

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Petra Ostrovská

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Petra Ostrovská

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

TĚHOTENSTVÍ VE VYŠŠÍM VĚKU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Horová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 24. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Janě Horové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Ostrovská Petra

Katedra: Porodní asistence

Název práce: Těhotenství ve vyšším věku

Vedoucí práce: Mgr. Jana Horová

Počet stran: číslované 76, nečíslované 17

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: těhotenství – vyšší věk – plodnost – komplikace – vrozené vývojové vady –
prenatální diagnostika – porod

Souhrn:

Bakalářská práce zkoumá specifika těhotenství žen ve vyšším věku a je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část definuje fyziologické těhotenství, zabývá se plodností v souvislosti s vyšším věkem matky a metodami asistované reprodukce. Informuje o věkem podmíněných onemocněních, komplikacích souvisejících s vyšším věkem matky a o zvýšeném riziku výskytu vrozených vývojových vad u plodu, přičemž nejčastější z nich podrobně popisuje. Dále se zmiňuje o metodách prenatální diagnostiky a o porodu starších žen. Praktická část je zpracována kvalitativním výzkumem formou rozhovorů.

Annotation

Surname and name: Ostrovská Petra

Department: Midwifery assistance

Title of thesis: Pregnancy in Older Age

Consultant: Mgr. Jana Horová

Number of pages: numbered: 76 , non numbered: 17

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 35

Key words: pregnancy – later age – fertility – risk – complication – genetic abnormality – prenatal diagnosis – childbirth

Summary:

The bachelor thesis deals with the particulars connected with later age pregnancy. The study is divided in a theoretical and a practical part. The theoretical part defines a physiological pregnancy; it deals with the effects of advanced age on fertility and the methods of assisted reproduction. The study also analyses age related diseases and illnesses, old age pregnancy complications and the risks of genetic abnormalities. The most common ones are studied and described in detail. The work also deals with the prenatal diagnosis methods and the births at higher maternal age. The practical part is carried out by the use of qualitative research interviewing.

OBSAH

OBSAH	7
ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 TĚHOTENSTVÍ	10
1.1 Fyziologické změny v těhotenství	10
1.1.1 Změny orgánové	10
1.1.2 Změny psychické	11
2 PLODNOST A VĚK	13
2.1 Ideální věk mateřství	13
2.2 Důvody odsunu mateřství do vyššího věku	14
3 ASISTOVANÁ REPRODUKCE	16
4 VĚKEM PODMÍNĚNÁ ORGÁNOVÁ A SYSTÉMOVÁ ONEMOCNĚNÍ NEGATIVNĚ OVLIVŇUJÍCÍ TĚHOTENSTVÍ	18
4.1 Hematologické poruchy a nemoci	18
4.2 Hypertenzní onemocnění v těhotenství	19
4.3 Kardiovaskulární onemocnění	20
4.4 Diabetes mellitus	20
5 KOMPLIKACE SPOJENÉ S POZDNÍM MATEŘSTVÍM	22
5.1 Krvácení v těhotenství	22
5.1.1 Potrat.....	23
5.2 Zvýšené riziko vrozených vývojových vad	23
5.2.1 Defekty neurální trubice	24
5.2.2 Chromozomální aberace	25
6 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA	27
6.1 Neinvazivní metody.....	27
6.2 Invazivní metody	28
7 POROD STARŠÍCH MATEK	31
PRAKTICKÁ ČÁST	35
FORMULACE PROBLÉMU	35
STANOVENÍ CÍLE	36
METODIKA VÝZKUMU	36

VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
VZOREK RESPONDENTŮ.....	37
PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	38
8 DISKUSE.....	76
ZÁVĚR	84
SEZNAM LITERATURY	85
SEZNAM ZKRATEK	88
SEZNAM PŘÍLOH	91

ÚVOD

Na úvod své bakalářské práce bych chtěla přiblížit důvody, které mě vedly k výběru tématu „Těhotenství ve vyšším věku“.

Vzhledem k prokazatelnému posunu věkové hranice mateřství a míry plodnosti, se mi jeví dané téma jako aktuální. V současnosti se s těhotnými ve vyšším věku setkáváme stále častěji, proto bychom si problematiku měli více přiblížit. Důvodů, proč ženy nechávají své mateřství na pozdější věk, je jistě mnoho, ale dovoluji si tvrdit, že všechna těhotenství doprovázejí nejen fyzické, ale především psychické změny, které jsou zvláště u starších žen vnímány intenzivněji. O fyziologických změnách souvisejících s těhotenstvím nastávající maminky jistě slyšely, ale do jaké míry jsou připraveny na změny psychické?

Ženy nad 35 let se nachází ve zralém dospělém věku, ve kterém bez ohledu na těhotenství, dochází u většiny k prvním fyziologickým i somatickým změnám, krizi středního věku a přidáme-li k tomu ještě graviditu, z životní etapy se stává náročná životní situace, ale nemusí tomu tak být. Každé těhotenství je pro ženu významné období a mělo by tomu tak být bez ohledu na věk.

V teoretické části se snažím vysvětlit orgánové a psychické změny v těhotenství, zabývám se problematikou věku ve spojitosti s reprodukční schopností ženy a ideálním věkem pro početí dítěte. Přibližuji důvody vedoucí ženy k rozhodnutí otěhotnět ve vyšším věku a zmiňuji se o metodách asistované reprodukce. Uvádím zde možné komplikace a rizika spojená s vyšším věkem matky a blíže popisuji vrozené vývojové vady, které se vyskytují častěji ve vyšším věku. Dále se zaměřuji na metody prenatální diagnostiky a závěrem teoretické části specifikuji porod starších rodiček.

Pro zpracování praktické části jsem použila kvalitativního výzkumu. Zvolila jsem formu rozhovorů se čtyřmi těhotnými ženami, které jsou starší 35 let a mají alespoň jedno dítě, které porodily před svým 35. rokem života. Ve své práci se zaměřuji na rozdíly těhotenství v mladším a v pozdějším věku, zkoumám faktory ovlivňující rozhodnutí žen otěhotnět ve vyšším věku a zajímám se o pocity žen při screeningových vyšetřeních zaměřených na vrozené vady plodu. Zjišťuji informovanost žen o pozdním těhotenství a srovnávám prožívání jejich těhotenství ve vyšším věku a ve věku pod 35 let.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je významným mezníkem v životě ženy, při kterém se v jejím organismu vyvíjí plod. Těhotenstvím rozumíme období od splnutí mužské pohlavní buňky, spermie, s ženskou pohlavní buňkou, vajíčkem, a je zakončeno porodem plodu. Nejprve dochází k procesu oplození vajíčka, následuje jeho nidace, implantace a vývoj plodového vejce v děloze matky. Porod je proces, kdy plod opustí intrauterinní prostředí a stane se nezávislou bytostí, novorozencem. Délka těhotenství trvá v průměru 10 lunárních měsíců, přičemž každý lunární měsíc má 28 dní. Celkem je to tedy období dlouhé 280 dní, kterému odpovídá 40 ukončených týdnů. Lze se také setkat s rozdělením na tři období, tzv. trimestry. Trimestr trvá vždy 3 měsíce. Prvním trimestrem nazýváme těhotenství od oplození do 12. týdne, druhý trimestr začíná od 12. týdne a končí 27. týdnem a třetí trimestr je vymezen od 28. týdne do termínu porodu. Termín porodu je od 38. do 42. týdne včetně. (1, 2)

1.1 Fyziologické změny v těhotenství

Těhotenství s sebou přináší mnoho změn somatických, fyziologických, endokrinních, ale i neméně důležité změny v oblasti psychiky a sociálního prostředí ženy. Přizpůsobování změnám je podmíněno především osobností těhotné, věkem a zralostí ženy, postojem, který k těhotenství zaujímá, připraveností na novou životní roli matky, socio-ekonomickými podmínkami, prostředím ve kterém žije apod. (3)

1.1.1 Změny orgánové

Během těhotenství dochází ke změnám ve všech orgánových systémech, které jsou potřeba pro adaptaci organismu ženy na nároky vyvíjejícího se plodu. Tyto změny probíhají pod vlivem hormonů, převážně estrogenu a progesteronu a jsou obvykle reversibilní. (2)

Obecně se u těhotných žen zvyšuje hmotnost, mění se tvar těla, zvýrazňuje se pigmentace, mohou se vytvářet strie. Jako jeden z prvních příznaků pociťuje žena zvětšení prsů a prsních bradavek. Běžné jsou také změny chuti a zvýšený pocit žízně. V prvním

trimestru těhotenství ženy často trpí nauzeou a zvracením. Později v těhotenství se vyskytuje pálení žáhy pravděpodobně relaxací sfinkteru žaludeční kardie a regurgitací žaludečního obsahu zpět do jícnu. Těhotné často trpí zácpou způsobenou snížením motility střev a zvýšením resorpce sodíku a vody v tlustém střevě. Se změnami ve vylučovacím ústrojí souvisí snížení kapacity močového měchýře, což u žen způsobuje častější pocit na močení. Vlivem anatomických změn močového systému se často vyskytuje sklon ke stagnaci moče a v souvislosti s tím mohou vznikat močové infekce. (2, 3)

Výrazné změny probíhají také na pohlavních orgánech. Děloha, v níž se plod vyvíjí, hypertrofuje, zvětšuje se její hmotnost, objem i průtok krve dělohou. Rodidla jsou překrvená a prosáklá. U těhotných žen převažuje spíše brániční, prohloubené dýchání způsobené útlakem dělohy. Velké změny proběhnou i v kardiovaskulárním systému a s tím souvisí i častý výskyt otoků, varixů, hemoroidů nebo tzv. syndrom vena cava inferior neboli syndrom dolní duté žíly, který vzniká útlakem právě dolní duté žíly a břišní aorty, nejčastěji v poloze vleže. Další neméně důležité změny proběhnou v systému endokrinním a metabolickém. S fyzickými změnami se obvykle srovnávají hůře starší ženy, které se bojí ztráty atraktivnosti a ztráty kontroly nad svým tělem. (2, 3)

1.1.2 Změny psychické

Adaptační změny fyzické jsou doprovázeny psychickými pochody, především v oblasti emočního prožívání a to i u žen s plánovaným těhotenstvím, žijícím v harmonických partnerských a rodinných vztazích bez dalších problémů v oblasti zdravotní, ekonomické či v zaměstnání. I přes pozitivní postoj k těhotenství se často dostaví ambivalentní pocity. Na straně jedné štěstí, radost, očekávání, naděje, důvěra a na straně druhé si ženy uvědomují změnu dosavadního způsobu života, obavy z nových povinností, zodpovědnost. Dochází k přehodnocování dosavadních hodnot, přivykání nové životní roli, změně starých modelů chování a dochází k vývoji mateřské identity. Žena si uvědomuje svou budoucí ekonomickou závislost na partnerovi a ztrácí svou soběstačnost a profesionální růst. Objevují se i změny nálad od stadia euforie až po vznik deprese. Vlivem působení těhotenských hormonů jsou často ženy úzkostlivé, přehnaně reagují a jsou podrážděné. Starší těhotné jsou v psychické oblasti vyzrálejší a zkušenější, ale o to více, pokud jsou dostatečně informované, jsou si vědomy možných komplikací souvisejících s těhotenstvím v pozdějším věku. (3, 4)

To, jak žena přijímá somatické změny a jak na ně reaguje, se projevuje v jejím prožívání, chování a psychických reakcích. Proto je důležité, aby porodní asistentka přistupovala k těhotné a rodiče v celém kontextu bio-psycho-sociálním. (3)

2 PLODNOST A VĚK

V oblasti hypogastria dutiny břišní je uložen ženský párový orgán, ovarium, ve kterém se nachází ženské pohlavní buňky, oocyty. Oocyty dozrávají ve vajíčku, folikulu, v němž jsou obklopeny folikulární tekutinou. Růst folikulu je řízen hormony z hypofýzy. Maximálního počtu primordiálních folikulů, konkrétně 6-7 milionů dosáhne žena ve 20. týdnu těhotenství, v období po porodu je přítomno jen 1-2 miliony folikulů a v období puberty se v ováriích nachází 300- 400 tisíc folikulů. K ovulaci dojde pouze u 300- 400 z nich a zbytek zanikne. (1)

S věkem ženy klesá množství oocytů a kromě toho se mění i jejich kvalita a reakce na hormonální stimulaci. Zhoršuje se také schopnost zahnízdění oplozeného vajíčka v děloze. Z toho vyplývá, že s přibývajícím věkem ženy klesá šance prvního otěhotnění. Mimo jiné jsou oocyty v průběhu života vystaveny působení mnoha škodlivých faktorů a následně v pohlavních buňkách dochází k různým změnám, které mají vliv na poškození jejich genetické výbavy a vedou k výskytu vrozených chromozomálních vad. V souvislosti s tím se zvyšuje také výskyt potratů u žen starších 40 let. Zdravá žena ve věku 35 let má 20 % pravděpodobnost, že otěhotní do jednoho měsíce od chvíle, kdy se s partnerem začne o otěhotnění cíleně pokoušet. Zdravá čtyřicetiletá žena má naději na otěhotnění pouze 5 %. (5, 6, 7)

2.1 Ideální věk mateřství

Každá žena si během svého života jistě položila otázku, za jaké situace nebo věku by chtěla otěhotnět. Některé ženy si těhotenství naplánují a plány se nevydaří, jiné otěhotní neplánovaně, avšak miminko si nechají. Těhotenství se ve své podstatě nedá naplánovat, přesto jej lze do jisté míry ovlivnit pomocí moderních antikoncepčních metod, nebo naopak v případě infertility je možné využít metod asistované reprodukce.

Z biologického a genetického hlediska je pro početí prvního dítěte optimální věk ženy mezi 20. - 24. rokem. Tento věk je podle mezinárodních statistik uváděn jako vrchol fertility, plodnosti. Právě v tomto věku došlo u žen dle Českého statistického úřadu za rok 2010 k nejprudšímu poklesu plodnosti, který pokračuje i v současné době. Před 20. rokem života je po biologické stránce žena schopna otěhotnět, průměrný reprodukční věk dívek v naší zemi nastává ve 14 až 16 letech, ale v této době nebývají na těhotenství a mateřství ještě zcela duševně připraveny. Naopak plodnost žen ve věku od 35 do 45 let se

v posledních letech zvyšovala, ale v současnosti se trend růstu postupně zpomaluje a úroveň plodnosti stabilizuje. Zatímco mezi roky 2007 a 2008 vzrostla plodnost této skupiny žen o 13 %, mezi roky 2009 a 2010 to bylo pouze mírně přes 5 %. Největší specifickou plodnost, čili počet živě narozených dětí ženám v daném věku na tisíc žen v tomto věku, měly stejně jako v několika předchozích letech, ženy ve věku 25- 29 let. Těhotenství žen starších 35 let jsou někdy spojena se zvýšeným rizikem těhotenských komplikací, kterými bych se chtěla podrobně věnovat v následujících kapitolách. (6, 8)

2.2 Důvody odsunu mateřství do vyššího věku

V souvislosti s pozdním rodičovstvím je v odborné literatuře zmiňováno pět základních aspektů: psychologické, biologické, medicínské, sociodemografické, duchovní a ekonomické. Podle výzkumu Ireny Bímové (2007) nebyla prokázána dominance jediného faktoru, ale šlo spíše o kombinaci různých faktorů nejčastěji s problematikou psychologickou.

Mezi psychologické důvody pro odkládání mateřství patří osobnostní vývoj ženy, její motivace k rodičovství a manželství s uvědomováním si pozitivních a negativních stránek rodičovství a psychologické a sociální tlaky okolí. (9).

V porovnání s generací našich rodičů se dnes dříve vzdáváme pokusů o nalezení celoživotního partnera a málo věříme v dlouhodobý trvalý vztah. Mladým lidem přibýly možnosti něco poznat, zažít, zvýšily se životní nároky a s nimi touha osamostatnit se a pořídit si vlastní bydlení. Partnerské páry bydlí dlouho odděleně a i v případě, že se rozhodnou pro bydlení společné, neznamená to, že by musely v brzké době plánovat svatbu či založení rodiny. V posledních desetiletích vnímáme nárůst nesezdaného soužití mladé generace, přičemž indikátorem tohoto trendu je prudký pokles sňatečnosti a porodnosti a nárůst počtu mimomanželsky narozených dětí. Existují i milostné vztahy, které trvají dlouhá léta přesto, že jeden z partnerů, nebo oba, tuší, že ten druhý „ještě není pro rodinu ten pravý“. Některé ženy už toho pravého našly, ale ve špatné životní etapě, jiné si prošly řadou trpkých zkušeností, aby věděly, co vlastně chtějí a jak si svého ideálního partnera pro svého potomka představují. V době s přibývajícím počtem rozvodů není žádnou vzácností, že po prvním životě ženy nastává nový, obvykle s jiným partnerem a jsou-li z prvního svazku děti, většinou přichází v dalším životě ještě jedno, pozdní. Rozchody a rozvody stojí zúčastněné osoby mnoho duševní energie, peněz, ale také spoustu času ubíhajícího života. (10, 11, 12)

Významnou roli v souvislosti s pozdním mateřstvím hraje vzdělanost a kariéra ženy, kdy dochází nejprve k budování kariérní pozice a až poté k rozhodnutí pro mateřství. Svoji roli zde hraje také rodinná výchova. Jestliže žena od svých rodičů v dětství slýchá o brzkém těhotenství jako o životním omezení a je směřována například ke vzdělání, je těmito výroky jistě ovlivněna. Z výzkumu Ireny Bímové vyplývá, že s fenoménem pozdního mateřství může souviset i volnější výchova. (9)

Rozhodnutí ženy o početí dítěte je z velké míry ovlivněno náboženstvím. Česká republika patří k západní civilizaci, která byla formována křesťanstvím, ale v současné společnosti je velká část původních obyvatel bez náboženské víry.

