá odesílající pracoviště.

13. Převozní služba pro novorozence je nedílnou součástí regionálního systému diferencované péče o novorozence. Slouží pro situaci, kdy není možné realizovat transport in utero (před porodem) a pro okamžitý transport akutně vzniklých patologických stavů novorozence, které vyžadují intermediární, intenzivně-resuscitační nebo jinou specializovanou péči. Transport novorozence po porodu zajišťuje převozní služba zpravidla týmem při regionálním perinatologickém centru.

čl. 4.

Technické a personální uspořádání perinatologického centra

Organizační struktrua Perinatologického centra musí být obsahem provozního řádu.

Perinatologické centrum se dělí na část porodnickou a neonatologickou.

Minimální počet porodů na pracovišti je stanoven na 1200 za rok, z toho nejméně 40 porodů do 32. týdne gravidity.

1. Porodnický úsek:

a) Prostorové a provozní uspořádání:

Počet porodních boxů (porodní lůžka na porodním sále):

- minimálně 4 porodní boxy – do 1900 porodů/rok
- minimálně 6 porodních boxů – nad 1900 porodů/rok.

Minimálně 3 lůžka intenzivní perinat. péče na porodním sále (podmínkou je vybavený komplement s kardiotokografem, ultrazvukovým vyšetřovacím zařízením, infúzními pumpami atp.).

Operační sál pro porodnické operace v areálu porodního sálu.

Počet lůžek pro patologická těhotenství: 15 lůžek na 1000 porodů/rok.

Ambulance pro patologická těhotenství a prenatální diagnostiku na pracovišti.

b) Personální zajištění

- Přednosta gynekologicko - porodnického pracoviště, v němž bylo Centrum ustaveno, nebude-li současně vedoucím Centra, odpovídá za úroveň péče v Centru, a za rozhodování o péči v jednotlivých nejzávažnějších případech.
- V běžné pracovní době je na pracovišti:

- stabilní tým lékařů, složený nejméně ze 3 erudovaných porodníků s kvalifikační atestací II. stupně,

- na porodním sále trvale přítomen lékař s kvalifikační atestací I. stupně a zajištěna UZ diagnostika v rozsahu kvalifikační atestace II. stupně.

- Mimo běžnou pracovní dobu při pohotovostní službě, při zajištění i gynekologické části Centra je na pracovišti

- do 1900 porodů/rok – 3 lékaři, z toho vždy jeden lékař s kvalifikační atestací II. stupně,

- nad 1900 porodů/rok – 4 lékaři, z toho vždy dva lékaři s kvalifikační atestací II. stupně,

- Jeden z lékařů ve službě je zodpovědný za ultrazvukovou diagnostiku v rozsahu II. stupně odbornosti.

- V denní službě je přítomna na porodním sále i staniční sestra a 1 ambulantní sestra a v rámci nepřetržité služby porodních asistentek na porodním sále, do 1900 porodů za rok 2 porodní asistentky, nad 1900 porodů za rok 3 porodní asistentky.

c) Zajištění Perinatologického centra službami komplementu

V místě Perinatologického centra musí být zajištěna dostupnost:

- nepřetržitá služba anesteziologa s erudicí porodnické analgezie a anestezie a s erudicí v anestezii novorozence,

- nepřetržitá služba lékaře-radiodiagnostika a dostupnost UZ vyšetření u lůžka, možnost zajištění vyšetření CT,

- konziliárních služeb – internista, chirurg, neurolog, genetik, kardiolog, oftalmolog erudovaný v problematice neonatální oftalmologie,

- krevní banka v nemocnici,

- centrální rozvody kyslíku, stlačeného vzduchu a podtlaku,

- mikrobiologické oddělení s každodenním provozem, zajišťující diagnostiku pomocí monoklonálních protilátek, bakteriologii včetně MIC, diagnostiku chlamydií a mykoplazmat, virologii a serologii,

- biochemická, hematologická a hormonální laboratoř s možností vyšetření vrozených metabolických vad a sekundárních odchylek, intermediárního metabolismu, rychlé diagnostiky zánětlivých markerů a s možností vyšetření plodové vody,

- genetické a imunologické laboratoře.

d) Vybavení porodního sálu

Porodní sál Perinatologického centra je vybaven

- počty intenzivních porodnických lůžek uvedenými v platné vyhlášce 101/2002 Sb., kterou se provádí Seznam výkonů,

- mobilním lůžkem pro ošetření novorozence,

- prepartálními i intrapartálními kardiotokografy v počtu 1 přístroj na 300 porodů/rok,

- ultrazvukový přístroj s možností dopplerovských měření.

