

i s vyšší aktivitou proinflatorních cytokinů. Obezita je rizikový faktor pro gestační diabetes mellitus, který je spojován s fetální makrosomií. Ženy s gestačním DM jsou rovněž v dalším průběhu života ohroženy vyšším rizikem diabetu, metabolickým syndromem a kardiovaskulárními komplikacemi. U obézních rodiček je vyšší riziko vzniku fetálních malformací (spina bifida, srdeční defekty, anální atrezie, defekty končetin, diafragmatická hernie), přičemž jejich diagnostika je problematická vzhledem k omezené vyšetřitelnosti ultrazvukem. Těhotné obézní ženy mají vyšší riziko ztráty těhotenství a rovněž vyšší riziko komplikací při porodu. Častější je ukončení těhotenství císařským řezem. Jsou více ohroženy vznikem preeklampsie, rizikem krvácení, TEN, infekce a potřeby krevní transfuze během porodu.

Náhlé stavy v těhotenství

V loňském roce byla přijata nová klasifikační kritéria antifosfolipidového syndromu – 2023 ACR/EULAR. Nejzávažnější formou této trombotické mikroangiopatie je katastrofický antifosfolipidový syndrom, může postihnout ledviny, plíce, mozek, srdce, kůži... Přes pokroky v diagnostice i léčbě se mortalita pohybuje mezi 30–50 %. Významnými spouštěcími faktory jsou, kromě infekce, také těhotenství, operace či trauma. U těhotných je diagnostika obtížná pro překrývání symptomů s HELLP syndromem či akutní steatózou jater těhotných, navíc jde v 50 % o první projev syndromu v životě pacientky. Základem terapie je antikoagulace, kortikoidy a plazmaferéza nebo IVIG, může být navýšena o monoklonální protilátky [43, 44].

V problematice embolie plodovou vodou je kladen důraz na včasnou diagnostiku. Kazuistika japonských autorů upozorňuje, že koagulopatie může o 90 minut předcházet kardiorepirační symptomy. V okamžiku, kdy byla zaznamenána bradykardie plodu, byl zjištěn pokles hladiny fibrinogenu ze vstupních 4,56 g/l na 1,79 g/l a elevace D-dimerů nad 60 mg/l. Až při prvních projevech dyspnoe (SpO_2 82 %) a hypotenze byly zjištěny hodnoty typické pro plně rozvinutý DIC – fibrinogen nižší než 0,3 g/l [45].

Existují případy postpartální eklampsie nereagující na magnezioterapii. Magnezium sulfát je lékem volby při eklamptickém záchvatu

a má největší úspěšnost v prevenci následných křečí. Dojde-li přes plné dávky magnezia u rezistentní osoby ke zopakování tonicko-klonických křečí, je vhodné zvolit alternativní terapii. Je doporučen levetiracetam 1 000 mg i. v., dle potřeby společně s benzodiazepinem a i. v. antihypertenzivem [46]. Tématu magneziotherapie se věnuje i metaanalýza nabízející lehce kontroverzní závěr: pokud byla k léčbě preeklampsie podávána magneziotherapie alespoň 8 hodin již před porodem, je možné ji ukončit záhy po porodu. Ve srovnání se standardním 24hodinovým pokračováním magneziotherapie nebyl shledán zvýšený výskyt postpartální eklampsie. Za výhody ukončení podávání magnezia ihned nebo do 6 hodin po porodu autoři považují dřívější zahájení laktace i časnější dimisi pacientky [47].

Neurologickým komplikacím v těhotenství se věnuje přehledový článek slovinských autorů. Kromě epilepsie se zabývá cévní mozkovou příhodou v těhotenství a šestinedělí (incidence 3/100 000, ze 40 % se objevuje ve 3. trimestru, z 50 % až po porodu), dále publikace rozebírá syndrom reverzibilní mozkové vazokonstrikce, který se projeví prudkým nástupem bilaterálních difuzních bolestí hlavy. Bolesti mohou být spuštěny Valsalvovým manévrem, provázeny nauzeou a citlivostí na světlo a zvuky, ve 45 % fokálním neurologickým deficitem. Lékem volby je nimodipin. V rámci obecných doporučení k terapii neurologických komplikací autoři upozorňují, že manitol prochází placentou a způsobuje hypovolemii plodu [48].