Z medicínských a biologických aspektů je to právě otázka plodnosti a její léčba, s kterou se ženy potýkají a nechtěně odkládají mateřství. Odklad těhotenství u zdravé ženy je méně riskantní, než v případě žen se zdravotním handicapem. Jedná se nejčastěji o ženy s diabetem, kardiovaskulárním onemocněním a jinými přidruženými nemocemi. Do ekonomických faktorů ovlivňujících mateřství řadíme nedostupnost bytů pro mladé lidi, vzestup životních nákladů pro narození dítěte a sociální politiku státu. (7, 9)

3 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Neplodnost, znamená stav, kdy žena po pravidelném nechráněném pohlavním styku, s frekvencí dvakrát až třikrát týdně, neotěhotní ani po uplynutí jednoho roku. V rozvinutých zemích se míra neplodnosti neustále zvyšuje. Podílí se na tom změny životního stylu a s tím spojený pozdější věk páru při zakládání rodiny, odkládání mateřství do pozdějšího věku ženy, výskyt pohlavně přenosných chorob a obezita. (13, 14, 15)

S věkem se významně zhoršuje i účinnost metod, kterými se léčí neplodnost. Poměr starších primipar po 35. roce je významně vyšší u vyléčených neplodných žen (až 42 %) než u běžné populace. U žen nad 30 let by se s vyšetřením a eventuální léčbou neplodnosti nemělo otálet déle než jeden rok. Přednostní vyšetření je vhodné provést rovněž u páru, kde se poruchy plodnosti předpokládají. (6, 13)

Jednoznačná příčina ze strany ženy je nalezena asi v jedné třetině případů. Nejčastěji je způsobena hormonálními poruchami, kdy pravidelně nebo vůbec nedochází k ovulaci, méně častá je diagnostika neprůchodnosti vejcovodů. U mužů je v další třetině případů neplodnost způsobena nedostatečně kvalitním spermatem. Převážnou část tvoří dvojice, kdy je plodnost mírně snížena u obou partnerů. Z těchto důvodů je nutné provést vyšetření neplodnosti současně jak u muže, tak u ženy. Příčinu neplodnosti se v některých případech zjistit vůbec nepodaří. Prvotním cílem zjišťování příčin neplodnosti je identifikovat páry, které s největší pravděpodobností lékařskou pomoc potřebovat nebudou. Nechtěná bezdětnost s sebou přináší také zátěž psychickou, proto by měla být k dispozici komplexní odborná konzultace, zaměřená na otázky sociální a psychologické. Veškeré informace by měly být podány srozumitelnou a jednoduchou formou, aby umožnily páru rozhodovat adekvátním způsobem o své budoucí péči. (6, 14)

Neplodnost lze léčit jednak pomocí hormonální léčby, chirurgicky pokud je příčinou mechanická překážka nebo pomocí metod asistované reprodukce. Diagnostika a léčba neplodnosti pomocí asistované reprodukce se zdokonalila a rozšířila natolik, že jsou dnes jedním ze základních pilířů při léčbě neplodných párů. Součástí komplexní péče jsou také rady o změně způsobu života, kouření a zvládání či vyvarování se stresu. (14, 15, 16)

Metody asistované reprodukce

Jsou moderní technologické postupy, při kterých dochází k přímé manipulaci s gametami. V současné době je často užívaná metoda fertilizace in vitro (IVF). Principem in vitro fertilizace je odebrání vajíček z vaječníku ženy, oplození pomocí spermií v laboratoři a po oplodnění se obvykle jedno až tři embrya zavedou do děložní dutiny k uhnízdění. V prvním cyklu IVF otěhotní jen 25- 30 % žen a v každém dalším cyklu je úspěšnost přibližně stejná. U žen, které otěhotněly ve věku nad 45 let pomocí IVF se tak děje převážně pomocí darovaných oocytů. Metoda IVF je první volbou při léčbě starších žen bez ohledu na vlastní příčinu neplodnosti. Metodu doprovází vyšší výskyt předčasných porodů, novorozenci rodící se s nízkou porodní hmotností a vyšší incidence předčasného ukončení jednočetných i vícečetných těhotenství. Ve spojení s technikou IVF se využívá i metoda zvaná ICSI neboli intracytoplazmatická injekce spermií, kdy je jediná spermie zavedena přímo do jednoho vajíčka. Úspěšnost je v tomto případě 30 až 35 % na jeden cyklus. (5, 13, 15, 17)

Intrauterinní inseminace je jednoduchá metoda, při které je za účelem oplodnění zavedeno partnerovo nebo darované sperma do pochvy, děložního čípku, dělohy nebo vejcovodů. Většina dosažených těhotenství se podaří po prvních šesti cyklech. Jestliže spermioqram u muže nezaznamená žádnou spermii, může být příčinou neprůchodnost cesty z nadvarlete, kde jsou spermie skladovány. V takovém případě je možné využít metody TESA, operačně vyjmout část varlete, ze kterého se laboratorně spermie získají. Dalším řešením je metoda PESA, kdy dochází k nasání spermií přes kůži šourku. (5, 17)

Léčba umělým oplodněním by se neměla stát důvodem, proč ženy odkládají mateřství na pozdější dobu. Stejně jako přirozené oplození, tak i úspěch asistované reprodukce závisí na věku ženy. Je třeba si uvědomit, že těhotenství po léčbě metodami asistované reprodukce nevzniká vždy za zcela fyziologických podmínek a přináší s sebou i mnohá rizika pro matku a plod. Ženy mohou využívat metod asistované reprodukce do 48 let, přičemž ženy nad 40 let si je musí hradit samy. V České republice se narodí po léčbě neplodnosti každé desáté dítě. (5, 13)

4 VĚKEM PODMÍNĚNÁ ORGÁNOVÁ A SYSTÉMOVÁ ONEMOCNĚNÍ NEGATIVNĚ OVLIVŇUJÍCÍ TĚHOTENSTVÍ

4.1 Hematologické poruchy a nemoci

Mezi onemocnění, která se významně podílejí na mateřské morbiditě a mortalitě během těhotenství a v puerperiu patří tromboembolická nemoc (TEN). V průběhu těhotenství dochází ke zpomalení krevního toku a k hyperkoagulaci neboli zvýšené produkci koagulačních faktorů v krvi, což má vliv na vznik žilních komplikací, zánětu a žilní trombózy. Hyperkoagulace je u zdravé těhotné ženy považována za fyziologickou, jelikož je kompenzována protektivními mechanismy, které jsou však při porodu a v šestinedělí narušeny. Z toho důvodu jsou tato období z hlediska možné žilní komplikace a plicní embolie nejrizikovější. Riziko tromboembolické nemoci v těhotenství je až 6x vyšší než u netěhotných žen a stoupá společně s věkem ženy. Na vzniku TEN se v těhotenství podílí hemodynamické změny, prokoagulační a hormonální těhotenské změny. Riziko TEN je vyšší u žen, které jsou nosičkami tzv. trombofilních mutací a získaných trombofilních stavů, mezi které patří i obezita, pokročilý věk, cévní mozkové příhody a tak dále. Lékem první volby pro těhotné s akutní TEN jsou hepariny. Výskyt TEN v průběhu gravidity je indikací k antikoagulační léčbě po celé těhotenství. Dlouhodobá léčba deriváty heparinu může způsobit osteoporózu a trombocytopenii. (5, 18)

Nejčastějším hematologickým autoimunitním onemocněním postihující jak děti, tak dospělou populaci, je idiopatická trombocytopenická purpura. Incidence v těhotenství je zhruba 1: 1000- 3000. Vzniká následkem zvýšené trombocytární destrukce v důsledku produkce antitrombocytárních protilátek, většinou se jedná o protilátky třídy IgG. Průběh je u většiny asymptomatický s výjimkou krvácení, které nastává až při poklesu počtu trombocytů pod $20-30 \times 10^9/l$. Nejzávažnější komplikací je intrakraniální krvácení, které se objevuje asi u 1 % populace. Riziko stoupá přímo úměrně s věkem těhotné. Jelikož antitrombocytární protilátky procházejí placentou, zvyšuje se riziko trombocytopenie a krvácení u plodu. (18)

4.2 Hypertenzní onemocnění v těhotenství

Je onemocnění objevující se často u žen vyššího věku, na jehož vzniku se podílí faktory vnitřní, tedy genetické a zevní. Hypertenze způsobuje nejčastější komplikace v graviditě a řadí se mezi hlavní příčiny mateřské a fetální morbidity a mortality. Objevuje se zhruba u 8- 10 % těhotných žen. Se zvýšeným arteriálním tlakem mohou ženy do těhotenství již vstoupit nebo se může objevit až v průběhu těhotenství. Takové hypertenze nazýváme termínem pregnancy induced hypertension (PIH), v překladu hypertenze indukovaná těhotenstvím. (5, 19)

Hypertenzi v těhotenství diagnostikujeme obecně, jestliže se zvýší systolický krevní tlak alespoň o 25 mmHg a diastolický TK alespoň o 15 mmHg v porovnání s hodnotami krevního tlaku před graviditou či v 1. trimestru. Dle platné definice WHO je hypertenze v graviditě definována vzestupem systolického tlaku na 140 mmHg a více a vzestupem diastolického tlaku na 90mmHg a více. Patologické hodnoty tlaku musíme nalézt alespoň při dvou nezávislých měření. (20)

Zvláštní formou těhotensky podmíněné hypertenze je tzv. preeklampsie. Vyskytuje se od 20. týdne gravidity přibližně ve 2- 5 % těhotenství. Dříve byla nazývána jako EPH gestóza., tento název charakterizoval tři hlavní příznaky: edém (E), proteinurie (P) a hypertenze (H). Dalšími příznaky může být epigastrická bolest, cefalea a poruchy vizu. Onemocnění vzniká v důsledku spasmu cév, což vede ke špatnému prokrvení orgánů matky i plodu. Preeklampsie má tři formy: lehkou, střední a těžkou. Následkem neadekvátně léčené těžké preeklampsie dochází ke vzniku záchvatovitého stavu, tzv. eklampsie, projevující se tonicko- klonickými křečemi až bezvědomím. Při výskytu eklampsie je indikováno ukončení těhotenství císařským řezem. (1, 19)

U těhotné s diagnostikou preeklampsie musíme myslet na možnost vzniku HELLP syndromu, který často na preeklampsii nasedá, ale může se vyskytovat i samostatně. Název znamená v překladu základní charakteristiku onemocnění: H- hemolýza čili rozpad červených krvinek, EL- elevace jaterních enzymů v séru a LP- pokles počtu trombocytů. Předpokládá se, že HELLP syndrom postihuje asi 0,2 až 0,6 % všech těhotenství a manifestuje se ve druhé polovině těhotenství. Mezi příznaky patří hypertenze, proteinurie závažnějšího stupně oproti preeklampsii, edémy, epigastrická bolest, bolesti hlavy, nauzea, poruchy zraku. Mezi rizikové faktory patří diagnostikovaná preeklampsie, těhotenstvím indukované hypertenze, HELLP syndrom v anamnéze, multipary a také vyšší věk rodiček.

Do komplikací HELLP syndromu řadíme abrupci placenty, plicní edém, diseminovanou intravaskulární koagulopatii (DIC), rupturu subkapsulárního hematomu jater, akutní renální selhání, syndrom dechové tísně plodu, nitroděložní růstovou retardaci plodu a hypoxii plodu. Pokud je těhotenství kratší než 34 týdnů, závisí léčba na plicní zralosti plodu. V případě gravidity starší 34. týdne je léčbou ukončení těhotenství. (18, 21)

4.3 Kardiovaskulární onemocnění

V těhotenství u zdravých žen dochází často ke snížené toleranci zátěže, klidové a námahové dušnosti, palpitaci, časté únavě, presynkopálním až synkopálním stavům, tachykardii, otokům dolních končetin a k mnoha dalším symptomům a stavům, které mohou imitovat příznaky závažného srdečního onemocnění. Příznakům je třeba věnovat pozornost hlavně u žen v pokročilém věku, abychom nepřehlédli do té doby němé, srdeční onemocnění. Je potřebné provádět pečlivou anamnézu, fyzikální vyšetření, EKG a echokardiografické vyšetření. U žen starších 33 let a multigravid bychom měli myslet na zvýšené riziko ischemické choroby srdeční, která se se stoupajícím věkem kumuluje. Do rizikové skupiny spadají dále kuřačky, těhotné s chronickou hypertenzí, obézní ženy a ženy s vrozenými poruchami lipidového metabolismu. Akutní infarkt myokardu byl donedávna příčinou mateřské úmrtnosti, až 21 %. K úmrtí docházelo nejčastěji v akutní fázi infarktu a v průběhu prvních dvou týdnů od počátečních příznaků. Vysoká mortalita je způsobena pozdním stanovením diagnózy. Léčba spočívá v podání opiátových analgetik, nitroglycerinu, v zajištění oxygenace, provedení balónkové transkutánní koronární angioplastiky, zavedení stentu, odstranění trombu a léčbě srdečního selhání. Po prodělání koronární příhody lze v těhotenství pokračovat, porod je veden císařským řezem. (18)

4.4 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je porucha látkové výměny, při které organismus není schopen zpracovávat glukózu a udržovat její fyziologickou hladinu v důsledku nedostatku hormonu inzulinu. Projevuje se zvýšenou hladinou glukózy v krvi a moči ženy. Klasifikace diabetu v těhotenství souvisí s tím, kdy byl diabetes u matky diagnostikován. Jestliže tomu bylo před těhotenstvím, hovoříme o diabetu pregestačním nebo byl diagnostikován až v průběhu gravidity a nazýváme jej gestační diabetes mellitus (GDM). (5, 18)

V těhotenství dochází k fyziologickému zvýšení inzulinové rezistence. Pokud organismus těhotné nedovede zvýšení dostatečně kompenzovat, je diagnostikován gestační

diabetes mellitus, tyto ženy tvoří asi 2- 3 % populace. GDM je většinou asymptomatický, proto se provádí doporučený všeobecný screening standartně mezi 24. - 28. týdnem těhotenství pomocí orálního zátěžového glukózového testu (OGTT). V současné době přibývá žen, které trpí těhotenskou cukrovkou. K tomuto faktu přispívá i nedostatek pohybu, častá obezita a stres. Zvýšené předpoklady mají i těhotné, u nichž se vyskytují rodinné predispozice nebo starší těhotné ženy. Rozhodne-li se stát matkou žena s diagnózou diabetu před otěhotněním, měla by respektovat řadu doporučení a před početím dodržovat správný diabetologický režim stanovený lékařem, aby byl diabetes v období početí dostatečně kompenzován. Jestliže se žena těchto doporučení drží, obvykle probíhá těhotenství bez potíží. (5, 6, 18)

Diabetické těhotenství přináší rizika pro matku i plod a vyžaduje zvýšenou péči. Riziko vzniku je u většiny komplikací přímo úměrné míře kompenzace diabetu. Těhotenství je ohrožené časnými těhotenskými ztrátami, výskytem vrozených vývojových vad plodu, diabetickou fetopatií (soubor poškození plodu související s diabetem matky, do kterého patří makrosomie definována jako hmotnost plodu vyšší nebo rovna 4 000 g, plicní nezralost s rizikem vzniku respiratory distress syndromu (RDS), hypoglykemie, hypokalcemie či hyperbilirubinemie), může dojít k růstové retardaci plodu (IUGR), náhlé smrti plodu či traumatickému porodu z důvodu dystokie ramének plodu. Dále je zvýšené riziko vzniku diabetu v dětství a v adolescenci. U matky se může vyskytovat infekce močových cest, diabetická nefropatie, retinopatie, diabetická neuropatie, syndrom karpálního tunelu a zvýšená frekvence hypertenze a preeklampsie oproti zdravým těhotným. (2, 18)

Léčba GDM spočívá v úpravě dietního režimu, dalším krokem je zvýšení tělesné zátěže dle možností těhotné, a pokud nedojde k normalizaci hladiny glykémie, je zahájena terapie inzulinem. Těhotenství by nemělo překročit termín porodu. V případě GDM dochází po porodu k jeho úplnému odeznění, ale existují predispozice k diabetu II. typu, proto by žena měla i po porodu dodržovat zdravý životní styl. (5, 6, 18)

5 KOMPLIKACE SPOJENÉ S POZDNÍM MATEŘSTVÍM

Těhotenství žen, jejichž věk již přesáhl 35 let, je oproti mladším ženám častěji vystaveno specifickým komplikacím, které souvisí hlavně s fyziologickými změnami doprovázejícími pozdní věk žen a s častějším výskytem přidružených onemocnění v tomto věku. Neznamena to však, že tyto komplikace nemohou nastat i u mladší těhotné matky, pouze je u nich menší pravděpodobnost.

5.1 Krvácení v těhotenství

Krvácení se rozděluje dle týdne gestace, ve kterém se objeví, na časně a pozdní. Krvácení má mnoho příčin a může způsobit vážné komplikace těhotné ženě i jejímu nenarozenému dítěti.

Časně krvácení je definováno jako krvácení před 20. týdnem těhotenství a objevuje se asi u jedné čtvrtiny potvrzených gravidit. V 10- 15 % je krvácení způsobeno ektopickou graviditou, v 0,2 % se jedná o těhotenství komplikované molou hydatidosou (hydropická degenerace choriových klků) a ve více jak 30% následuje samovolný či zamlklý potrat. U starších žen je časně krvácení diagnostikováno častěji a následné potraty se díky tomu řadí mezi hlavní komplikace vážící se na pozdní věk ženy. (13)

Pokud těhotná žena krvácí po 20. týdně těhotenství je toto krvácení označováno za pozdní a postihuje 2- 5 % všech těhotenství. Většina krvácení vzniká akutně a příčina je diagnostikována až při hospitalizaci. Nejčastěji je způsobeno placentárními příčinami, do kterých patří placenta praevia, tzn. placenta lokalizovaná v dolním děložním segmentu pod úponem vezikouterinní pliky. Etiologie včestné placenty není známá, ale její výskyt se spojuje s určitými faktory, mezi které patří vyšší věk žen, multiparita, vícečetná gravidita, ženy s děložními myomy, chronická hypertenze, předchozí císařský řez, revize dutiny děložní nebo kyretáž a mnoho dalších, které s sebou přinášejí rizika pro matku i plod. Léčba probíhá podle stavu těhotné a charakteru krvácení, buď konzervativně, nebo se těhotenství musí ukončit. Druhou nejčastější příčinou je abrupce placenty, kdy jde o krvácení při předčasném odloučení normálně uložené placenty. Příčinou abrupce placenty může být trauma, ale někdy vzniká i bez známých příčin. Do rizikových faktorů se mezi mimo jiné řadí také starší věk rodiček. Léčba je ve většině případů ukončení těhotenství. (13)

5.1.1 Potrat

„Potratem se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu ze známek života a jehož porodní hmotnost je nižší než 500 g nebo jehož hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů.“ (2, s. 182)

Potrasy se dělí dle mezinárodní klasifikace nemocí na potraty samovolné (spontánní), jejichž nejčastější příčiny jsou defekty plodového vejce, kterými jsou především genetické vady plodu v začátku těhotenství a mateřské příčiny. A na potraty indukované, kdy dochází k umělému ukončení těhotenství na žádost pacientky nebo ze zdravotních indikací matky, plodu. (2)

Samovolným potratem v začátku gravidity se organismus přirozenou selekcí zbaví postiženého plodu a tím předchází komplikacím, které by mohly ohrozit život ženy. Frekvence samovolných potratů se zvyšuje společně s věkem matky. V naší zemi je podle Českého statistického úřadu nejvíce potratů u věkové skupiny žen mezi 30- 34 lety a to necelých 11 tisíc, tato informace platí i v případě samovolných potratů. V případech umělého ukončení těhotenství jsou druhou nejpočetnější skupinou ženy ve věku 35- 39 let. Trend rostoucího počtu samovolných potratů v předchozích letech byl v roce 2010 a 2011 přerušena a došlo k mírnému poklesu, který byl způsoben poklesem hrubé míry plodnosti. U žen nad 40 let je riziko potratu až pětinasobně vyšší oproti ženám ve věku 30- 35 let. (2, 13, 22)