2. Neonatologické pracoviště

Přednosta neonatologického oddělení pracoviště, v němž bylo Centrum ustaveno, nebude-li současně vedoucím Centra, zodpovídá v rámci své odbornosti za úroveň péče v Centru a za rozhodování o péči v jednotlivých nejzávažnějších případech.

Čl. 5

Organizační struktura Perinatologického centra

Organizační struktura Centra je dána jeho vnitřním organizačním řádem. Dělí se na:

a) péči o novorozence II. stupně (intermediární péče)

PACIENT: - hypotrofie, lehký a střední stupeň nezralosti (porodní váha vyšší než 1500g), mírný až střední stupeň syndromu dechové tísně, indikovaný pro disteční nebo krátkodobou řízenou ventilaci, suspektní sepse, diabetická fetopatie, postasfyktický syndrom bez selhávání vitálních funkcí, křeče, hyperbilirubinemie v pásmu konzervativní terapie (FT), vrozené vývojové vady, které nezpůsobují selhání vitálních funkcí a nevyžadují chirurgické léčení.

FUNKCE: - diagnostika a léčba uvedených patologických stavů od 33. týdne gestace, transport na sebe i od sebe novorozenců od 33. týdne gestace a patologických novorozenců, poporodní stabilizace a zabezpečení transportu od sebe novorozenců v 24. – 32. týdnu gestace, vybraný pracovník se podílí na postgraduálním školení pracovníků oddělení v neonatologii, dlouhodobé sledování rizikových pacientů.

POČET LŮŽEK: - minimálně 5 lůžek (viz doporučení MZ ČR 9517/97).

PERSONÁL: - vedoucí lékař intermediární péče – neonatolog, lékař s neonatologickou atestací, vizity a pohotovostní služby vykonávají pediatři s neonatologickou erudicí a proškolení v resucitaci novorozence.

SZP – dětské sestry, 1 sestra/3-4 lůžka, staniční sestra.

VYBAVENÍ: - inkubárory intenzívní a standardní péče, ventilátory pro distenční a krátkodobou řízenou ventilaci, monitory vitálních funkcí, infuzní pumpy, ultrazvukový přístroj včetně dopplerovského měření, dostupný v budově k urgentímu vyšetření se sondami vhodnými pro neonatální období, RTG přístroj, rozvod medicinálních plynů.

RTG a senografie: - pojízdný RTG s možností snímkování na lůžku, ultrazvukový vyšetřovací přístroj + doppler v budově s možností vyšetření pacienta na lůžku.

b) péči o novorozence III. stupně (intenzivně-resuscitační péče)

PACIENT: - těžký a extrémní stupeň nezralosti (24.-32. týden gestace), sepse, těžký postasfyktický syndrom, pacienti vyžadující dlouhodobou ventilaci, těžké stupně hemolytické nemoci (VT, hydrops), péče o novorozence s VVV, které jsou slučitelné se životem, ale která vyžadují chirurgického řešení, péče o novorozence s chronickým plicním onemocněním, pacienti na dlouhodobé totální parenterální výživě, těžká hypotrofie.

FUNKCE: - diagnostika a léčba všech perinatálních problémů, péče o kriticky nemocného pacienta, transport na sebe, event. od sebe, koordinace péče o novorozence v daném regionu. Výuka sester specialistek v rámci regionu, akreditovaná pracoviště postgraduálně doškolují v rámci své akreditace, zabezpečují dlouhodobé sledování a péči o vybrané pacienty.

POČET LŮŽEK JIRP: - 1-2/1000 porodů ve spádovém regionu.

PERSONÁL: - vedoucí – neonatolog (lékař s atestací z neonatologie) ve funkci primáře, vizity a služby vykonávají lékaři – neonatologové kontinuálně po dobu 24 hod., pracovník erudovaný v UZ diagnostice v neonatologii.

SZP – dětské sestry, počet: 2 sestry pro 1 nestabilizovaného pacienta v kritickém stavu, 1 sestra pro 1-2 stabilizované pacienty, staniční sestry – vedoucí sestry jednotlivých úseků, vrchní sestra neonatologického centa.