Při managementu akutní agitace v těhotenství (neklidu, agresivity či autodestruktivního jednání) z důvodu preexistujícího psychiatrického onemocnění nebo při abúzu drog je v rámci prvního kontaktu doporučena snaha o deeskalaci klidnou empatickou komunikací. Není-li deeskalace efektivní, je nutná rychlá medikamentózní sedace. Nejčastěji je využíván haloperidol i. m., sedace je dosaženo za 15–30 minut. Je možné podání benzodiazepinů, např. midazolam intranazálně, benzodiazepiny s výhodou tlumí extrapyramidové nežádoucí účinky antipsychotik. Z atypických antipsychotik je doporučen aripiprazol i. m. (poločas eliminace 75 hodin), olanzapin i. m. (poločas eliminace 20 hodin), zde je naopak nevhodná kombinace s benzodiazepiny pro riziko lékových interakcí vedoucích k hypotenzi, bradykardii a hypoventilaci [49, 50].

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Práce je původní a nebyla publikována ani není zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Autoři prohlašují, že nemají střet zájmů v souvislosti s tématem práce. Všichni autoři rukopis četli, souhlasí s jeho zněním a zasláním do redakce časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína. **Podíl autorů na vytvoření článku:** ŠP, BJ a KM: designovali článek a koordinovali jeho vznik. **Poděkování:** Vznik článku byl podpořen výběrem Sekce porodnické anestezie a analgie České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP. **Financování:** Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705).

LITERATURA

1. Frigo MG, Petrini F, Tritapepe L, Rossi M, DE Berardinis D, Renzi A, et al. Burnout in Italian anesthesiologists and intensivists during the COVID-19 pandemic: a national survey. *Minerva Anestesiol.* 2023 Mar;89(3):188-196. doi: 10.23736/S0375-9393. 22. 16737-4. Epub 2022 Oct 25. PMID: 36282228.
2. Malvasi A, Malgieri LE, Cicinelli E, Vimercati A, D'Amato A, Dellino M, et al. Artificial Intelligence, Intrapartum Ultrasound and Dystocic Delivery: AIDA (Artificial Intelligence Dystocia Algorithm), a Promising Helping Decision Support System. *J Imaging.* 2024 Apr 29;10(5):107. doi: 10.3390/jimaging10050107. PMID: 38786561; PMCID: PMC11122467.
3. Johnson S, Feldman S, Gessouroun R, Fuller M, Stafford-Smith M, Bronshteyn YS, et al. AI-augmented vs. conventional cardiac POCUS training: a pilot study among obstetric anesthesiologists. *Int J Obstet Anesth.* 2024 Nov;60:104238. doi: 10.1016/j.ijoa.2024.104238.

Epub 2024 Jul 23. PMID: 39261197.

4. Abrams J, Mahoney B. The importance of simulation-based multi professional training in obstetric anesthesia: an update. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2024 Jun 1;37(3):239-244. doi: 10.1097/ACO.0000000000001352. Epub 2024 Jan 23. PMID: 38390920.
5. Li M, Wright A, Tan LK, Mathur M, Tan KH, Tagore S. Multidisciplinary Obstetric Simulation Training: Experience at KK Women's and Children's Hospital (KKH), Singapore, a Tertiary Referral Centre. *Cureus.* 2024 Mar 9;16(3):e55840. doi: 10.7759/cureus.55840. PMID: 38590473; PMCID: PMC11000684.
6. Chan J, Chan C, Chia P, Goy R, Sng BL. Novice learners' perspectives on obstetric airway crisis decision-making training using virtual reality simulation. *Int J Obstet Anesth.* 2024 Feb;57:103926. doi: 10.1016/j.ijoa.2023.103926. Epub 2023 Sep 15. PMID: 37866972.