Ve studii La Rochebrochard a Thonneau (2002) se uvádí i jistá souvislost mezi věkem partnera a ženy k riziku potratu. Přičemž rizika potratu byla mnohem větší pro páry složené z těhotné ženy ve věku 35 let a více a jejího partnera ve věku 40 let a více. Nepříznivé pro riziko potratu je tedy těhotenství, pokud jsou oba partneři pokročilého věku. (23)

5.2 Zvýšené riziko vrozených vývojových vad

Vrozené vývojové vady plodu (VVV) znamenají odchylky od normálního vývoje jedince. Vývojové vady se dělí na strukturální, metabolické a kombinované. Dále je lze definovat i podle období vzniku v těhotenství. Převážná část VVV vzniká společným působením genetických a zevních faktorů na podkladě multifaktoriální dědičnosti. Vývojové vady jsou trvalé a samy se v průběhu těhotenství neupraví. (18, 24)

Více než polovinu patologických nálezů při invazivní prenatalní diagnostice z věkové indikace matky, nad 35 let, tvoří Downův syndrom, tzv. trizomie 21. chromozomu. Dalších 15 % nálezů připadá na letální numerické aberace, nejčastěji trizomie 13. a 18. chromozomu, Patauův a Edwardsův syndrom a 25 % tvoří aberace pohlavních chromozomů, převážně XXY tzv. Klinefelterův syndrom nebo Turnerův syndrom XO. Posledních 10 % se připisuje méně obvyklým nálezům. (13)

5.2.1 Defekty neurální trubice

Defekty neurální trubice jsou velmi časté morfologické vady s incidencí 0,3 až 3 novorozenci z jednoho tisíce narozených dětí. K těmto defektům dochází v časných stádiích prenatalního vývoje, konkrétně do 4. gestačního týdne. Defekt nastane, pokud se neurální trubice uzavře nedokonale nebo se neuzavře vůbec. S poruchami uzávěru neurální trubice úzce souvisí poruchy přilehlého skeletu. DNT neboli defekt neurální trubice představuje celou řadu různých vrozených malformací. Příčin DNT je mnoho, avšak vyšší věk rodičky patří na přední místa. (5, 13)

Polovinu z nich tvoří vada zvaná anencefalie, kdy se z lebky postiženého plodu vyvine pouze obličejová část, mozek chybí. Tato vada je neslučitelná se životem. Druhou polovinu DNT tvoří spina bifida, což je porucha páteřního kanálu, přičemž část neurální trubice není uzavřena a plošně zeje. Podle lokalizace a typu je možné, aby dítě přežilo, ale u 80 % postižených je diagnostikované významné neurogenní postižení- paraplegie, inkontinence a 20 % je postiženo i mentálně. Současně se spinou bifidou se obvykle sekundárně objevuje hydrocefalus, který vzniká v důsledku zvýšeného tlaku mozkomíšního moku na mozek. Pokud jsou odvodné cesty pro mozkomíšní mok poškozeny, dochází k hromadění tekutiny v komorách mozku, které tlačí na okolní tkáň a u novorozeňat a batolat se následně zvětšuje hlava. Hydrocefalus se léčí zavedením drenáže, která nahromaděný mozkomíšní mok odvádí zpět do krevního řečiště. Léčba je obvykle úspěšná, ale jiné problémy mohou přetrvávat po celý život. (5, 13)

Výskyt těchto vad se úspěšně snižuje pomocí biochemického a ultrazvukového screeningu. Klinická studie ve Velké Británii, kterou zorganizoval Medical Research Council došla k závěru, že podáním kyseliny listové se výskyt DNT snížil o 72 %, srdeční malformace o 30- 50 % a obstrukce močového traktu o 78- 85 %. Kyselina listová se doporučuje užívat v období 4 týdny před početím až do 12. týdne těhotenství a v přírodních

produktech je obsažena v listové zelenině, ovoci, mastných výrobcích, dále ve vejcích, kvasnicích atd. (5)

5.2.2 Chromozomální aberace

Chromozomální aberace vznikají, pokud část chromozomu chybí nebo naopak přebývá. Rozlišujeme vady strukturální nebo numerické, podle toho, jestli se odchylka týká jen některého chromozomu nebo celé výbavy. (25)

Nejvýznamnější a nejčastější je Downův syndrom- trizomie 21. chromozomu. K Downově syndromu dochází v případě, že má člověk úplnou nebo částečnou kopii 21. chromozomu. Výskyt Downova syndromu dramaticky vzrůstá u dětí narozených po 35. roce věku rodičky. Riziko porodu dítěte s Downovým syndromem je u matky nad 35 let asi 1: 380 oproti běžnému populačnímu riziku 1:800. U ženy ve věku 40 let je riziko již 1: 100. Incidence vzhledem k pokročilejšímu věku rodičky je v Americe, dle informací The National Down Syndrome Society, přibližně stejná jako v ČR. Pouze 10 % z výskytu Downových syndromů bylo diagnostikováno jako dědičné případy. Postižení jedinci mají typicky malou hlavu a ploché záhlaví, často kožní defekt na zátylku, krátký krk, šikmé oční štěrby, plochý nosní můstek, nízko posazené malé uši, malá ústa s velkým jazykem, krátké prsty a 5. prst zahnutý do dlaně, jednoduchou palmární rýhu, dále jsou hypnotičtí a mají zavalitou postavu. U třetiny dětí se vyskytuje srdeční vada (defekt komorového septa) a některé další vrozené vývojové vady. V dětství mají sklon k poruchám štítné žlázy a leukémii. Intelligence se pohybuje na hranici IQ 25- 50, přičemž variabilita dovedností je velká a každý člověk s Downovým syndromem je individuální. Riziko opakování vady v další graviditě je malé. Nejvyšší záchyt je pomocí kombinovaného prvotrimestrálního screeningu a to 90- 95 %. Při zvýšeném riziku trizomie 21. chromozomu je doporučen odběr plodové vody- aminocentéza. (5, 13, 18, 26)

Edwardsův syndrom- trizomie 18. chromozomu, je těžký malformační syndrom, jehož obecná incidence je 1: 8 000 porodů. Těhotenství bývá komplikováno IUGR plodu a v 85 % dochází k odumření plodu v průběhu těhotenství. Prognóza je pro život špatná, 40 % dětí nepřežije první rok života a zbytek umírá do 10 let. (5, 18)

Při trizomii 13. chromozomu hovoříme o Patauově syndromu, ke kterému dochází jednou za 20 000 porodů. Jedinci jsou významně postiženi, tato postižení jim obvykle neumožní přežít a těhotenství končí samovolným potratem nebo předčasným porodem.

Více než 90 % postižených umírá nejpozději do jednoho roku. Jedinci, kteří ojediněle přežijí, jsou hluboce retardováni. (5, 18)

6 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Součástí péče o těhotnou ženu jsou screeningová vyšetření, která v průběhu těhotenství podstoupí většina těhotných žen. Cílem screeningových vyšetření je předcházet komplikacím a včas odhalit ženy, které mají zvýšené riziko pro výskyt vývojové vady dítěte. V současnosti mají všechny používané screeningové systémy nezanedbatelnou falešnou pozitivitu, což znamená, že pozitivní výsledky testů nemusejí vždy znamenat postižení plodu. Žena se může následně podrobit dalším testům, které jí doporučí genetik na základě dostupných výsledků. Obvykle se v těhotenství provádí biochemický screening ve II. trimestru a dvě ultrazvuková vyšetření. V současnosti se provádí také screening v I. trimestru. Bez ohledu na výsledky biochemického screeningu, se každé ženě nad 35 let věku nabízí invazivní vyšetření k vyloučení chromozomálních vad, které s sebou nese určité riziko spontánního potratu. (5, 27, 28)

6.1 Neinvazivní metody

V současnosti se ženám nabízí vysoce efektivní nepovinný kombinovaný screening v I. trimestru. Tento prvotrimestrální screening se provádí mezi 11. - 14. týdnem gravidity (11+ 0 – 13+ 6) a je kombinací ultrazvukového vyšetření a biochemických markerů. V tomto období se u plodu dokončuje organogeneze a je již možné zjistit případné vývojové vady a stanovení rizika výskytu chromozomálních aberací u plodu. Toto vyšetření je důležité jak z pohledu medicínského, tak i z pohledu psychosociálního a etického pro budoucí rodiče.

Ultrazvukové vyšetření zahrnuje měření podkožního nahromadění tekutiny v oblasti šíje plodu, tzv. šíjové projasnění (NT- nuchal translucency), které je základním parametrem pro stanovení rizika výskytu Downova syndromu nebo jiných vrozených vývojových vad. Dále sledujeme přítomnost nosní kůstky (NB- nasal bone), jejíž absence nebo nedostatečný vývin je charakteristickým rysem Downova syndromu. Na zřetel se bere také věk těhotné a tímto způsobem lze zachytit až 97 % trizomií 21. chromozomu. (28, 29)

Biochemickým screeninem zjišťujeme hladinu PAPP-A (pregnancy- associated plasma protein A) a beta – hCG (free beta – subunit of human chorionic gonadotrophin) z krve matky. (28, 29)

Ve II. trimestru se běžně provádí dvě ultrazvuková vyšetření a biochemický screening. Ultrazvukový screening se provádí v 18. - 22. týdnu těhotenství a zaměřuje se

opět na detekci vrozených vývojových vad a dalších abnormalit. Dále se zjišťuje inzerce placenty, množství plodové vody, počet a vitalita plodů a podrobné vyšetření plodů. Současně probíhá i ultrazvukové vyšetření a měření délky děložního hrdla, tzv. cervikometrie. (28).

Biochemický screening se provádí buď formou tzv. double testu, kdy se stanovuje hladina alfafetoproteinu (AFP) v kombinaci s hCG. V případě tzv. tripple testu prováděného v 16. týdnu gravidity, se k těmto dvěma markerům určuje ještě krevní hladina volného estriolu (E3). Vyšší hladiny AFP se často vyskytují u defektů neurální trubice a naopak nižší hladiny AFP svědčí spíše pro výskyt Downova syndromu. (28, 29)

Ultrazvukové vyšetření podstupují ženy rovněž mezi 30. - 32. týdnem gravidity, ale s rozdílem, že se tento ultrazvukový screening již nezaměřuje pouze na detekci vrozených vad, ale především na celkový stav plodu. Hodnotí proporcionální růst, polohu a naléhání plodu, množství plodové vody a uložení placenty. Samozřejmostí je kontrolní vyšetření anatomie plodu. (29)

6.2 Invazivní metody

Vzhledem k neustálému vývoji a zlepšování laboratorních a diagnostických metod se zvyšuje počet indikací k invazivním metodám. Navzdory tomu dochází v současnosti ke snaze omezit užití invazivních metod a přesunout je do nižších stádií gravidity. To je spojené s možností ukončit graviditu již v 1. trimestru, kdy je mateřská mortalita a morbidita 5x nižší než v pokročilejším těhotenství. Indikace k invazivním metodám by měly být přísně individuální. (13)

Amniocentéza

Nejčastěji užívanou invazivní metodou k vyloučení chromozomálních a metabolických abnormalit ve druhém trimestru je odběr plodové vody neboli aminocentéza (AMC). Amniocentéza se vykonává v období mezi 15. - 16. týdnem těhotenství dle ultrazvukové biometrie plodu. (13, 30)

Výkon se provádí za sterilních kautel vpichem přes stěnu dutiny břišní (transabdominálně), pod kontrolou ultrazvuku. Spinální jehla je směřována do maximálního depa plodové vody, ze kterého se odebere bezpečné množství plodové vody. Obvykle se odebírá tolik, kolikátý je gestační týden gravidity, maximálně však 20 ml. Bezprostředně po odběru plodové vody následuje kontrola srdeční akce plodu a krvácení

z místa vpichu. U Rh negativních žen je nutná aplikace 300 µg imunoglobulinu anti-Rh(D) intramuskulárně jako prevence aloimunizace. Buňky obsažené v plodové vodě (amniocyty) rostou po odběru v tkáňové kultuře a z počtu chromozomů a jejich tvarových změn se potvrzuje vývojová vada. (13, 30)

Po odběru plodové vody hrozí komplikace jako je slabé krvácení, částečné odtékání plodové vody, abrupce placenty, chorioamnionitis, předčasný porod nebo vzácně poranění jehlou. Obecné riziko spontánního abortu je po AMC ve II. trimestru 0,5 až 1 %. Při této metodě není nutná hospitalizace. Zákrok se provádí ambulantně nebo jako malý výkon, kdy těhotná setrvává v nemocnici další zhruba 2- 3 hodiny. Těhotné ženě je vystavena týdenní pracovní neschopnost. Indikace tvoří genetické a porodnické důvody, mezi které řadíme nejčastěji věk matky nad 35 let, otec starší 50 let, pozitivní biochemický screening, zatížená rodinná anamnéza, vrozené poruchy metabolismu matky nebo zjištění morfologických abnormalit při ultrazvukovém vyšetření. Nevýhodou je kultivace buněk, která trvá déle než 2 týdny, což vyvolává u matek často pocity strachu, úzkosti a nejistoty při čekání na výsledky AMC. (13, 30)

Biopsie choria

Pro získání fetálních buněk v časně fázi těhotenství je první volbou biopsie choria (CVS). Metodu je možno užít od ukončeného 9. týdne gravidity, která je označována za časnou nebo pozdní, prováděnou po 12. týdnu gravidity. Výhodou je včasnost vyšetření (v 1. trimestru), dostupnost výsledků do jednoho týdne a možnost předběžných výsledků do 48 hodin. Pro získání buněk z choria neboli části placenty se využívá transabdominální nebo transcervikální přístup za ultrazvukové kontroly. Indikace jsou obdobné jako u aminocentézy, z 90 % je indikací vyšší věk matky. Obecné riziko potratu je u CVS 2 %. (13)

Kordocentéza

Je způsob prenatální diagnostiky, kdy se odebírá fetální krev z pupečnicku plodu (v. umbilicalis). Jako u předešlých metod se užívá transabdominálního přístupu a zákrok se provádí pod ultrazvukovou kontrolou. Obvykle se jehlou odebírá 1- 2 ml pupečnickové krve. Technicky je možné provést odběr kolem 20. týdne gravidity. Diagnostická

spolehlivost je velmi vysoká a obecné riziko abortu je v rukou zkušeného operátora pouze okolo 1 %. (13)

„Vzhledem k tomu, že v současné době je prenatální diagnostika a prenatální péče na vysoké úrovni, by ženy nad 35 let neměly svůj věk chápat jako překážku otěhotnění.“
(28, s. 182)

7 POROD STARŠÍCH MATEK

„*Porodem (partus) nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin.*“ (2, s. 121) O porodu v termínu mluvíme, jestliže žena porodí od 38. do 42. týdne. Porod před ukončením 37. týdnem je označován za předčasný a naopak porod po 42. týdnu je opožděný porod. (2)

Porod rozdělujeme na čtyři doby porodní. První doba porodní začíná od pravidelných děložních stahů majících vliv na progresy plodu. Dochází při ní k dilataci děložního hrdla a branky. U prvorodiček trvá přibližně 6- 7 hodin a u vícerodiček je vlastní dilatace hrdla zkrácená, proto je u nich obvykle kratší i první doba porodní. Při zániku branky začíná druhá doba porodní, vypuzovací. Při ní prochází plod tvrdými a měkkými porodními cestami. Druhá doba porodní trvá u prvorodičky 15- 20 minut, u vícerodiček je tomu kolem 5- 10 minut a končí úplným vypuzením plodu. Po vypuzení plodu začíná třetí doba porodní, při které se odlučuje placenta. Trvání třetí doby je různé, nemělo by však přesáhnout 30 minut a končí úplným vypuzením celé placenty s plodovými blanami. Po porodu placenty začíná čtvrtá doba porodní neboli poporodní období, které trvá 2 hodiny po porodu. V tomto období dochází nejčastěji ke komplikacím, proto se u ženy kontrolují fyziologické funkce, výška děložního fundu a poporodní krvácení. (2)

U těhotných prvorodiček po 35. roce může být první a druhá doba ovlivněna méně pružnou tkání porodních cest a porod tak může trvat déle. U starších matek je porod častěji veden operativně vzhledem k vyššímu výskytu přidružených onemocnění u žen ve vyšším věku, ze stejného důvodu jsou častější i komplikace za porodu. Podle studie lékařů ze švédského Stockholmu (2007), kteří porovnávali 1 302 rodiček rozdílného věku, porodilo 57 % starších žen spontánně a z toho 7 % dětí bylo nutno po porodu předat do intenzivní péče na specializovaném pracovišti. Oproti tomu ženy mladší 30 let porodily spontánně v 77 % případů. (5, 31)

Většina starších matek se při porodu chová zodpovědně, jsou obvykle dobře informovány o průběhu porodu, tudíž nejsou vyděšené. Ženy se při porodu nestydí vyjádřit své pocity a potřeby personálu, což je pro komunikaci s personálem důležité. Navzdory tomu může snadno dojít ke konfliktu mezi ženou a personálem. (32)

Jestliže se při spontánním porodu vyskytne situace, která ohrožuje zdraví ženy nebo jejího dítěte, je třeba provést operační výkon. Takto provedený porod je označován za operační. Do operačních porodů řadíme nejen známý císařský řez, ale patří sem také klešťový porod, vakuumextrakce, ruční vybavení placenty nebo revize dutiny děložní po porodu. (6)

Císařský řez (sectio caesarea)

Císařský řez je porodnická operace, při které je plod z těla matky extrahován břišní cestou. V historii byl císařský řez spojován se značnou mortalitou matek. V současnosti je vzhledem k vývoji medicíny považován za jeden z nejčastějších chirurgických zákroků, jehož incidence byla v roce 2010 24 % ze všech porodů. (1, 18)

Důvodem k císařskému řezu je nejčastěji nepoměr mezi naléhající částí plodu a porodními cestami, nepostupující porod (3 hodiny trvající stejný nález při pravidelných kontrakcích děložních), prodloužené těhotenství po dvou neúspěšných indukcích porodu, poruchy naléhání plodu, akutní a chronická tíseň plodu, celkové onemocnění matky (diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění aj.), porodnické krvácení (abrupce placenty, krvácení nejasné etiologie), infekce matky, patologické procesy v malé pánvi vylučující vaginální porod (vcestné tumory dělohy a ovaria, myomy, placenta praevia), stavy po operacích v malé pánvi, vícečetné těhotenství nebo také indikace psychologická, ke které se přiklání ojediněle v případech, kdy má matka nadměrné obavy z porodních bolestí a komplikací za porodu nebo strach z časných a pozdních poporodních komplikací. Tento termín nelze zaměnit s císařským řezem na přání matky, který je v ČR zakázán. (1)

Podmínkou pro provedení císařského řezu je naléhající část plodu nevstoupá a nefixovaná v porodních cestách, jinak řečeno hlavička musí být nad vchodem pánevním. Vzhledem k tomu, že je císařský řez velká břišní operace, je potřeba provést důkladnou předoperační přípravu, buď dlouhodobou u plánovaných výkonů, nebo krátkodobou u akutních výkonů. Operace se provádí v celkové nebo svodné anestezii (epidurální, spinální). Po operaci mohou nastat komplikace (velká krevní ztráta, poruchy hojení rány, zánětlivé komplikace). Při opakovaných císařských řezech u ženy stoupá i riziko komplikací. (1, 18)