KONZILIÁRNÍ SLUŽBY: - dětský chirurg, radiolog se zaměřením na dětský věk, oftalmolog erudovaný v problematice ROP, anesteziolog erudovaný v anestézii novorozence, neurochirurg, kardiolog, dětský ortoped, neurolog, psycholog, rehabilitační pracovnice, sociální péče.

VYBAVENÍ: - vybavení umožňující vedení kompletní resuscitační a dlouhodobé intenzivní péče na požadované úrovni.

UMÍSTĚNÍ JIRPN: - v těsné blízkosti porodního sálu.

c) Centrum pro extrakorporální membránovou oxygenaci novorozenců (ECMO)

Doporučeno 1 centrum pro Českou republiku při perinatologickém centru III. typu.

PACIENT: - novorozenci o hmotnosti více jak 2000g starší 34. týdne gestace, plicní hypertenze na podkladě aspirace mekonia, adnátní pneumonie, brániční kýly, RDS a respirační selhání neřešitelné ventilační terapií.

FUNKCE: - koncentrace kriticky nemocných novorozenců s kardiorespiračním selháním.

PERSONÁL: - ECMO tým – lékaři: koordinátor (nejlépe neonatolog), neonatolog, chirurg, kardiolog s erudicí echokardigrafie, perfusionista (není podmínkou VŠ).

Trvale ve službě po dobu 24 hodin je neonatolog, perfuzionista a koordinátor.

SZP – dětské sestry, 1-2 sestry pro 1 pacienta.

VYBAVENÍ: - ventilátor pro nekonvenční způsoby ventilace (HFJV, HFOV), 2 perfuzní

pumpy, oxygenátor, příslušný spotřební materiál, přístroj na vyšetření ACT umístěný u lůžka pacienta, dále jako JIRPN.

LABORATOŘ: - ACT vyšetření u lůžka, dále Astrup, glykemie, ionty do 10 min., kompletní vyšetření koagulačních a fibrinolytických faktorů, vyšetření volného hemoglobinu, dále jako JIRPN.

d) ambulatní centra komplexní péče o novorozence při Centrech

Neonatologické centrum poskytuje a koordinuje péči o perinatálně ohrožené a poškozené děti, a to ve spolupráci s příslušnými odborníky (dětský neurolog, oftalmolog, chirurg, rehabilitační pracovník, otorhinolaryngolog, orthoped, genetik apod.).

Při neonatologických centrech se k tomuto účelu zřizují ambulantní centra komplexní péče o děti s poruchou vývoje. Kromě péče zdravotní zahrnuje komplexní péče také psychologickou a sociální péči a speciální pedagogické poradenství. Podle možností může být posledně jmenovaný okruh péče poskytován pacientům s těžším stupněm postižení také v domácích podmínkách.

Čl. 6.

Měření kvality perinatologické péče

Pro měření kvality perinatální péče jsou stanoveny základní indikátory perinatální úmrtnosti

1.1. Mateřská mortalita

1.2 Indikátory perinatální úmrtnosti:

1.2.1. Celková perinatální úmrtnost vyjadřovaná na 1000 živě a mrtvě rozených je základním indikátorem, který se dále dělí na:

1.2.2. Mrtvorozenost (stillbirth rate nebo late fetal death rate) evidovanou od porodní hmotnosti novorozence 1000 gramů, ev. 500 gramů.

1.2.3. Časová novorozenecká úmrtnost (ČNÚ – erly neonatal death rate) evidovaná od porodní hmotnosti novorozence 500 g s úmrtím v časovém rozpětí 7x24 hod. po porodu.

1.2.4. Pozdní novorozenecká úmrtnost (PNÚ – late neonatal death rate) s úmrtím v rozmezí 8.-28. dne po porodu.

1.2.5. Ponovorozenecká úmrtnost (poNÚ – post neonatal death rate) s úmrtím v rozmezí 29. den až 1 rok.

1.2.6. Kojenecká úmrtnost (KÚ – infant mortality rate) je tvořena součtem ČNÚ+PNÚ+poNÚ.

Všechny tyto indikátory jsou určeny pro mezinárodní srovnávání kvality perinatální péče.

1.2.7. Specifická ČNÚ (spec. ČNÚ – birthweight specific early neonatal death rate) s nebo bez vrozených vývojových vad (VVV) neslučitelných se životem, která je diferencována pro skupiny novorozenců á 500g. Tento indikátor je určen pro hodnocení kvality péče o novorozence nízké

porodní hmotnosti v centrech.