Porodnické kleště (forceps)

Kleště jsou nástroj určený k extrakci plodu z porodních cest matky výhradně v průběhu II. doby porodní. Operaci lze provést pouze, pokud je hlavička vstoupila do pánve minimálně velkým oddílem (vyloučen kefalopelvický nepoměr), rozvinutá branka, odteklá voda plodová, jsou zachovalé kontrakce děložní a plod je živý. (1, 18)

Porodnické kleště jsou často považovány za zastaralý nástroj, ale opak je pravdou. Dnešní kleště jsou v rukou zkušeného porodníka bezpečným zákrokem, který není konkurencí císařského řezu. Každá operace je určena pro jinou porodní dobu a obě mají jiné indikace. Porodnické kleště slouží výhradně k ukončení II. doby porodní, kdy je již císařský řez kontraindikován z důvodu možného poranění matky při vybavování plodu. V ČR se narodí za pomoci porodnických kleští 2- 3 % dětí. (1, 6)

Kleště se skládají z pravé a levé kleštiny, které se uzavírají zámkem a mají dvojí zakřivení. První zakřivení je podle hlavičky plodu a druhé dle osy porodního kanálu. V současnosti se užívají 4 typy: Simpsonovy kleště používající se když je hlavička ve východu pánevním, Kjellandovy kleště, které jsou určené pro extrakci plodu z vyšších pánevních rovin nebo Breussovovy a Schutteho kleště. (18)

Porod se jimi ukončuje v případech, že je ohroženo zdraví matky, dítěte nebo obou současně. Nejčastější indikací je akutní hypoxie ve II. době porodní, nepostupující porod ve II. době porodní, dále při fyzickém a psychickém vyčerpání matky, nespolupracující rodiče, nemožnost užití břišního lisu, horečka za porodu nebo silné krvácení v II. době porodní. (33)

Vakuumextrakce (VEX)

Jedná se o extrakci plodu z porodních cest pelotou uchycenou za hlavičku plodu nebo hýždě plodu za pomoci podtlaku. Tato vaginální extrakční operace se provádí podobně jako porodnické kleště, ve II. době porodní. V České republice zůstává frekvence VEX stále za císařským řezem a kleštěmi, ale v současnosti se prosazuje stále častěji. (34)

Přístroj se skládá z přísavného zvonu (dříve z kovu, dnes se vyrábí z umělé hmoty), vakuová pumpa (odsávačka) a trakční systém tvořený systémem hadic. Dnes se užívají převážně jednorázové vakuumextraktory. Podmínky jsou obdobné jako u operačních kleští, ale oproti tomu nelze VEX použít u plodů vážících 2 500 g a méně, u polohy koncem pánevním, vysokého přímého stavu a u obličejové a čelní polohy plodu. Nejčastěji se užívá

u hrozící hypoxie plodu. Plod je extrahován za pelotu přisátou k hlavičce plodu za pomoci podtlaku. Síla vyvinutá na pelotu není oproti klešťovému porodu tak velká. Při nadměrné síle se může pelota od hlavičky odtrhnout a mohla by poranit měkké části hlavičky dítěte. Operace je oproti klešťovému porodu technicky jednodušší a pro plod šetrnější. Z důvodu delší časové náročnosti je třeba pečlivě zvážit použití VEX při hypoxii plodu. (18)

Všeobecně lze říci, že extrakční operace jsou v naší republice na ústupu. Je to hlavně výsledek poklesu erudovaných porodníků, kteří jsou schopni edukovat další lékaře v přípravě. Vše souvisí i s hlediskem forezním. Při provedení císařského řezu si většina rodiček nestěžuje a operační řešení přijme, oproti tomu extrakční operace jsou ženami obvykle vnímány hůře a považují je za vlastní selhání při porodu. (34)

PRAKTICKÁ ČÁST

FORMULACE PROBLÉMU

Těhotenství je důležitým mezníkem v životě ženy. Dříve nebo později si obvykle každá žena přeje mít své dítě, ale jejich rozhodnutí ovlivňují i jiné faktory. V současné době se často setkáváme s těhotnými ženami, které již překročily věk 35 let. Posun mateřství je nejčastěji odsunut z kariérních důvodů, partnerských vztahů nebo při potížích s otěhotněním.

Těhotenství po 35. roce je považováno za rizikové, avšak maminky si tato rizika často nepřipouštějí nebo o nich nejsou dostatečně informovány. Těhotenství je spojováno s častějším výskytem přidružených onemocnění, které mohou průběh těhotenství a porodu zkomplikovat. Současně se s věkem ženy zvyšuje riziko potratu a incidence vrozených vývojových vad u plodu. Maminkám jsou z toho důvodu nabídnuty kromě běžně doporučených screeningových programů také nepovinné invazivní metody prenatální diagnostiky. Ty s sebou přináší jak riziko spontánního potratu, tak i jisté psychické vypětí žen, například při čekání na výsledky. U žen nad 35 let je těhotenství častěji ukončeno operačním porodem. Ženy, které se rozhodnou otěhotnět ve vyšším věku a mají doma alespoň jedno dítě, které porodily před 35. rokem života, často považují těhotenství za běžnou věc a nemusí si být vědomy zvýšené fyzické a psychické náročnosti v těhotenství a mateřství ve vyšším věku.

STANOVENÍ CÍLE

Hlavní cíl:

Zjistit, jaké vnímají ženy, multipary, rozdíly v těhotenství po 35. roce oproti předchozímu těhotenství, které bylo ukončeno před dovršením 35 let ženy.

Dílčí cíle:

1. Stanovit faktory, které ovlivňují ženu při rozhodování otěhotnět ve vyšším věku.
2. Zjistit, jak ovlivňují psychiku ženy prenatalní screeningová vyšetření zaměřená na VVV plodu.
3. Zhodnotit, zda je žena dostatečně informována o možných rizicích souvisejících s těhotenstvím ve vyšším věku.
4. Zjistit, jak u žen probíhalo těhotenství ve vyšším věku.

METODIKA VÝZKUMU

Vzhledem k cíli mé bakalářské práce jsem pro výzkumné šetření zvolila metodu kvalitativního výzkumu z důvodu přímého kontaktu s respondentem a možnosti prozkoumat problematiku do hloubky. Použila jsem polostandardizovaný rozhovor. Rozhovor je rozdělen do čtyř okruhů. První okruh se vztahuje k otázkám demografickým a identifikačním. V druhém okruhu se zaměřuji na současné těhotenství, jeho plánování, důvody, které ženu vedly k otěhotnění a průběh těhotenství. Třetí okruh se týká otázek vztahujících se ke znalosti možných rizik a komplikací v pozdním těhotenství, čtvrtý okruh je věnován prenatalní diagnostice, a v pátém okruhu se zajímám o srovnání současného těhotenství s těhotenstvím minulým, ve věku nižším 35 let. Rozhovor byl zaznamenáván formou zápisu do záznamového archu.

VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaké faktory ovlivňují rozhodování o plánovaném těhotenství ve vyšším věku?
2. Jak vnímají ženy screeningová vyšetření zaměřené na VVV plodu?
3. Mají těhotné ženy dostatečné informace o možných rizicích souvisejících s těhotenstvím v pozdějším věku?
4. Jaké zdravotní nebo psychické obtíže se vyskytovaly u těhotných žen ve vyšším věku?

VZOREK RESPONDENTŮ

Výzkumný soubor byl vybírán záměrně a tvořily ho čtyři těhotné ženy starší 35 let, které měly alespoň jedno dítě, jež porodily před svým 35. rokem života. Výběr respondentů byl záměrný. Celkem jsem provedla čtyři rozhovory, z nichž se dvěma respondentkami jsem uskutečnila rozhovor v průběhu jejich nynějšího těhotenství a další dvě respondentky mi poskytly rozhovor po porodu dítěte, v časném šestinedělí. Respondentky rozhovor neobtěžoval, bez nátlaku s ním souhlasily a byly předem informované o zachování anonymity a o účelech, pro které bude rozhovor použit.

PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Rozhovor č. 1 s klientkou H. M.

Rozhovor proběhl 15.2.2013 v dopoledních hodinách v prostorech soukromé gynekologické ordinace v Nýřanech. V místnosti přilehlé k sesterně jsme byly s respondentkou samy a bylo nám nabídnuto dostatečné soukromí pro rozhovor. Respondentku jsem kontaktovala za pomoci jejího soukromého gynekologa a následně si s ní domluvila schůzku.

Anamnéza:

III. gravida, II. para

Rodinná: matka hypertenze, otec DM I. typu, u prarodičů- ICHS, varixy

Osobní: r. 2012 Dg. hyperprolaktinemie, Th: Medocriptin 14 dní

Gynekologická a porodnická:

HAK nikdy neužívala, pravidelný menstruační cyklus 28/5, od 12 let

P1: 2007/VIII, dcera, 3450 g/ 50 cm, PPH spont., III.d.p. spont., šestinedělí

afebrilní, kojila 18 měsíců, dcera zdráva, FN Plzeň

p1: 2011 missed ab., špinění 7. týden, RCUI, afeb., FN Plzeň

Nynější těhotenství: 34+0 t.g.

- rizikové těhotenství z důvodu věku těhotné
- poloha plodu KP řitní
- zjištěna mutace v genu pro MTHFR C677T v heterozygotním stavu, mírně zvýšené riziko výskytu DNT u plodu. (Th: Folgravid 1x/den do konce těhotenství)
- I. trimestrální skríníng: n.n.
- AMC z věkové indikace: neprovedena
- OGTT: n.n.
- prenatalní USG na VVV: 4x n.n.
- ECHO srdce plodu: bpn
- léky v graviditě: Folgravid 1x/den

Sociální anamnéza: žena bydlí se svým manželem a dcerou v panelovém domě ve městě, socioekonomické podmínky vyhovují, finance pro rodinu zajišťuje manžel

DEMOGRAFICKÉ A IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY:

Kolik Vám je let?

Už 39 let.

Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Mgr., takže vysokoškolské.

Jaké je Vaše povolání a kde jste před těhotenstvím pracovala?

Jsem učitelka na základní škole.

Jste svobodná nebo vdaná?

Jsem vdaná.

Jak dlouho žijete s manželem?

S manželem žiji už 8 let.

Po kolikáté jste těhotná?

Těhotná jsem potřetí, ale mám jen jedno dítě. Podruhé jsem hned v počátku potratila.

Máte předchozí dítě se stejným partnerem?

Ano. Pokaždé jsem byla těhotná s ním.

SOUČASNÉ TĚHOTENSTVÍ:

Otěhotněla jste spontánně?

Po léčbě zvýšeného prolaktinu ano.

Plánovali jste nynější těhotenství?

Ano, plánovali. Hned jak Kačenka, mé 1. dítě, odrostla, chtěli jsme další miminko, přece jen jsme starší rodiče, tak aby tady jednou nebyla sama. Po 1. těhotenství s Kačenkou jsem otěhotněla bez potíží, ale od počátku to bylo jiné těhotenství, cítila jsem, že něco není v pořádku. Poté jsem ve stolici viděla krev a tak jsem šla ke svému gynekologovi a ten zjistil, že jsem potratila, ale nevěděl důvod. Poté jsme se dlouho snažili o miminko, ale bez

úspěchu, a tak mi pan doktor odeslal na vyšetření štítné žlázy a toho prolaktinu. Test vyšel pozitivní na zvýšený prolaktin. Ihned mi zahájili léčbu Medocriptinem a po léčbě jsem teď otěhotněla bez potíží.

Co Vás vedlo k rozhodnutí otěhotnět v pozdějším věku?

Neměla jsem vhodného partnera. Až v roce 2005 jsem poznala manžela, začali jsme spolu žít a až poté jsem o tom začala uvažovat. V roce 2006 jsme se vzali a začali se pokoušet o miminko, po 2 měsících jsem prvně otěhotněla.

Jak dlouho jste se o otěhotnění pokoušeli?

Hned po tom, co jsme se vzali, jsme se pokoušeli o Kačenku. S tou jsem otěhotněla po 2 měsících od svatby. To druhé těhotenství šlo samo ani jsme se nemuseli dlouho snažit a poté jsem dlouho nemohla otěhotnět, až po té léčbě na zvýšený prolaktin jsem spontánně otěhotněla.

Cítíte se psychicky připravená na změny, které v těhotenství ve vyšším věku mohou nastat?

Myslíte v tomhle těhotenství? Necítala, ale měla jsem radost z těhotenství a pak jsem se s tím nějak vyrovnávala, ale pořád se bojím, co ještě může nastat. Jsem často podrážděná a nervózní.

Měla jste v průběhu těhotenství nějaké zdravotní obtíže?

Pouze jsem zvracela, ale jen jeden měsíc. Jinak nemám žádné obtíže, ale bojím se, aby se mi nezvyšoval tlak. V minulém těhotenství jsem ke konci měla vyšší a teď mám 130/80.

Měla jste v těhotenství nějaké psychické obtíže?

Jsem podrážděná, neustále se bojím, že se něco zvrtně, třeba ten tlak. Hodně se hlídám.

Jaké obtíže jsou pro Vás v těhotenství nejhorší?

Nevím, asi ten neustálý stres, že něco nedopadne dobře.

Zhoršují se Vaše potíže v průběhu těhotenství?

Nemyslím si.

Máte z něčeho, co se týká těhotenství nebo následné péče o novorozence obavy?

Ano, bojím se porodu, že to nezvládnou a miminko neporodím, ale nechci císařský řez.

INFORMOVANOST O RIZICÍCH A KOMPLIKACÍCH:

Jak nahlížíte na ženy, které chtějí mít dítě v pozdějším věku?

Nemyslím si, že je to něco špatného. Já konkrétně jsem chtěla mít dítě dříve, ale nešlo to.

Myslím si, že nejsem jediná, kdo to tak má a ty důvody chápu.

Byla jste si před otěhotněním vědoma, že těhotenství po 35. roce ženy se označuje za rizikové bez ohledu na zdraví ženy nebo miminka?

Ano, věděla jsem to. Už s předchozím dítětem jsem si přešla stará a občas jsem si četla nějaké články na internetu, kde se to psalo.

Víte, z jakého důvodu označují lékaři těhotenství za rizikové?

Je rizikové, protože mohou být častější komplikace.

Jaké komplikace máte na mysli?

No, moc jich neznám, ale jistě častější potraty, riziko Downova syndromu a také jsou častější porody císařským řezem.

Byla jste si vědoma těchto komplikací (rizik) již před těhotenstvím?

Těch co znám ano, ale to už v tom prvním těhotenství.

Informoval Vás někdo o rizicích spojených s vyšším věkem těhotné ženy?

Neinformoval, něco jsem si našla sama. Myslíte, jestli mi něco říkal pan doktor? Ne, nemluvili jsme o tom.

Z jakého důvodu jste se na informace, které Vás zajímaly, nezeptala svého gynekologa nebo porodní asistentky?

Pan doktor se o ničem sám nezmiňoval a já jsem se v té rychlosti prohlídky nikdy nestihla zeptat.

Měla jste možnost zeptat se alespoň sestřičky/ porodní asistentky u pana doktora?

Možnost asi ano, ale bylo mi to blbé se jí na to ptát, když měla hodně práce.

Kde jste potřebné informace zjišťovala?

Hledala jsem na internetu, také jsem si půjčila nějaké knížky v knihovně a s kamarádkami jsme se o tom bavily, ale to není moc odborné.

O jakých rizicích jste se dozvěděla?

Jak říkám, na internetu jsem našla o zvýšeném riziku Downova syndromu a častějších potratech. Vím, že někdy ženy mohou krvácet nebo často rodí císařským řezem a toho se asi bojím nejvíc. S Kačenkou jsem rodila hrozně dlouho, a i když jsem myslela, že mám velký zadek, takže i pánev, prý jsem měla pánev zúženou a museli mě 2x nastříhávat. Pak jsem neměla kontrakce, tlačila jsem špatně, a kdyby mi nepomohla sestřička, tak nevím.

Jakým způsobem by Vám vyhovovalo informace získávat? Co byste doporučila ostatním ženám?

Asi bych uvítala, kdyby mi o tom řekl pan doktor sám od sebe nebo sestřička. Na internetu nevím, co je a není pravda. A na těch fórech, jak píšou maminky už vůbec ne.

PRENATÁLNÍ PÉČE:

Víte, jaké vyšetření jste v těhotenství už podstoupila v rámci tzv. prenatální péče?

Ty ultrazvuky a nějaké náběry krve. Taky testy s těhotenskou cukrovkou. Vše jsem měla dobré.

Bylo Vám nabídnuto vyšetření na zjištění VVV v prvním trimestru neboli screening v I. trimestru? A podstoupila jste ho?

Ano, pan doktor mi ho nabízel hned zpočátku a následně jsem ho podstoupila, chtěla jsem mít jistotu, že je vše v pořádku a čím dříve, tím lépe.

Jak vnímáte vyšetření prováděné na diagnostiku vrozených vývojových vad?

Samotné vyšetření mně nevadí, ale vždy mám obavy, aby se něco nenašlo. Zatím bylo vše v pořádku.

Jak jste se cítila před vyšetřením na zjištění VVV, při něm a po něm?

Před vyšetřením jsem den nespala, bála jsem se, aby výsledky vyšly v pořádku. Samotné vyšetření nebylo nijak zatěžující, jak říkám, horší byla doba, než mi pan doktor sdělil výsledky. To jsem byla ve stresu a moc jsem se v té době nevyspala.

Byla jste na genetickém vyšetření přímo u genetika?

Ano byla, ale jen se mi ptal na onemocnění v rodině a byla mi vzhledem k věku doporučena AMC.

Podstoupila jste AMC?

Nepodstoupila, všechny testy mi vyšly v pořádku a vzhledem k přechozí zkušenosti z minulého těhotenství, jsem ji odmítla.

Jaké zkušenosti máte s AMC z přechozího těhotenství?

Při prvním těhotenství jsem si ji vyžádala, protože jsem si říkala, že pro jistotu a taky už jsem nebyla nejmladší, ale bylo pro mě stresující čekat na výsledky a hlavně jsem se bála, abych nepotratila, přece jen tam určité riziko bylo.

Nechala byste si miminko, kdyby Vám diagnostikovali nějakou vrozenou vývojovou vadu u plodu?

Podle toho, co by to bylo za vadu. Neumím si to rozhodování představit a jsem ráda, že se mě to netýká. Nemůžu jednoznačně říci, že bych si dítě nenechala.

SROVNÁNÍ NYNĚJŠÍHO TĚHOTENSTVÍ S PŘEDCHOZÍM, PŘED 35. ROKEM:

Bylo Vaše první těhotenství plánované?

Ano, bylo.

Otěhotněla jste i v předchozím těhotenství spontánně?

Ano, otěhotněla.

Jaké pocity jste měla při zjištění, že čekáte své první dítě a jak jste se cítila v průběhu těhotenství?

Jako každá žena, která si přála mít dítě, jsem byla moc šťastná, když jsem to zjistila. První měsíc jsem se o Kačenku trochu bála kvůli možným potratům v 1. trimestru, ale pak jsem si těhotenství užívala. Jediný mezník byla asi ta AMC, kterou jsem si vyžádala. Měla jsem potom strach ze špatných výsledků, ale vesměs jsem si těhotenství užila bez stresu.

Prožívala jste zjištění současného těhotenství jinak? Z jakého důvodu?

Teď jsem byla samozřejmě taky moc šťastná, ale byla jsem si více vědoma rizik, které mohou nastat, a proto jsem se s tím těhotenstvím tak trochu vyrovnávala.

Měla jste v předchozím těhotenství nějaké zdravotní obtíže, které Vás trápily?

Zpočátku jsem zvracela asi 5 měsíců, ale věděla jsem, že některé maminky to tak mají, takže jsem to tak brala a musela se s tím srovnat. Jiné potíže jsem už neměla.

Dokázala byste říci, jak se Vaše pocity v průběhu prvního těhotenství měnily a jak je tomu v současném těhotenství?

Tak při Kačence jsem se bála ten první trimestr, protože už jsem si říkala, že i v té době jsem si přišla na těhotenství stará, ale po prvním trimestru ze mě obavy spadly a byla jsem pouze šťastná a zařizovala vše potřebné. Akorát porod jsem měla s Kačenkou dlouhý a náročný. Nerada na to vzpomínám. Oproti tomu teď mám obavy o zdraví miminka od začátku těhotenství. Bojím se i porodu, aby to nebylo ještě horší než ten předchozí. Z těhotenství jsem šťastná, ale pocity mám rozporuplné, chvíli se bojím, chvíli jsem šťastná a někdy také obojí najednou.

Změnila jste v průběhu nynějšího těhotenství dosavadní stravovací návyky a životní styl oproti minulému těhotenství?

Nijak zvlášť ne, jím co mám ráda, ale navýšila jsem množství jogurtů a snažím se jíst více zeleniny a ovoce. Dávám si pozor na zdravé dásně. V minulém těhotenství jsem se nehlídala.

Navštěvujete předporodní kurzy?

Nenavštěvuji a neuvažuji o nich. Pan doktor mi od nich odrazuje a už jsem na ně chodila při prvním těhotenství, takže trochu vím.

Máte v okolí nějakou těhotnou kamarádku, která čeká miminko po 35. roce?

Nemám.

V těhotenství s 1. dítětem jste měla nějaké těhotné kamarádky ve stejném věku, se kterými jste si mohla o těhotenství povídat?

Ani moc ne, jedna kolegyně z práce čekala dítě ve stejnou dobu, ale byla mladší o 5 let a mimo práci jsme se nescházely.

Máte pocit, že je pro Vás tohle těhotenství psychicky náročnější?

Ano mám, protože jsem moc chtěla pro Kačenku sourozence, ve druhém těhotenství jsem potratila, pak nám nešlo otěhotnět a teď se obávám, že se ještě něco stane. Ale aby to nevyznělo jen špatně, mám z tohoto těhotenství velkou radost.

Souhrn

H.M. je nyní 39 let, má vysokoškolské vzdělání, bydlí s manželem a dcerou v bytě a je finančně zajištěná. Pracovala jako učitelka na základní škole a je 8 let vdaná za 42 letého partnera, se kterým čeká své druhé dítě. H.M. je potřetí těhotná, doma má jednu šestiletou dceru a při druhém těhotenství spontánně potratila v 7. týdnu těhotenství. Důvod potratu nebyl znám, ale z důvodu neúspěšných pokusů znovu otěhotnět byla svým gynekologem doporučena na vyšetření štítné žlázy a prolaktinu, kde byla diagnostikována r. 2012 hyperprolaktinémie. To bylo ženě sděleno jako důvod jejího potratu a následných

potíží s otěhotněním. Po čtrnáctidenní léčbě Medocriptinem H.M. bez obtíží spontánně otěhotněla.

Nynější těhotenství je plánované a vzhledem k věku ženy rizikové. Těhotenství nebylo odloženo úmyslně. Respondentka porodila první dceru v pokročilejším věku, ve druhém těhotenství potratila a následně měla potíže s otěhotněním ze zdravotních důvodů. Rodiče si byli vědomi svého vyššího věku, a proto chtěli sourozence ke svému prvnímu dítěti co nejdříve. H.M. se na těhotenství ve vyšším věku necítila psychicky připravená, ale dříve se jí otěhotnět. Z těhotenství měla zprvu ambivalentní pocity, ale pocity radosti převažovaly. H.M. má o nenarozené dítě obavy a strach, což se projevuje její nervozitou a častou podrážděností. Těhotenství do současné doby probíhalo bez tělesných obtíží, ale obává se zvyšování krevního tlaku z důvodu výskytu vyššího tlaku v předchozím těhotenství, kdy měli lékaři dle H.M. podezření na hypertenzi, vše tehdy proběhlo bez léčby. O zdraví svého dítěte se obává a cítí se být v neustálém stresu. Její obavy a strach jsou spojené i s blížícím se porodem. Tento strach může být vyvolaný kvůli předchozímu porodu, který žena vnímala jako náročný a dává si to za vinu. Nyní se obává, že porod nezvládne a nechce dopustit, aby skončil císařským řezem.

H.M. si je vědoma některých rizik a komplikací, které se váží na vyšší věk ženy. Jako rizika udává častější potraty, krvácení v těhotenství, zvýšeného výskytu Downova syndromu a častějších císařských řezů. O rizicích ji nikdo neinformoval, informace získávala pomocí internetu, knih a kamarádek.

Žena podstoupila screening v I. trimestru, který byl fyziologického závěru, všechna ostatní vyšetření měla také v pořádku. Dále absolvovala genetické vyšetření vzhledem k věku těhotné, které bylo rovněž bez patologického nálezu. Doporučenou AMC odmítá vzhledem ke zkušenosti z minulého těhotenství a dobrým výsledkům screeningů v současném těhotenství.

V současném ani předchozím těhotenství své stravovací návyky ani životní styl výrazně neměnila a na předporodní kurzy docházela pouze v minulém těhotenství. V minulém ani nynějším těhotenství neměla možnost sdílet zážitky a trable ze svého těhotenství s těhotnou kamarádkou stejného věku. Při srovnání těhotenství současného s těhotenstvím před 35. rokem neměla žena tělesné obtíže ani v jednom z těhotenství, ale nynější těhotenství udává jako psychicky náročnější. Vše souvisí se strachem o dítě a prodělaným potratem před současným otěhotněním.

Rozhovor č. 2 s klientkou P.B.

Rozhovor s P.B. se uskutečnil 15.2.2013 v dopoledních hodinách v prostorech soukromé gynekologické ordinace v Nýřanech. S respondentkou jsme byly v místnosti přilehlé k sesterně o samotě a měly jsme dostatek soukromí. Respondentku jsem kontaktovala přes jejího soukromého gynekologa a sjednala si s ní schůzku.

Anamnéza:

VII. gravida, III. para

Rodinná: subj. bezvýznamná

Osobní: operace APPE ve 12 letech, ulcerace žaludku, Th: Helicid

Gynekologická a porodnická:

HAK užívala od 16 let, pravidelný menstruační cyklus 28/4, od 13 let

P1 : 1999/III, dcera, 3300 g/ 49 cm, PPH spont., III. d.p. spont., šestinedělí afebrilní, kojila 10 měsíců, dcera zdráva, Stod

P2: 2005/ X, dcera, 1 800 g/ 42 cm, PPH spont. ve 32. týdnu gravidity, III. d.p. spont., šestinedělí afebrilní, kojila 2 měsíce, dcera zdráva, FN Plzeň

p3: 1994 UPT, afeb. na přání klientky

p4: 1995 UPT, afeb. na přání klientky

p1: 2007 missed ab., RCUI, afeb.

p2: 2008 missed ab., RCUI, afeb.

Nynější těhotenství: 33+ 5 t.g.

- nikotinismus
- rizikové těhotenství z důvodu věku těhotné
- poloha plodu PPH
- indikována k vyšetření trombofilních mutací z důvodu anamnesticky opak. spontánních abortů. Zjištěna mutace v genu A 1298C v genu pro MTHFR v heterozygotním stavu a alely 4G polymorfismus v genu PAI 1. Celkové riziko komplikací je nízké
- I. trimestrální skrínig: n.n.
- AMC z věkové indikace: 46, XY n.n.
- OGTT n.n.
- prenatální USG na VVV: 4x n.n.
- ECHO srdce plodu: bpn

- léky v graviditě: Ac. folicum, Mamavit

Sociální anamnéza: žena bydlí se svým manželem a dvěma dcerami v pronajatém městském bytu. Socioekonomické podmínky vyhovují, finance pro rodinu zajišťuje současný manžel a žena pobírá přídavky na své dvě dcery od předchozího muže.

DEMOGRAFICKÉ A IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY:

Kolik Vám je let?

Už 37 let.

Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Základní.

Jaké povolání jste vykonávala?

Pracuju jako uklízečka, ale teď jsem si nechala napsat neschopenku.

Jste svobodná nebo vdaná?

Jsem podruhé vdaná.

Po kolikáté jste těhotná?

Jestli počítám i ty přerušení a potraty, tak jsem teď po sedmé těhotná, ale rodit budu potřetí.

Jak dlouho žijete s přítelem/manželem?

S tímhle manželem jsem rok a tři měsíce.

Kolik let je vašemu manželovi?

Letos mu bylo 38 let.

Máte předchozí dítě se stejným partnerem?

Ne nemám. S předchozím manželem jsem měla obě holčičky, pak jsme se rozvedli. Zhruba jeden rok jsem byla sama s holčičkami, potom jsem poznala současného manžela.

SOUČASNÉ TĚHOTENSTVÍ:

Otěhotněla jste nyní spontánně?

Ano, vždycky.

Plánovali jste nynější těhotenství?

Plánovaly, ale nechali jsme tomu volný průběh, pouze jsem cíleně vysadila antikoncepci. Ted' jsme rádi, že se nám to povedlo. Nadšený je hlavně manžel, bude to jeho první dítě a moc ho chtěl.

Co Vás vedlo k rozhodnutí otěhotnět v pozdějším věku?

Já mám děti moc ráda, takže jsem se dalšímu nebránila a na věk jsem se nijak neohlížela. Manžel chtěl hodně miminko, tak to byl asi hlavní důvod, že jsem měla s kým. Tak jsme to zkusili.

Jak dlouho jste se o otěhotnění pokoušeli?

Už tak půl roku neberu antikoncepci. Ale že bych řešila nějaké ty plodné dny nebo tak něco, to ne.

Cítíte se psychicky připravená na změny, které v těhotenství nastanou?

Ano, neotěhotněla jsem prvně, tak zhruba vím, co mě čeká. Ve věku nevidím problém.

Máte v průběhu tohoto těhotenství nějaké zdravotní obtíže? Omezovaly Vás nějak?

Dlouho jsem ze začátku zvracela, ale ted' nemám žádné. Musela jsem se tomu přizpůsobit a snídat v posteli, ale to mě neobtěžovalo a přes den to bylo dobré.

Měla jste v těhotenství nějaké psychické obtíže?

Nemám, jsem spokojená a tatínek také. Trochu se obávám, aby bylo vše, jak má být, ale to je asi v každém těhotenství.

Máte z něčeho, co se týká těhotenství a miminka obavy?

Bojím se porodu, ale snad bude vše v pořádku.

Čeho se obáváte při porodu?

Asi abych porodila v termínu, protože druhou holčičku jsem měla už ve 32. týdnu a nerada bych to opakovala.

INFORMOVANOST O RIZICÍCH A KOMPLIKACÍCH:

Jaký názor máte na ženy, které chtějí mít dítě v pozdějším věku?

Nemyslím si, že by v tom měl být nějaký problém. Já to beru jako každé jiné těhotenství.

Byla jste si před těhotenstvím vědoma, že těhotenství po 35. roce se již označuje za rizikové?

Ano, věděla jsem to, ale nic to pro mě neznamenal.

Znáte důvod, proč je těhotenství označováno za rizikové?

Ano, kvůli častějším komplikacím, ale podle mě může být komplikované i každé jiné těhotenství.

Znáte nějaké konkrétní komplikace (rizika), která se mohou v těhotenství vyskytnout a jsou častější právě ve vyšším věku?

Nechci je vědět, je to přece těhotenství jako každé jiné.

Byla jste si vědoma možných rizik již před těhotenstvím?

Nepřipouštím si je.

Informoval Vás někdo o těchto rizicích? (doktor či porodní asistentka)

Neinformoval. Občas s kamarádkami řešíme různé věci.

Chtěla byste být informována od svého doktora nebo porodní asistentky o možných rizicích těhotenství?

Nechtěla a jsem ráda, že mi je doktor neříkal.

Od koho jste se prvně o možných rizicích dozvěděla?

Asi od kamarádek. Cíleně je nevyhledávám.

O jakých rizicích jste se dozvěděla?

O častějších potratech.

PRENATÁLNÍ PÉČE:

Víte, jaká vyšetření jste v současném těhotenství podstoupila?

Já se o to moc nezajímám. To, co mi doktor doporučí, to podstoupím, konkrétně to byly zatím nějaké odběry krve, ten test na zjištění vad v prvním trimestru, test na cukrovku a ultrazvuky.

Jak vnímáte vyšetření prováděné na diagnostiku vrozených vývojových vad?

Nejsou pro mě zátěží, ale je pravda, že vždycky doufám, že vše vyjde negativní. To období než jdu na kontrolu a doktor mi řekne výsledek, jsem asi trošku nervóznější.

Jaké pocity jste měla před vyšetřením na VVV plodu, jak jste se cítila při něm a následně v období do zjištění výsledků?

Před vyšetřením ani při vyšetření jsem neměla nějak zvláštní pocity. Vyšetření mi nevadilo naopak, téměř nic to nebylo a po vyšetření jsem byla lehce nervózní před další kontrolou, kde mi měl doktor sdělit výsledky, ale nic neobvyklého.

Bylo pro Vás nějaké vyšetření/výkon psychicky stresující?

Určitě aminocentéza. Je to nepříjemný zákrok a zase čekáte na výsledek.

Nechala byste si dítě, pokud byste věděla, že bude mít nějakou VVV?

Mám doma dvě zdravé holčičky, takže bych si to nechala vzít.

SROVNÁNÍ NYNĚJŠÍHO TĚHOTENSTVÍ S PŘEDCHOZÍM, PŘED 35. ROKEM:

Byly Vaše předchozí těhotenství plánované?

To první nebylo, ale o dítěti jsme tehdy uvažovali, takže jsme z něj měli radost a netrápila jsem se tím a to druhé plánované bylo.

Jaké pocity jste měla při zjištění, že čekáte své první dítě a jak jste se cítila v průběhu těhotenství?

Nejdříve jsem byla překvapená, protože jsme těhotenství neplánovali, ale jakmile to bylo jisté, měla jsem já i předchozí manžel radost a moc jsme se na holčičku těšili.

Při otěhotnění s druhou holčičkou jste se cítila jak?

Výborně, byla plánované miminko.

Jak jste prožívala předchozí těhotenství? Měla jste nějaké obtíže zdravotní nebo Vás něco trápilo?

Žádné obtíže jsem neměla ani s jednou z holčiček. Z těhotenství jsem měla vždy dobré pocity a probíhalo naprosto normálně. Až na ten předčasný porod s druhou dcerou, ale to bylo v tak rychlém sledu, že jsem neměla čas se nervovat, co bude. Vše ale dopadlo dobře.

Prožívala jste zjištění současného těhotenství jinak? Z jakého důvodu?

Prožívám ho stejně jako předchozí těhotenství. Moc si ho užívám.

Měla jste v předchozím těhotenství nějaké zdravotní obtíže, které Vás trápily?

Nic mě netrápilo a problémy jsem neměla.

Máte pocit, že je pro Vás tohle těhotenství psychicky náročnější?

Nevidím žádné zásadní rozdíly. Jiné je proto, že mám jiného muže.

Změnila jste při potvrzení současného těhotenství dosavadní stravovací návyky a životní styl? A jak tomu bylo v minulých těhotenstvích?

Stravu jsem nijak neměnila, ale snažím se přestat kouřit. Úplně přestat mi nejde, ale snížila jsem počet. Teď kouřím tak 5-6 cigaret za den. Dříve jsem kouřila cca 20 cigaret, takže si myslím, že dobrý. V předchozích těhotenstvích jsem jedla i kouřila normálně bez omezení.

Navštěvovala jste v přechozích těhotenstvích nebo v tomhle předporodní kurzy?

Ne, nenavštěvuji a nikdy jsem je nenavštěvovala. Přijdou mi zbytečné.

Máte v okolí nějakou těhotnou kamarádku, která čeká miminko po 35. roce?

Ano mám, dvě. Jedné je 35 let, ta je v prvním trimestru a druhé 37 let a ta je zhruba stejný týden jako já.

Měla jste těhotné kamarádky i v předchozích těhotenstvích?

Ano, vždycky se mnou někdo stejně starý čekal.

Je pro Vás tohle těhotenství psychicky náročnější než ty předchozí?

Občas díky manželovi, ano. Má toho přečteného víc než já a neustále se o mě strachuje.

Souhrn

Těhotné P.B. je 37 let, má dokončené základní vzdělání, pracuje jako uklízečka a nyní je podruhé vdaná. Bydlí v bytě se svými dcerami a manželem. Těhotná je po sedmé, z toho 2x podstoupila UPT na vlastní přání, 2x potratila a má dvě dcery z přechozího manželství. Pro těhotenství se rozhodli především z důvodu, že její současný manžel (38 let) si dítě přál a své nemá, chtěli tedy mít společného potomka. Těhotenství manželé plánovali, P.B. vysadila před půl rokem HAK a následně spontánně otěhotněla.

Na těhotenství se cítí být připravena a svůj věk nepovažuje za překážku. Těhotenství probíhá zatím bez výraznějších zdravotních obtíží a P.B. se cítí být spokojená. Jediné čeho se obává je porod v nižším týdnu těhotenství. Její obavy pramení z předchozího porodu druhé dcery ve 32. týdnu těhotenství.

P.B. se domnívá, že vyšší věk matky na těhotenství nic zásadního nemění, rizika a komplikace s tím spojené si nepřipouští. Přesto si je vědoma častějších potratů ve vyšším věku. Informace cíleně nevyhledává. P.B. podstoupila screening v prvním trimestru, který byl v pořádku. Všechna ostatní vyšetření byla také v normě a nepocíťovala je jako náročné na psychiku.

V současném těhotenství nezměnila stravovací návyky, ale udává, že omezila kouření pouze na 5-6 cigaret/ den. Předporodní kurzy považuje za zbytečné a nikdy je nenavštěvovala. Obecně nepocíťuje žádné rozdíly v těhotenství nynějším oproti předchozím těhotenstvím v nižším věku a za změnu považuje pouze jiného manžela.

Rozhovor č. 3 s klientkou M.K.