Pro skupinu novorozenců 500g – 999g porodní hmotnosti je dále členěna do dvou podskupin (500g-749g a 750g-999g) vzhledem k jejich velmi rozdílné úmrtnosti.

Ze stejných důvodů se diferencuje specifická ČNÚ pro všechny skupiny novorozenců nízké porodní hmotnost podle toho, zda se rodí v centru (in-born), nebo byli do centra transportováni z nemocnic nižšího typu až po porodu (out-born).

1.3. Indikátory perinatální morbidity:

Podle doporučení WHO i EAPM jsou indikátory perinatální morbidity členěny na:

1.3.1. Perinatální morbiditu mateřskou, a ta dále na:

a) Časovou, například počet eklampsií nebo počet hysterektomií do 48 hod. po porodu, na počet porodů, tj. komplikace, jimž při správném preventivně-léčebném postupu je možno v určitém počtu případů předejít.

b) Pozdní (hodnocenou nejdříve za 6 týdnů po porodu), z nichž nejdůležitější jsou inkontinence moče nebo stolice opět v přepočtu na počet porodů jako důsledek neúspěšné prevence porodního poranění, ev. jeho ošetření.

1.3.2. Perinatální morbiditou infantilní, která je dále členěna na:

a) Bezprostředně poporodní, z níž nejdůležitějšími indikátory jsou:

- Score podle Apgarové hodnotící 5 životních funkcí novorozence v 1., 5 a 10. minutě po porodu (0-2 body každá funkce, tj. v součtu 0-10 bodů).

- Hodnota ABR ev. pH krve v pupečníkové arterii.

b) Časnou poporodní s nejdůležitějšími indikátory:

- křeče, které se projevily do 48 hod. po porodu,

- příznaky RDS,

- hypoxická encephalopatie,

- neonatální meningitis (encephalitis).

c) Dlouhodobou s nejdůležitějšími indikátory hodnocenými v 1. roce, ev. ve 2. roce:

- Dětská mozková obrna (DMO).

- Retinopatie nedonošených dětí (ROP).

- Psycho-neurologické poruchy, ev. opožděný vývoj.

1.4. Indikátor organizace perinatální péče

Kritériem kvality organizace Centra je procento (in-born a out-born) novorozenců narozených

v centru z celého spádového regionu pracoviště.

Čl. 7.

Informační systém

Sběr dat probíhá celostátně ze všech 135 porodnic v ČR (včetně Center) při známých indikátorech pro měření kvality péče dvojí cestou:

1. Sběr údajů o každém jednotlivém případu na jednotlivých celostátně platných formulářích ÚZIS, tj. „Zpráva o rodičce“ a „Zpráva o novorozenci“, evidovaných podle bydliště rodičky.

2. Sběr vybraných celoročních agregovaných údajů (vyplývá z nich rozsah i kvalita perinatální péče) na formuláři Sekce perinatální medicíny ČGPS (dále jen „Sekce“), evidovaných podle jednotlivých porodnic (tedy i Center). Jejich sběr prostřednictvím regionálních perinatlogů zajišťuje Centrum v ÚPMD. Centrum zajišťuje i jejich zpracování v průběhu února a března vždy následujícího roku.

Centrum ÚPMD zpracovává výše uvedené údaje jednak formou frekvenční analýzy, jednak korelací dvou proměnných, a to jak celostátně, tak regionálně, a speciálně pro perinatologická centra. Vybrané výsledky v tabulkové formě předává jak ÚZIS, tak odboru zdravotní péče, oddělení péče o matku a dítě Ministerstva zdravotnictví.

Čl. 8.

Kontrolní systém

Celostátní kontrola kvality perinatální péče se opírá o výsledky výše uvedené analýzy, které jsou každoročně v dubnu následujícího roku projednány na konferenci Sekce perinatální medicíny ČGPS JEP. Zda jsou po diskusi stanoveny konkrétní priority perinatální péče pro ČR, regiony i pro jednotlivá centra. Výsledky se závěry jsou publikovány v odborném tisku.

3.2. Kontrola kvality perinatální péče v Centru probíhá na úrovni kontroly jednotlivých případů, a to:

a) Denně na ranním kolektivu všech lékařů.

b) Projednání každého případu perinatálního úmrtí provádí vedení pracoviště s lékaři, kteří se podíleli na péči o tento případ.

c) Jednou za rok na semináři všech lékařů Centra a pozvaných lékařů z pracovišť, odesílajících patologická těhotenství a předčasné porody do Centra, s rozborem výsledků a případných nedostatků.