Rozhovor proběhl 25.2.2013 v odpoledních hodinách na oddělení šestinedělí v Mulačově nemocnici, s.r.o. . Na pokoji byla respondentka sama s novorozencem. Respondentku jsem poznala při příjmu na porodní sál v Mulačově nemocnici. Těhotnou ženu jsem oslovila a domluvily jsme se na uskutečnění rozhovoru na oddělení šestinedělí, kam jsem ji po porodu docházela navštěvovat.

Anamnéza:

V. gravida, III. para

Rodinná: matka ca močového měchýře v r. 2009, babička zemřela v 66 letech na ca žaludku, otec zemřel v 60 letech na plicní emfyzém (kuřák)

Osobní: od r. 2011 zjištěn Wolffův-Parkinsonův-Whiteův (WPW sy)- v evidenci kardiologa, Th.: Clexane 0,6

Gynekologická a porodnická:

HAK užívala 13 let, vysadila v r. 2010, pravidelný menstruační cyklus 28/5, od 12 let

P1 : 1993/V, syn, 2400 g/ 48 cm, PPH spont., III.d.p. spont., šestinedělí afebrilní, nekojila, dg. srostlý mlékovod- zastavena laktace, zdrav, Mulačova nemocnice, s.r.o.

P2 : 1999/XI, dcera, 3200 g/ 50 cm, PPH, s.c. pro nepostupující porod, šestinedělí afebrilní, dg. srostlý mlékovod- zastavena laktace, zdráva, Mulačova nemocnice, s.r.o.

p1: 2011/IV missed ab., 8. týden, RCUI, afeb., Mulačova nemocnice, s.r.o.

p2: 2011/IX missed ab., 8. týden, RCUI, afeb., Mulačova nemocnice, s.r.o.

Nynější těhotenství: 40+3 t.g.

- rizikové těhotenství z důvodu věku těhotné
- poloha plodu KP řitní
- indikována k vyšetření trombofilních mutací z důvodu anamnesticky opak. spontánních abortů. Zjištěna mutace v genu A 1298C v genu pro MTHFR v heterozygotním stavu, mutace 20210 a v genu pro protrombin - heterozyg. stav, Leidská mutace v genu pro faktor V– v evidenci hematologické poradny
- I. trimestrální screening: n.n.
- AMC z věkové indikace: 46, XX n.n.

- OGTT: GDM- Th: dieta
- prenatalní USG na VVV: 4x n.n.
- ECHO srdce plodu: neprovedeno
- léky v graviditě: Magnosolv, Sorbifer, Femibion, Clexane 0,4- 0,6
- těhotenství ukončeno operativně v gr. 40+3.: Dg. stav po s.c., KP řitní
 - 2013/II, dcera, 2930 g/ 48 cm, KP řitní, s.c., šestinedělí prozatím afebrilní, zastavena laktace pro dg. srostlý mlékovod, zdravá, Mulačova nemocnice, s.r.o.

Sociální anamnéza: žena bydlí se svým mužem, synem a dcerou v rodinném domě, socioekonomické podmínky vyhovují, finance pro rodinu zajišťuje manžel

DEMOGRAFICKÉ A IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY:

Kolik Vám je let?

41 let.

Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Jsem vyučená.

Kde jste pracovala?

Pracovala jsem jako dělnice ve firmě Pharmos a.s. Ostrava, ale od začátku těhotenství jsem doma.

Z jakého důvodu jste byla zneschopněna?

Ve firmě dělám na příjmu a zvedáme těžké balíky, tak jsem nechtěla nic riskovat a doporučil mi to i lékař. Od zjištění tohoto těhotenství jsem si požádala o neschopenku a byla jsem na rizikovém doma s dětma.

Jste svobodná nebo vdaná?

Jsem podruhé vdaná. S prvním manželem mám staršího syna a mladší dceru. Potom jsme se rozvedli, nějaký čas jsem byla sama, než jsem poznala nynějšího manžela. S tím jsem už 9 let.

Kolik let je manželovi?

Je stejně starý jako já. Takže 41 let.

Po kolikáté jste těhotná?

Těhotná jsem po páté. Nejdříve jsem měla s prvním manželem syna, tomu je teď 20 let, potom jsem bez potíží otěhotněla s dcerou, té je 13 let a potom jsem se s tátou dětí rozvedla. Poznala jsem nynějšího manžela, ale zpočátku jsme měli složitý začátek. Měli jsme hodně starostí, takže jsme o dítěti nepřemýšleli. Manžel měl složitý rozvod, s bývalou ženou neměli dobré vztahy a rozváděli se 3 roky. Neměli jsme kde bydlet, takže jsme hledali nové bydlení. Když se vše urovnalo, tak jsme se vzali a začali přemýšlet o miminku.

SOUČASNÉ TĚHOTENSTVÍ:

Co Vás vedlo k rozhodnutí otěhotnět v pozdějším věku?

Určitě nová rodina. Chtěli jsme mít s manželem ještě jedno svoje dítě. Manžel to má s bývalou ženou těžké, dítě, co spolu mají, mu půjčuje jen 1 za 14 dní a to striktně, takže si ho moc neužije.

Jak vaše rozhodnutí otěhotnět ve 41 letech vnímaly vaše dospívající děti?

Oni jsou zlatý. Hlavně už jsou obě samostatné. Vždycky při mně stály, mluvila jsem s nimi o tom, že bych chtěla otěhotnět a řekly, že jim to vadit nebude a že mi se vším pomůžou. A když jsem po těch potratech konečně otěhotněla, hrozně moc mi pomohly. Byla jsem s nimi převážně doma a jsou pro mě vším.

Plánovali jste nynější těhotenství?

My jsme se vlastně po urovnání všech záležitostí rozhodli, že bychom chtěli miminko a hned se o něj začali pokoušet. V roce 2010 jsem vysadila antikoncepci a snažili jsme se o miminko. Hned jsem otěhotněla, ale v 8. týdnu jsem začala špinit, tak jsem šla na kontrolu k doktoru a ten mi řekl, že jsem potratila. Byla jsem z toho špatná, ale miminko jsme moc chtěli a důvod potratu se nevěděl. Prý se to někdy stává, kórt ve vyšším věku. Tak jsme počkali tak 3 měsíce a znova jsem otěhotněla. Vše bylo fajn, ale v 8. týdnu jsem opět potratila. Zjistilo se to, když jsem byla na běžné kontrole a miminku netlouklo srdce,

musela jsem zase na vyčištění a protože to už i doktor řekl, že to musí mít nějaký důvod, a hlavně to bylo oboje s novým manželem, začaly se hledat příčiny, proč potracím.

Víte, jaké vyšetření jste vzhledem k opakovaným potratům podstoupila?

U pana doktora na gynekologii mi byla odebraná krev a posílala se na vyšetření. Tam mi našli ty mutace MTHFR a Leidenskou. Potom jsem byla ještě na interním vyšetření a tam se mi ptali, jestli jsem měla nějaké obtíže se srdcem, tak jsem říkala, že ne, ale oni mi našli ten WPW syndrom, který je prý vrozený.

Víte, co znamenají zjištěné mutace a WPW syndrom?

Vím, že je to celkem běžné a je to spojené s krevní srážlivostí. Byl to důvod mých potratů. Na jednu stranu jsme nadšená nebyla, ale vlastně jsem byla ráda, že se na něco přišlo a že se s tím dalo něco dělat. A WPW syndrom, já teď nevím ten přesný název, ale je to vrozená vada na srdci a musela jsem od té doby chodit na kontroly ke kardiologovi.

Pokoušeli jste se po zjištění WPW syndromu a genetických mutací znova o těhotenství?

Ano, miminko jsme chtěli, a když jsme znali důvod potratů a věděli všechny pro i proti, převážilo to pro. My jsme byli s manželem rozhodnutí hned, ale pokoušet jsme se začali až po tom, co jsem se informovala u kardiologa a gynekologického lékaře, jestli je to vhodné. Ti mi sdělili možná rizika, ale od těhotenství mě neodrazovali. Začala jsem tedy brát ještě před otěhotněním kyselinu listovou a měla jsem půl roku od toho 2. potratu počkat, což jsem dodržela. Vše jsem dodržovala velmi pečlivě.

Po jak dlouhé době jste otěhotněla s Michalkou (nynějším těhotenství ve 41 letech)?

Jelikož jsem dodržovala všechna doporučení, tak jsme se začali o miminko snažit vážně až po půl roce od těch zjištěných mutací a WPW syndromu. Dodržovala jsem všechna doporučení a otěhotněla jsem spontánně hned po měsíci od začátku snažení, takže to bylo přesně 6 měsíců od testů.

Cítila jste se psychicky připravená na změny, které v těhotenství nastanou?

Ano, cítila. Hrozně jsem se na miminko těšila! Michalka byla vymodlená a přesto, že jsem věděla rizika, neodradilo mi to. Bylo mi jasné, že první 3 měsíce musím být opatrná a trpělivá a budu se bát, aby bylo miminko zdravé.

Měla jste v průběhu těhotenství nějaké zdravotní obtíže?

Akorát jsem měla těhotenskou cukrovku.

Měla už jste někdy v předchozím těhotenství těhotenskou cukrovku?

Neměla, až nyní.

Věděla jste, co těhotenská cukrovka obnáší?

Původně moc ne. Zjišťovala jsem si to na internetu a hodně jsem se hlídala. Až moc. Veškeré jídlo jsem si vážila na gramy a měřila si glykémii, ale pan doktor na diabetologii mi potom říkal, že bych to měla dodržovat s rozumem a nepřehánět to, protože jsem měla cukr až moc nízký.

Měla jste v nynějším těhotenství nějaké psychické obtíže?

Naopak moc jsem si to užívala! Akorát jsem měla samozřejmě strach, abych zpočátku nepotratila, ale první trimestr bylo vše v pořádku. Celé těhotenství bylo úžasné, jediné, co mi trochu mrzelo, bylo, že to se mnou nesdílela i moje maminka. Té je 60 let a měla na to jiný názor. Rozmlouvala mi, že bych mohla být už babičkou a na stará kolena ještě matkou a těch rizik, ale když skončil první trimestr a vše dopadlo dobře, tak trochu změnila názor a pak už mi to přála.

Jak prospívalo miminko v průběhu těhotenství, bylo vše v pořádku?

Miminko prospívalo dobře, ale bylo od 20. týdne koncem pánevním.

Ovlivnila jiná poloha plodu vaše jednání, chování?

Neovlivnilo, ale zdálo se mi, že mi nějaká kulovitá část tlačí pod žebry a bylo to divné, až potom doktoři zjistili, že je koncem pánevním. Takže jsem si pak uvědomila, že jsem miminku hrála na takovou hračku celou dobu u zadečku.

PRENATÁLNÍ PÉČE:

Věděla jste, jaká vyšetření se provádějí v ČR v rámci prenatální diagnostiky?

Zhruba jsem to věděla z předchozích těhotenství. Nějaké odběry krve a ultrazvuky.

Byl Vám nabídnut screening v I. trimestru zaměřený na diagnostiku VVV?

Postoupila jste jej?

Ano, nabídl mi ho můj gynekolog a podstoupila jsem ho.

Jak jste se cítila, když jste šla na screening v I. trimestru? Jaké byly Vaše pocity při vyšetření a po něm?

Když jsem šla, tak jsem se nebála, vyšetření mi nevadilo, pan doktor mi vše vysvětlil. Po vyšetření jsem byla samozřejmě ve stresu, jak dopadnou výsledky krve. Hodně jsem se jich obávala a zároveň jsem věděla, že když to bude dobré, hodně mi to psychicky uleví a už si budu těhotenství spíše užívat než se strachovat.

Víte, jak dopadl?

Ano, vím. Vše bylo v pořádku, ale poslali mi na aminocentézu kvůli mému věku.

Máte povědomí o tom, co se pomocí aminocentézy zjišťuje a o čem výsledky vypovídají?

Zjišťují tím, jestli nemá dítě nějaké vrozené vady a to zjistí z odběru té vody, ve které miminko je.

Víte, že je aminocentéza jen doporučení lékařů a že ji nemusíte podstoupit?

Pan doktor mi to řekl, ale ani jsem neuvažovala o tom, že bych to nepodstoupila.

Byl pro vás psychicky zatěžující odběr plodové vody?

Vlastně byl. Zákroku samotného jsem se až tak nebála, ale bála jsem se výsledků. Takže těch pár dní bylo docela stresujících a byla jsem na děti doma občas nepříjemná, ale ony mi moc pomáhaly a snažily se mě rozptylovat.

Čeho jste se při prenatální diagnostice v těhotenství obávala nejvíce?

Bála jsem se, že by mohlo mít miminko vadu po manželovi. Manžel měl na páteři vrozený výpotek, nebyla to nějaká těžká vada, ale bylo to vrozené a muselo se to myslím punktovat. Nebo jsem se bála, že může být postižené nějakou závažnější vrozenou vadou.

Nechala byste si dítě, kdyby mělo nějakou vrozenou vadu, která by ovlivnila jeho i váš budoucí život?

Řeknu to, jak to je, nenechala. Myslím, že ve svém věku už bych to nezvládala ani psychicky ani fyzicky a dvě zdravé děti už mám.

ZNALOST RIZIK A KOMPLIKACÍ VE VYŠŠÍM VĚKU:

Jak nahlížíte na ženy, které chtějí mít dítě v pozdějším věku?

Myslím si, že pokud je těhotenství chtěné a žena má zjištěné, co se může stát a s tím do toho jde, tak je vhodné.

Byla jste si při plánování těhotenství vědoma, že těhotenství po 35. roce se označuje bez ohledu na zdravotní stav matky a miminka za rizikové?

Toho jsem si byla vědoma a upozorňoval mi na to i doktor. Hlavně bych měla stejně rizikové vzhledem k mutacím a srdeční vadě.

Věděla jste, co může být důvodem, proč je těhotenství označeno za rizikové?

Ano, je to z důvodu rizik spojených s věkem.

Dokážete vyjmenovat nějaká možná rizika těhotenství v pozdějším věku, o kterých jste se dozvěděla nebo byla někým informována?

Vím, že je zvýšené riziko Downova syndromu, celkově vrozených vad a častější potraty. Někdy jsou i komplikace s těhotenskou cukrovkou, kterou jsem nakonec měla.

Tato rizika Vám byly známa již před těhotenstvím?

Věděla jsem o nich už dříve a často jsem se o nich s gynekologem bavila, ale ujistil mě, že to nic neznamená. Kdybych věděla, že mé onemocnění může ovlivnit dítě, těhotenství bych si rozmyslela.

Od koho jste se prvně o možných rizicích dozvěděla?

Věděla jsem je už před těma potratama a informace jsem cíleně vyhledávala. Informovala jsem se u kardiologa i gynekologa.

Byly pro Vás srozumitelné a pochopitelné informace, které Vám sdělili doktoři?

Ano, oba doktoři mi věnovali hodně času a srozumitelně se mi to snažili vysvětlit, myslím, že jsem to pochopila správně.

Vyhledávala jste informace u jiných zdrojů? Myslím tím v médiích, na internetu, v knihách, u jiného odborného personálu než lékařů aj.

Nevyhledávala, byla jsem se vším seznámena od doktorů a těm jsem věřila. Děti, hlavně dcera občas našla nějaký aktuální článek na internetu, tak mi to dala přečíst, ale jinak jsem je sama nikde nevyhledávala.

Hovořila jste o rizicích s nějakou porodní asistentkou?

S porodní asistentkou jsem se setkávala jen na kontrolách u gynekologického lékaře a to jsme si povídaly, ale tak všeobecně. O rizicích jsem s ní nemluvila.

O jakých rizicích jste byla informována od doktorů?

Kardiolog mi řekl, že musím počítat v těhotenství s tím, že mám Leidenskou mutaci a budu si muset aplikovat od začátku těhotenství Clexane, dále, že mám srdeční vadu a hlavně, že nemusí být vše stejné, jako když jsem byla mladší. Ale vše lze dnes lehce ohlídat. Gynekolog mi zase sdělil o zvýšených rizicích potratu, ale že vzhledem k brzkému podchycení těhotenství a aplikaci Clexanu se rizika sníží. Dále mi naordinoval před otěhotněním kyselinu listovou na snížení rizik vrozených vývojových vad s tou neurální trubicí. Toho jsem se taky obávala vzhledem k té manželovo vadě. Kdyby mi doktoři řekli předem, že mé dítě bude mít nějakou vadu, nepokoušela bych se otěhotnět.

SROVNÁNÍ NYNĚJŠÍHO TĚHOTENSTVÍ S PŘEDCHOZÍM, PŘED 35. ROKEM:

Byly plánované Vaše těhotenství se synem i s dcerou?

Ano, tehdy jsme je plánovali.

Otěhotněla jste i v předchozím těhotenství spontánně?

S oběma, ano.

Jaké pocity jste měla při zjištění předchozích těhotenství a jak jste se cítila v průběhu těhotenství?

Protože byly obě děti plánované, měla jsem z těhotenství vždy radost. Tehdy jsem moc o rizicích nevěděla a nedalo se to nijak dohledat, takže bych řekla, že jsem byla klidnější.

Měla jste nějaké zdravotní nebo psychické trable při těhotenství se synem, dcerou?

Nevzpomínám si, že bych měla nějaké obtíže.

Prožívala jste zjištění současného těhotenství jinak? Z jakého důvodu?

Ze všech dětí mám radost, ale vzhledem k potížím před současným otěhotněním jsem měla hroznou radost, že se to povedlo. Byl to báječný pocit.

Měla jste v předchozích těhotenstvích nějaké zdravotní obtíže, které Vás trápily?

Myslím, že ne. Zracela jsem zpočátku u všech těhotenství, takže bych to za nějakou zdravotní obtíž nepovažovala. Až následně s kojením, které mi zastavili, protože mám srostlý mlékovod.

Kdy jste se o srostlém mlékovodu dozvěděla a jak jste se cítila, když jste věděla, že nebudete moci kojit?

Srostlý mlékovod zjistili při prvním těhotenství. Zpočátku mi to hodně mrzelo, ale vzhledem k tomu, že jsem to nemohla ovlivnit, tak jsem se s tím smířila a teď už mi to ani nepřijde.

Došlo k nějakým změnám v nynějším těhotenství ve vašem životním stylu?

Nějaké velké změny ne. Jen jsem se snažila šetřit, abych netahala nic těžkého, a občas jsem si u televize zacvičila, to jsem v jiném těhotenství nedělala.

Změnila jste při potvrzení těhotenství dosavadní stravovací návyky?

Ano, hodně jsem změnila stravu. Začala jsem jíst více zeleniny, celozrnného pečiva a hlídala jsem se, abych nesnědla něco špatného nebo moc cukrů.

Měnila jste své stravovací návyky i v předešlých těhotenstvích?

Neměnila, v té době to bylo spíše naopak: „Když máš chuť, dej si, vždyť jíš za dva.“ Takže jsem vážně hodně jedla a bylo mi jedno co, samozřejmě jsem se nepřejídala, ale nehlídala jsem si jídelníček.

Navštěvovala jste někdy v těhotenství předporodní kurzy?

V žádném těhotenství jsem nechodila na předporodní kurzy.

Proč jste se rozhodla nenavštěvovat kurzy?

Veškeré informace, co pro mě byly důležité, jsem měla a snad si ještě vše pamatuji z dřívějších těhotenství.

Máte v okolí nějakou těhotnou kamarádku, která čeká miminko po 35. roce?

Právě, že nemám a všechny těhotné v okolí jsou mladší. Všichni známí se tedy soustředili na mě a odrazovali mi od těhotenství, že se mi diví, že už mám svůj klid a proč to měnit.

V předchozích těhotenstvích se synem a dcerou jste měla nějaké těhotné kamarádky stejného věku, se kterými jste své těhotenství prožívala?

Ano, dřív měli všichni většinou děti ve stejných letech, takže jsem pokaždé někoho znala. Dokonce má nejlepší kamarádka rodila stejně jako já se synem a ležely jsme spolu potom v porodnici, takže to bylo fajn.

Jak se změnilo vaše vnímání, když porovnáme těhotenství v nižším věku s nynějším těhotenstvím? V čem bylo jiné?

Těšila jsem se ze všech těhotenství, ale tohle jsem prožívala nejintenzivněji. Byla jsem vyrovnaná, měla jsem svůj klid a rozvahu, vím, jak vše chodí a co bude následovat. Měla jsem větší strach z testů na vrozené vady vzhledem k věku a manželovo vadě, takže jsem měla více obav než v předchozích těhotenstvích. To jsem sice měla strach, ale to bylo jediné, jinak jsem si tohle těhotenství hrozně užívala.

Souhrn

Respondentce M.K. je 41 let, je vyučená a pracovala jako dělnice. Od počátku těhotenství si z důvodu náročné práce zažádala o neschopenku. M.K. je podruhé vdaná a se svým prvním manželem má dvacetiletého syna a třináctiletou dceru. Následně se s otcem dětí rozvedla a provdala se za současného manžela shodného věku, který má z předchozího vztahu jedno dítě. Se svým manželem a dětmi bydlí v rodinném domě. K plánování těhotenství ve vyšším věku je vedla touha po společném dítěti. První dva pokusy skončily potratem v časném stádiu těhotenství. Následně byl ženě Dg. Leidenská mutace, mutace v genu pro MTHFR a WPW syndrom. Toto zjištění bylo ženě vysvětleno jako důvod potratů a bylo jí doporučeno počkat s otěhotněním min. 6 měsíců. Žena se před nynějším otěhotněním dostatečně informovala u svého kardiologa a gynekologa, jestli je pro ni bezpečné otěhotnět ve vyšším věku a veškerá doporučení od lékařů dodržovala. Otěhotněla po měsíci snažení.

Na těhotenství se těšila a cítila se psychicky připravená, ale o zdraví svého dítěte se bála celé těhotenství. Její dospělé děti jí byly v každé situaci oporou, oproti její matce, která s těhotenstvím zprvu nesouhlasila. V těhotenství žena podstoupila screening v I. trimestru a přes jeho normální nález absolvovala i doporučenou AMC. Čekání na výsledky AMC označuje za stresovou situaci, kterou ventilovala nepříjemným chováním vůči svým dětem. AMC byla normálního nálezu, při riziku VVV u plodu by si žena dítě nenechala. Následně jí byl Dg. GDM. Informace o GDM získala od lékaře, ale hledala i na internetu a léčebnou dietu pečlivě dodržovala. Od 20. týdne byla zjištěna poloha plodu koncem pánevním, situaci jí doktor vysvětlil a nijak to neovlivnilo její psychický stav. Předporodní kurzy žena nenavštěvovala a veškeré potřebné informace získala od lékařů.

Udává, že rizik souvisejících s jejím věkem si byla vědoma a jako příklad uvedla znalost o zvýšeném riziku Downova syndromu, celkově VVV, častějších potratech a častějším výskytu GDM.

Současné těhotenství prožívala oproti předchozím těhotenstvím intenzivněji a cítila se být vyrovnaná a spokojená. Zprvu měla větší strach o své dítě vzhledem k prodělaným potratům a zjištěné mutaci, WPW syndromu a VVV u manžela. Také oproti předchozím těhotenstvím změnila své stravovací návyky a následně dodržovala diabetickou dietu a občas si zacvičila.

Rozhovor č. 4 s klientkou L.L.

Rozhovor proběhl dne 8.3.2013 v odpoledních hodinách na oddělení šestinedělí v Mulačově nemocnici, s.r.o. . Respondentka byla sama s novorozencem na jednolůžkovém pokoji. S L.L. jsem se prvně setkala při preventivní hospitalizaci v 38.týdnu těhotenství, kdy byla přijata do Mulačovy nemocnice, s.r.o. pro hypertenzi v graviditě, následně byla propuštěna a 4.3.2013 jsem L.L. přijímala na porodní sál Mulačovy nemocnice, s.r.o. pro opakovanou hypertenzi a opakovaný suspektní CTG záznam. S respondentkou jsem si vytvořila již během předchozí hospitalizace vřelý vztah a byla ochotna poskytnout mi rozhovor. Klientka porodila 5.3.2013 ve 3.05 hod akutním císařským řezem zdravého syna.

Anamnéza:

II. gravida, II. para

Rodinná: otec- hypertenze na Th, ca prostaty, ca ledvin, babička- ca žaludku,

bratr vrozená srdeční vada (VCC) - zemřel po porodu, matky strýc- VCC po operaci,

zemřel v 53 letech na srdeční komplikace

Osobní: r. 2012 Dg. hyperfunkce štítné žlázy, nyní bez Th. – v evidenci endokrinologa

r. 2013 ve 12 t.g. zjištěno ASC- H, pouze v endu, Th.: kyretáž děl. hrdla, Stod

Gynekologická a porodnická:

HAK užívala 6 let, následně IUD odstraněno r. 2012,

pravidelný menstruační cyklus 28/5, od 12 let

P1 : 1994/IV, dcera, 3750 g/ 53 cm, PPH spont., III.d.p. spont., šestinedělí afebrilní, kojila 3 měsíce, nemocnice Stod

Nynější těhotenství: 38+0 t.g.

- rizikové těhotenství z důvodu věku těhotné, VCC v RA, hypertenze v graviditě
- PPH plodu
- I. trimestrální screening: n.n.
- AMC z věkové indikace a VCC v RA: závěr: riziko VCC je kolem 3 %, celkové riziko vzhledem k věku těhotné je kolem 5- 7 %
- OGTT: v normě
- GBS pozitivní
- prenatální USG na VVV: 4x n.n.

- ECHO srdce plodu: bpn
 - léky v graviditě: Ascorutin, Magnosolv, Dopegyt, Utrogestan
 - hospitalizace:
- 29.12.2012- 7.1.2013 krvácení, České Budějovice
- 8.1.- 15.1.2013 sanquinatio un gr. 29+6, inkompetence děl. hrdla, cervikální infekce ureaplazma, chorobné děl. hrdlo
- 26.1.- 30.1.2013 sanquinatio un gr. 33+2, PPKP nožky, dysplasie cervicis uteri, inkompetence děl. hrdla
- 13.2.- 15.2.2013 elevace TK ve 35. t.g., Th: Dopegyt
- 27.2.- 28.2.2013 hypertenze v gr. ve 38.g., PPH, chabý VB
- 4.3.2013 preven. hosp. ve 38+0 t.g. pro hypertenzi v gr. a opak. susp. CTG záznam
- těhotenství ukončeno operativně v gr. 38+1.: Dg.: hypertenze in gr., patolog. CTG záznam
 - 2013/III, syn, 2700 g/ 48 cm, PPH, s.c. v 38+1 pro patolog. CTG záznam a hypertenzi v gr., šestinedělí prozatím afebrilní, zdrav, Mulačova nemocnice, s.r.o.

Sociální anamnéza: žena bydlí se svým partnerem a dcerou v městském bytě, socioekonomické podmínky vyhovují, finance pro rodinu zajišťuje nyní partner

DEMOGRAFICKÉ A IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY:

Kolik Vám je let?

38 let.

Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Střední s maturitou.

Jaké je vaše původní zaměstnání?

Dělám sestřičku ve Stodské nemocnici.

Od kdy jste byla pracovní neschopnosti?

V podstatě od začátku tohoto těhotenství, to znamená tak od 12. týdne. To mi vyšla špatná cytologie a pak jsem byla na kyretáži a od té doby jsem měla samé obtíže. Myslím si, že tím mi začaly všechny komplikace.

Jste svobodná nebo vdaná?

Jsem rozvedená.

Tohle bude Vaše 1. dítě s novým partnerem?

Ano první a jeho také, dceru mám z minulého manželství.

Kolik let je Vašemu partnerovi?

Je o 4 roky starší než já, takže 42 let.

Je to tedy Vaše druhé těhotenství?

Ano, doma mám 18ti letou dceru.

SOUČASNÉ TĚHOTENSTVÍ:**Co Vás vedlo k rozhodnutí otěhotnět v pozdějším věku?**

Dalšímu dítěti jsem se nebránila a přítel chtěl miminko.

Jak vnímala rozhodnutí otěhotnět Vaše dcera? Hovořila jste s ní o tom?

Ano, mluvila jsem o tom s ní, než jsme se o miminko začali snažit. V ničem nám nebránila a podporovala mě.

Nynější těhotenství jste tedy plánovali? Jak?

Ano plánovali, nechala jsem si odstranit tělísko a pak jsme tomu nechali volný průběh. Ani jsme se moc nesnažili, protože mi bylo řečeno, že otěhotnět po tělisku bude trvat déle.

Jak dlouho Vám trvalo, než jste otěhotněla od odstranění tělíska?

Otěhotněla jsem asi 5 měsíců po odstranění tělíska, což mi docela překvapilo. Zjistila jsem to na dovolené. Bylo mi zle, tak jsem si zkusila koupit test a byl pozitivní. Potom jsem to

volala svému gynekologovi a on mi objednal až po návratu z dovolené, na 8. týden, to už jsou prý hladiny hormonů zvýšené a je to jisté.

Jaké jste měla pocity, když jste zjistila, že jste v jiném stavu?

Krásné, byli jsme s manželem hrozně šťastní, ale pořád to nebylo jisté.

Byla jste si před otěhotněním vědoma, možných psychických a fyzických změn, které v těhotenství nastanou?

Myslím, že ano. Byla jsem si vědoma, co obnáší těhotenství, pamatuju si to ještě z předchozího těhotenství, ale v té době jsem ještě netušila, jaké budu mít obtíže potom.

Měla jste v průběhu těhotenství nějaké zdravotní obtíže?

No, těch bylo. Ano, měla jsem potíže od samého začátku doted'.

Mohla byste mi své obtíže blíže přiblížit?

Začalo to už při první kontrole v 8. týdnu těhotenství, kdy mi odebrali cytologii, ta vyšla špatná. Dost mě to zaskočilo a byla jsem z toho ve špatném rozpoložení. Pan primář mi původně řekl, že udělá kontrolní cytologii a následně mi v podstatě oznámil, že rovnou provede kyretáž a že je to potřeba. Byla jsem z toho vyjukaná a na vše jsem samozřejmě kývla. Ještě ten den mi byla kyretáž provedena a od té doby jsem měla potíže. To bylo hned po Vánocích. Následně jsem začala krvácet, tak jsem jela do Stodské nemocnice na kontrolu a tam si mě nechali. Nevěděli důvod a báli se, jestli to není z placenty. Druhý den jsem byla pro změnu otevřená na půl prstu, takže mě chtěli poslat do FN (v Plzni), ale tam měli plno, takže mě vrtulníkem převáželi do Českých Budějovic. Tam mě přijali, ale neležela jsem tam dlouho, nález na hrdle se neměnil a krvácení ustalo, takže mi dali Gynipral a potom mi ho vysadili a pustili mě domů. Jeden den jsem byla doma a začala jsem zase krvácet, tak jsem chtěla jet rovnou do FN do Plzně, ale záchranka pro mě nepřijela, tak mě přítel odvezl do Stoda, z toho mě přeložili do FN, kde jsem ležela týden, měla jsem předepsaný Ascorutin, klidový režim, maturovali plíce mimčů (ve 34. týdnu gr.) a potom mě opět pustili. 10 dnů jsem byla doma a začala jsem znova krvácet a tak to bylo pořád. Vzhledem k tomu, že nemám ráda špitály jako pacient, bylo to pro mě hodně psychicky náročné, probřečela jsem hodně nocí. Aby toho nebylo málo, tak jsem potom

začala mít problémy s tlakem, to zjistil můj gynekolog. Odeslal mě znovu do Stodské nemocnice a tam mi kontrolovali ledviny. Propustili mě s tím, že si mám tlak sama měřit a následně jsem jela do Mulačovy nemocnice, kde mě pro zvýšený tlak hospitalizovali. Primářovi se moc nelíbily moje ozvy, ale ještě mě propustili. 4.3.2013 jsem byla na kontrole tady v ambulanci (v Mulačově nemocnici, s.r.o.) a rovnou mě kvůli tlaku a špatnému záznamu hospitalizovali. Ozvy mi pravidelně kontrolovali, ale ten záznam v noci se doktorům nelíbil, takže jsem musela na akutní císařský řez.

Vzhledem k průběhu Vašeho těhotenství, jaké jste měla pocity a jaký byl váš psychický stav?

Jak už jste řekla, vzhledem k průběhu to bylo hrozné. Nemám ráda nemocnice a nenapadlo by mi, že v nich strávím celé těhotenství. Původně jsem chtěla dlouho chodit do práce. Bylo to pro mě hrozné, často jsem brečela a hrozně jsem se bála, jak to vše dopadne. Kdybych to věděla předem, nechtěla bych tohle podstoupit a asi bych těhotenství vzdala. Hodně mě pomáhala dcera a přítel.

Měla jste pocit, že se Vaše zdravotní potíže zhoršovaly ke konci těhotenství?

Ano, od té kyretáže to bylo pořád horší a vždy se něco přidalo. Skončilo to tím špatným záznamem a císařským řezem.

Jak byste zhodnotila přístup odborného zdravotnického personálu v jednotlivých nemocnicích?

Nikde se mi nestalo, že by na mě byl někdo nepřijemný. Sestřičky mi po psychické stránce moc pomohly. Informace mi většinou sdělovali všude doktoři, a když jsem nevěděla, ptala jsem se sestřiček a ty mi vždy mé otázky zodpověděly. Přístup byl dobrý, ale nemám ráda prostředí nemocnice a měla jsem strach o miminko, to asi žádné informace nepomůžou.

Navštěvovala Vás rodina v nemocnici?

Ano, to mi drželo nejvíce nad vodou. Nejhorší byl ten převoz do Budějovic, to byly návštěvy komplikované vzdáleností.

Jaké období pro Vás bylo v těhotenství nejtěžší a proč?

Jednak to první krvácení, to jsem se lekla a potom hlavně ty České Budějovice, protože mi dávali injekce na dozrání plic malému, to jsem si uvědomila, že předpokládají předčasný porod a hodně jsem se obávala, co bude dál. Na druhou stranu jsem byla klidnější, protože jsem věděla, že kdyby něco, už bude mít dozrálé plíce a lepší prognózu.

Jak jste se cítila při přijetí 4.3.2013 na porodní sál z důvodu nefyziologických srdečních ozev miminka?

To jsem se hodně bála, vždyť jste mě viděla, v jakém jsem byla rozpoložení. Už bylo těch hospitalizací moc, ale tentokrát to bylo kvůli ozvám, takže hlavně strach o malého. Plakala jsem i večer, a když jsem šla na kontrolní záznam, rozhodlo se o ukončení císařským řezem. Nebylo to sice to, co bych si přála, ale už jsem svým způsobem byla ráda, že to vše skončí.

Takže jste císařský řez vnímala kladně?

Vlastně ano, po tom všem, co jsem si prošla, to bylo vysvobození.

INFORMOVANOST O RIZICÍCH A KOMPLIKACÍCH:

Jak nahlížíte na těhotenství ve vyšším věku?

Před těhotenstvím jsem ho jako vhodné považovala, nyní o tom pochybuji.

Věděla jste před otěhotněním, že těhotenství ve věku nad 35 let je označováno za rizikové?

Byla jsem si toho před otěhotněním vědoma.

Myslíte si, že označení těhotenství za rizikové je na místě?

Vzhledem k možným komplikacím, které vím nyní z vlastní zkušenosti, ano.

Dokázala byste vyjmenovat nějaká rizika v těhotenství?

Vím o zvýšeném riziku potratů, Downova syndromu a celkově různých častějších komplikací, ale nechtěla jsem po tom v těhotenství příliš bádát.

O těchto rizicích jste věděla již před otěhotněním?

Ano, věděla.

Od koho jste se o rizicích spojených s vyšším věkem těhotné ženy dozvěděla? (lékař, porodní asistentka, média)

Především od svého gynekologa. Od porodní asistentky mi žádné informace řečeny nebyly a dále jsem potom sama vyhledávala něco málo na internetu, v časopisech a v médiích, ale to už bylo spíše v průběhu těhotenství při konkrétních obtížích.

PRENATÁLNÍ PÉČE:

Věděla jste, jaké vyšetření Vám byla prováděna v rámci prenatální diagnostiky?

Vím, že se nabírá krev v počátku těhotenství na protilátky, krevní skupinu aj. a dále povinné ultrazvuky, test na cukrovku a myslím, že ty náběry byly nakonec dvoje. A ještě výtěr na Streptokoka v pochvě. Ale já těch vyšetření měla tolik, že už to moc nerozlišuju, co je co.

Byl Vám nabídnut screening v I. trimestru zaměřený na diagnostiku VVV? Podstoupila jste jej?

Vzhledem k mému věku mi ho doktor nabídl, tak jsem si ho zaplatila a podstoupila, byl v pořádku. Potom jsem ještě byla na genetice u pana doktora Lošana a tam mi také vyšlo vše dobře.

Jak jste prožívala období, před vyšetřením na VVV? Bylo pro Vás vyšetření nějak náročné? Jak jste se cítila, než Vám byly sděleny výsledky screeningu?

Před vyšetřením jsem měla velké obavy, v té době jsem začala špinit a bála jsem se, aby to s něčím nesouviselo. Snažila jsem se na to moc nemyslet, ale byla u mě i možnost, že by mé dítě mohlo mít srdeční vadu, která se u nás v rodině vyskytla. Vyšetření nebylo vůbec náročné, ale než jsem věděla výsledky, nebyla jsem zrovna klidná.

Podstoupila jste následně doporučenou AMC?

Chtěla jsem se rozhodnout podle výsledků genetiky a toho prvního screeningu. Vše bylo v pořádku, tak jsem se rozhodla, že AMC nepodstoupím.

Proč jste se snažila vyhnout AMC?

Protože je to invazivní výkon a vím, že je tam jisté riziko potratu. Když jsem věděla, že testy jsou v pořádku a jsou dostatečně spolehlivé, nechtěla jsem mimčo tomu riziku vystavovat.

Ve vaší rodinné anamnéze máte uvedený výskyt srdeční vady, neobávala jste se této vady v souvislosti s nynějším těhotenstvím? Ovlivnilo Vás to nějak?