čl. 9.

Vykazování kódů ošetřovacích dnů

1. Čísla kódů

- 00080 – intenzivní porodnická péče

- 00082 – intermediární porodnická péče

vykazují lůžková zařízení, která prošla výběrovým řízením MZ na poskytování

superspecializované perinatální péče a byla oficiálně ustanovena jako Perinatologická centra, a jejichž seznam je uveřejněn ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví - částka 10/2002.

2. Tato péče je rozdělena do dvou skupin:

ošetřovací den 00080 – intenzivní péče o těhotné do 34. týdne gravidity (tj. 34+0),

ošetřovací den 00082 – intermediární péče o těhotné od 35. týdne gravidity (tj. 34+1)

a) Intenzivní i intermediární péče je poskytována na lůžkách, která jsou součástí komplexu porodního sálu. Jejich přístrojové vybavení a personální zajištění je uvedeno v platné vyhlášce č. 101/2002 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů.

b) Poskytování péče není vázáno na vlastní porod, ale na činnosti, které mu předcházejí. Úhrada porodu a poporodní péče není novými čísly ošetřovacích dnů nijak změněna.

c) Čísla obou ošetřovacích dnů lze použít podle MKN-10 pouze při těchto diagnózách: O11, O14, O15, O22.3, O22.5, O26.6, O36.2, O36.3, O36.5, O41.1, O42.2, O43.0, O45, O46.0, O60, O88, O99.1, O99.4.

DOPORUČENÝ MINIMÁLNÍ STANDARD PRO LÉČBU PŘEDČASNÉHO PORODU KOMPETITIVNÍM ANTAGONISTOU LIDSKÉHO OXYTOCINU

č. 1

Obecná charakteristika

Atosiban je syntentický peptid, který působí na receptorové úrovni jako kompetetivní antagonista lidského oxytocinu. Zablokováním oxytocinových receptorů brání přísunu kalcia, který je nezbytný pro svalovou kontrakci, tím sníží děložní kontraktilitu a oddálí porod. Vedlejší účinky, které vyplývají z vlastního farmakologického účinku b- sympatomimetik jako je hypotenze, hypokalémie, hyperglykemie, plicní edém, srdeční arytmie, ischemie myokardu jsou při použití běžné a omezují v řadě případů užití pro tokolytickou léčbu. U preparátu Atosiban jsou prokázány minimální vedlejší účinky na kardiovaskulární systém.

č. 2

Indikace

Atosiban se používá při předčasné děložní činnosti u těhotných od 24. týdne gestace do ukončeného 33. týdne těhotenství při následujících patologiích:

- Diabetes mellitus matky

- Kardiopatie matky

- Těhotné s primární hypotenzí a tendencí ke kolapsovým stavům

- Těhotné s thyreopatií
- Těhotné se srdeční arytmií
- Těhotné u nichž byla indikována parenterální tokolýza v kontinuálním podání delším než 48 hodin.

č. 3

Kontraindikace použití kompetitivního antagonisty oxytocinu

Kometitivní antagonista oxytocinu Atosiban je kontraindikován u:

- Gestačního věku < 24 nebo > 33 ukončený týden těhotenství
- Předčasného odtoku plodové vody po 30. týdnu gravidity
    - u intrauterinní růstové retardace (IUGR) a chronické hypoxie plodu
    - u krvácení ve II. polovině gravidity vyžadující ukončení těhotenství
    - u těžké preeklampsie nebo stavu po eklamptickém záchvatu
    - u intrauterinní smrti plodu
    - při podezření na intraovulární infekci – chorioamnionitis
    - při Placenta praevia
    - při Abruptio placentae
    - při závažném klinickém stavu matky nebo plodu vyžadující neodkladné ukončení gravidity
    - při polyvalentní lékové alergii matky.

č. 4

Rozsah klinického využití

Atosiban je vyhrazen pouze pro výše uvedené indikační skupiny pro těhotné s vysoce rizikovou a patologickou graviditou, které jsou hospitalizovány na pracovištích, kterým byl pařidělen Ministerstvem zdravotnictví statut perinatologického centra.

Ostatní pracoviště mohou tento preparát použít jako bolus před transportem těhotné ženy do perinatologického centra.

MUDr. Milan Špaček, v.r.

náměstek ministryně

EPIS