Ano, mamince zemřel můj bratr hned po porodu na vrozenou vývojovou vadu srdce a ještě to měl mamky strýc. Víc než já se obávala asi moje maminka, mě to v rozhodování o plánování dítěte ani v tomhle těhotenství nijak neovlivnilo. Vlastně jsem si to moc nepřipouštěla, ale kdybych věděla, že tam to riziko je, asi by to bylo vše jinak. Ale z toho důvodu jsem potom byla na ECHU srdce mimča a to bylo také v pořádku.

Nechala byste si miminko, kdyby Vám diagnostikovali tuhle nebo jakoukoliv jinou vrozenou vývojovou vadu u plodu?

Myslím, že by to pro mě bylo něco hrozného, rozhodnout se a zanechalo by to následky na mojí psychice, ale jelikož vím, že už se něco takového mamince stalo, vědět to předem, že bude mít moje dítě nějakou vadu, asi bych do toho nešla. Zjistit to v nižším týdnu těhotenství, nejspíše bych si těhotenství nechala ukončit. V tom vyšším týdnu bych asi váhala, ale nevím, zda bych to psychicky zvládla, starost o to dítě, případně smutek ze ztráty. Nikdy bych to nechtěla zažít.

SROVNÁNÍ NYNĚJŠÍHO TĚHOTENSTVÍ S PŘEDCHOZÍM, PŘED 35. ROKEM:

Bylo Vaše první těhotenství plánované?

Ano, bylo.

Otěhotněla jste také v předchozím těhotenství spontánně?

Ano, otěhotněla jsem bez potíží.

Jaké pocity jste měla při zjištění, že čekáte své první dítě a jak jste se cítila v průběhu těhotenství?

Na holčičku jsme se tenkrát moc těšili. Byl to krásný pocit, ale vzhledem k srdeční vadě u mého bratra jsem se bála, aby ji moje dcera také neměla. Dokud jsem to nevěděla na 100%, tak jsem měla strach.

Prožívala jste zjištění současného těhotenství jinak?

S odstupem času to nedokážu objektivně říct, ale myslím, že teď jsem byla více připravená a s novým přítelem to bylo silnější, ale možná mi to tak přijde jen proto, že je to čerstvé.

Měla jste v předchozím těhotenství nějaké zdravotní obtíže nebo jiné obtíže, které Vás trápily?

Předchozí těhotenství jsem také neměla úplně v pořádku, byla jsem od začátku na rizikovém kvůli zvýšenému tlaku a brala jsem celé těhotenství Dopegyt. Malá se potom narodila a měla funkční šelest a docházela jsem s ní na kontroly. Takže jsem o ní měla strach, ale teď už je v pořádku.

Změnila jste při potvrzení těhotenství nějakým způsobem své stravovací návyky?

Stravu jsem nijak neměnila ani v tomhle ani v předchozím těhotenství.

Docházela jste na předporodní kurzy v tomhle nebo minulém těhotenství?

Na kurzy jsem v minulém těhotenství nedocházela. Teď jsem o tom uvažovala, ptala jsem se sestřičky, ale neměla jsem jasné informace a vzhledem k dalším okolnostem v průběhu těhotenství na to nedošlo.

Měla jste při tomhle těhotenství nějaké těhotné kamarádky stejného věku, se kterými jste mohla obtíže probírat?

Neměla. Těhotná byla jenom kolegyně z práce a té je 20 let a neměla jsem možnost se s ní vidat.

A v minulém těhotenství jste měla možnost svěřit se kamarádce nebo jiné blízké osobě, která byla také těhotná ve stejné době?

Ano, chodila jsem na návštěvy ke kamarádce, která byla tehdy také těhotná. Byla úleva svěřit se někomu, kdo je v podobné situaci.

Máte pocit, že je pro Vás tohle těhotenství psychicky náročnější?

Měla jsem pocit, že už předchozí těhotenství nebylo optimální, ale tohle bylo rozhodně horší. Ke konci jsem se cítila na pokraji sil.

Souhrn

L.L. je 38letá rozvedená žena. Má vystudovanou střední školu s maturitou a před těhotenstvím pracovala jako zdravotní sestra v nemocnici. Její první dceři je 18 let a své druhé dítě čeká s partnerem, kterému je 42 let a z předchozích vztahů nemá žádné dítě. Společně s dcerou a partnerem bydlí v bytě a jsou finančně zajištěni. Důvodem otěhotnění bylo společné dítě. Dcera jejich přání respektovala a matku v těhotenství podporovala.

Těhotenství ve vyšším věku matky bylo plánované a po odstranění IUD otěhotněla po 5 měsíčním snažení. Na těhotenství se cítila připravená. V průběhu těhotenství měla zdravotní obtíže, se kterými byla 6x hospitalizovaná. Ve 12. týdnu podstoupila kyretáž dělohy, následně byla 3x hospitalizována z důvodů krvácení a později také inkompetence hrdla děložního. Ve 34. t.g. byla provedena maturace plíc plodu. Důvodem následných hospitalizací byla hypertenze v graviditě. Poslední hospitalizace byla z důvodů hypertenze a opakovaných suspektních CTG záznamů z ambulance. Při nočním natočení byl CTG shledán jako patologický a vše vyústilo v akutní císařský řez ve 38+1 t.g.. Apgar skóre novorozence po porodu bylo 10-10-10. L.L. reagovala na časté hospitalizace pláčem a zhodnotila své obtíže jako psychicky náročné. Císařský řez přijala kladně a přirovnává ho k vysvobození. Těhotná byla značně psychicky vysílená. Komplikace v těhotenství přisuzuje kyretáži ve 12. t.g.. Práci zdravotnického personálu při hospitalizacích hodnotí kladně.

L.L. zná souvislosti vyššího věku s riziky častějších potratů, zvýšený výskyt Downova syndromu a obecně všech komplikací. Informována o těchto rizicích byla od svého soukromého gynekologa a v průběhu hospitalizace hledala bližší informace na internetu, v časopisech, v médiích.

Respondentka podstoupila screening v prvním trimestru, který byl normálního nálezu a genetické vyšetření, vzhledem ke svému věku a zatížené rodinné anamnéze výskytem VCC. Závěrem genetického vyšetření bylo riziko VVV odpovídající věku těhotné, bez patologického nálezu. Následně podstoupila ECHO srdce plodu s normálním nálezem. AMC odmítla podstoupit s ohledem na dobré výsledky všech předchozích testů. Při zjištění VVV u dítěte by pravděpodobně přerušila těhotenství.

V předchozím těhotenství měla potíže s krevním tlakem a užívala Dopegyt po celé těhotenství, dále byla u její dcery diagnostikována funkční šelest, se kterou docházela na kontroly. Navzdory obtížím i v přechodném těhotenství hodnotí současné těhotenství jako psychicky vysilující. Své stravovací návyky ani životní styl v těhotenství současném ani minulém neměnila a kvůli časté hospitalizaci neměla možnost navštěvovat předporodní kurzy, o kterých uvažovala.

8 DISKUSE

V praktické části své bakalářské práce jsem zpracovala 4 rozhovory doplněné o anamnézu. Respondentkami byly multipary starší 35 let, z nichž se dvěma respondentkami byl rozhovor proveden během jejich těhotenství a se dvěma respondentkami po ukončení těhotenství.

Hlavní cíl:

Zjistit, jaké vnímají ženy, multipary, rozdíly v těhotenství po 35. roce oproti předchozímu těhotenství, které bylo ukončeno před dovršením 35 let ženy.

Tři respondentky ze čtyř uvedly těhotenství po 35. roce za psychicky náročnější, především z důvodů obav o zdraví dítěte nebo vzhledem ke svým zdravotním obtížím. Pouze respondentka P.B. uvedla, že těhotenství ve vyšším věku prožívá stejně jako předchozí těhotenství v mladším věku. Všechny respondentky se však shodly na tom, že měly strach z možného výskytu VVV u plodu, především v 1. trimestru. Toto zjištění koresponduje s tvrzením Christianne Biermann a Ralph Raben (2006) v jejich knize Maminkou ve čtyřiceti?, kde uvádí, že bez ohledu na věk se ženy na prvním místě obávají z „deformit dítěte“.

Všechny respondentky otěhotněly spontánně v současném i v předchozích těhotenstvích a uvádí, že měly ze zjištění svých předchozích i současného těhotenství kladné pocity. Dvě respondentky uvádějí, že současné těhotenství ve vyšším věku pociťovaly intenzivněji než ty předchozí.

Respondentky H.M. a M.K. neměly v předchozích těhotenstvích významné zdravotní obtíže. V současném těhotenství měla M.K. potíže pouze ve smyslu diagnostikovaného gestačního diabetu mellitu. Respondentka P.B. má predispozice k ukončení těhotenství předčasným porodem, jelikož předchozí dceru porodila ve 32. t.g.. U klientky L.L. byly zjištěny zdravotní potíže jak v minulém, tak v současném těhotenství. Tím bych chtěla poukázat na to, že zdravotní obtíže u respondentky L.L. nemusely souviset pouze s jejím vyšším věkem.

Své stravovací návyky dle doporučení změnily kvůli současnému těhotenství H.M. a M.K.. Rovněž se shodly na tom, že v minulém těhotenství tomu tak nebylo. Respondentka L.L. své stravování ani životní styl neměnila. O častější změně

ve stravování, u těhotných ve vyšším věku oproti mladým matkám, se ve svém výzkumu zmiňuje i Alena Kvasničková (2009). Kromě respondentky P.B. nežívala žádná z žen v předchozím ani současném těhotenství návykové látky. P.B je závislá na nikotinu, ale v současném těhotenství došlo ke snížení dávky této návykové látky, nyní žena vykouří 5- 6 cigaret za den. V předchozích těhotenstvích žena kouřila až 20 cigaret za den, což dle mého názoru mělo jistou souvislost s předčasným porodem její druhé dcery.

Předporodní kurzy navštěvovala za své těhotenství pouze respondentka H.M. a to jen v předchozím těhotenství. L.L. o kurzech uvažovala, ale její zdravotní stav jí to neumožnil. Ostatní respondentky nikdy předporodní kurzy nenavštěvovaly. Mé zjištění neodpovídá výsledkům Aleny Kvasničkové z roku 2009, které vyšla nejvyšší návštěvnost předporodních kurzů právě u žen, které porodily po 31. roce.

Z těchto informací vyplývá, že se jisté rozdíly v těhotenství před 35. rokem a po něm u respondentek vyskytly a dle jejich výpovědí jsou si ženy těchto změn vědomy.

Dílčí cíl č. 1:

Stanovit faktory, které ovlivňují ženu při rozhodování otěhotnět ve vyšším věku.

Výzkumná otázka č. 1:

Jaké faktory ovlivňují rozhodování o plánovaném těhotenství ve vyšším věku?

Do faktorů ovlivňujících plánování těhotenství ve vyšším věku se obecně řadí vzdělání a kariéra ženy, partnerské vztahy, otázka plodnosti, ale také faktory ekonomické, sociální a náboženské.

Výše vyjmenované faktory potvrzuje i skutečnost, že v době rozhodování o těhotenství byly všechny respondentky finančně zajištěné, měly své bydlení a dokončené vzdělání dle jejich individuálních nároků. Při plánování těhotenství byly všechny respondentky zaměstnané a měly pro své dítě otce, se kterým žily ve společné domácnosti.

V případech plánovaného mateřství ve vyšším věku byl u třech respondentek uveden jako rozhodující faktor nevhodný partner. Těhotenství začaly plánovat až po nalezení „toho pravého“, se kterým následně otěhotněly. Ke stejnému závěru došla také Michaela Bartošová ve svém výzkumu Životní dráhy prvorodiček po třicítce: Proč mít dítě později? (2007).

U dvou respondentek ze čtyř byl motivem plánování pozdního rodičovství především nový partner. U respondentky M.K. patřily do faktorů, které ovlivnily její

rozhodnutí kromě nového manžela také existenční potíže, které měli manželé v počátku vztahu. O těhotenství začali uvažovat až po zajištění bydlení, urovnání manželovo rozvodového řízení a po uzavření manželského sňatku. Finanční zajištění uvádí jako druhý nejčastější důvod k odsunu mateřství také Monika Dohnalová ve svém šetření z roku 2010.

Pouze respondentka H.M. má ze současného manželství již jedno dítě a otěhotnění bylo odsunuto neúmyslně z důvodů zdravotních potíží a následnou nemožností otěhotnět. U ostatních respondentek byl nový partner, se kterým nemají žádné společné dítě, důvodem k otěhotnění. O tzv. sešívání rodině, svazcích sestavených z dětí z prvního manželství a z nových společných dětí, se zmiňuje i Christiane Biermann a Ralph Raben ve své knize: *Maminkou ve čtyřiceti?* (2006). Dále ve své knize popisuje také zvyšující se počet pozdních otců. Tento fakt byl potvrzen i v mém výzkumu, jelikož všichni otcové byli starší 37 let.

Stejného závěru, ale rozdílné chronologicity dosáhla ve své práci Alena Kvasničková, která ve svém výzkumu z roku 2009 uvedla, že nejčastějšími faktory v rozhodování a následném odsunutí těhotenství jsou na prvním místě neschopnost otěhotnět dříve, na druhém nestabilní vztah s partnerem, na třetím neplánované dítě, čtvrté v pořadí bylo zaměstnání a kariéra, a mezi poslední důvody udávaly ženy studium a ekonomické zajištění.

Dílčí cíl č. 2:

Zjistit, jak ovlivňují psychiku ženy prenatální screeningová vyšetření zaměřená na VVV plodu.

Výzkumná otázka č. 2:

Jak vnímají ženy screeningová vyšetření zaměřené na VVV plodu?

Všechny respondentky podstoupily na doporučení svého gynekologa screening v I. trimestru s normálním nálezem. Všechny respondentky uvádějí, že screening v I. trimestru braly jako významný a ovlivnil jejich rozhodování v podstoupení dalších vyšetření. Všechny respondentky dále uvedly, že samotný screening v I. trimestru je nijak nezatěžoval, ale všechny prožívaly období mezi vyšetřením do zjištění výsledků jako psychicky náročnou situaci, projevující se strachem z možného zjištění VVV u plodu.

Amniocentézu z věkové indikace podstoupily pouze respondentky P.B. a M.K., respondentky H.M. a L.L. amniocentézu odmítly, navzdory tomu, že u respondentky L.L.

byla indikací k amniocentéze i zatížená rodinná anamnéza výskytem vrozené srdeční vady. Amniocentézu vnímaly všechny respondentky jako nepříjemné vyšetření. Respondentka H.M. ji odmítla podstoupit vzhledem ke zkušenosti z předchozího těhotenství a normálnímu nálezu v prvotrimestrálním screeningu, který jí k jistotě, že její dítě nemá VVV stačil. Respondentka L.L. ji odmítla z důvodu normálního nálezu ve screeningu v I. trimestru, dobrému výsledku vyšetření ECHA srdce plodu a především s ohledem na riziko potratu. Respondentka P.B. hodnotí amniocentézu jako nepříjemný zákrok a v době čekání na výsledky zákroku se cítila nervózně. Respondentce M.K. samotný zákrok nevadil, ale čekání na výsledky jí činilo obtíže se spánkem a pociťovala na sobě v tomto období stres. Zjištění, že jsou ženy v době čekání na výsledky amniocentézy pod psychickým tlakem zmiňuje ve své publikaci Aplikovaná psychologie- porodnictví (2008) také Kateřina Ratislavová. Naopak při zjištění výsledků u žen obvykle přichází úleva, jelikož toto vyšetření má 99% spolehlivost.

Při otázce, jestli by si ženy nechaly plod se zjištěnou VVV odpověděly respondentky P.B. a M.K. , že nikoliv. Respondentka H.M. a L.L. by dítě s VVV nechtěly, ale o možnosti ponechat si dítě by uvažovaly.

Vyplývá z toho tedy závěr, že vlastní prenatální diagnostické vyšetření v I. trimestru ani amniocentézu nepociťují respondentky jako zátěž, ale období při čekání na výsledky testů hodnotí ženy jako stresové. Tento výsledek potvrzuje mojí domněnku, že ženy ve vyšším věku jsou si vědomy zvýšených rizik VVV u plodu a z toho pramení jejich obavy z výsledků prenatální diagnostiky. Obavy žen v souvislosti s čekáním na výsledky prenatální diagnostiky odstranit nelze, ale jako řešení ke snížení obav bych navrhovala s ženami o těchto obavách více komunikovat, snažit se zmírnit jejich obavy správně podanými informacemi a věnovat jim dostatek času nejen v prenatální poradně, ale i v soukromém čase, je-li to možné. Christiane Biermann a Ralph Raben uvádí ve své knize z roku 2006 podobný závěr a poukazují na fakt, že prenatální diagnostika má rodičům dodat pocit jistoty, ale může ženám přinášet i nové úzkosti a neklid.

Dílčí cíl č. 3:

Zhodnotit, zda je žena dostatečně informována o možných rizicích souvisejících s těhotenstvím ve vyšším věku.

Výzkumná otázka č. 3:

Z jakých zdrojů získávají ženy informace o možných rizicích souvisejících s těhotenstvím v pozdějším věku?

Všechny respondenty považují těhotenství ve vyšším věku jako vhodné, toto tvrzení považují za ovlivněné osobní zkušeností. Mé tvrzení je podpořeno i názorem respondentky L.L., která po komplikovaném těhotenství měla pochybnosti o svém názoru na pozdní těhotenství. Všechny respondenty si před otěhotněním byly vědomy, že těhotenství je označováno vzhledem k věku za rizikové. To potvrdilo můj názor, že ženy jsou ve vyšším věku vyzrálé a vědí, co těhotenství obnáší. Ke stejnému závěru došla ve své studii v rámci bakalářské práce také Alena Kvasničková v roce 2009, Lucie Ledvinová v roce 2010 i Monika Dohnalová roku 2010.

Dále bylo kladným zjištěním, že všechny respondenty měly alespoň základní informace o zvýšených rizicích v tomto věku a byly si jich vědomy již před otěhotněním. Všechny respondenty uvedly jako příklad rizik spojených s vyšším věkem matky častější výskyt potratů a tři ze čtyř respondentek uvedly také Downův syndrom, čímž potvrzují tvrzení Lucie Šilhové a MUDr. Jany Stejskalové v knize z roku 2009, kde nazývají Downův syndrom jako nejznámější a největší strašák maminek po třicítce.

K překvapivému zjištění jsem však došla při zjišťování zdrojů, kde ženy vyhledávaly informace. Žádné z respondentek nebyly podány informace od porodní asistentky a pouze ve dvou případech byly podány informace lékařem. Jediná respondentka P.B. informace cíleně nevyhledávala. Zbylé tři respondenty čerpaly především z internetu, časopisů, médií a od kamarádek. Odborné literatury využila k získání informací pouze respondentka H.M.. Shodné zdroje využily ženy k získávání informací i ve výzkumu Moniky Dohnalové (2010).

Vzhledem k výsledku, že ženy čerpaly nejvíce z ne odborných zdrojů a nejméně žen bylo informovaných porodní asistentkou a stejná situace byla zjištěna i před dvěma lety ve výzkumu Moniky Kybicové, bylo by vhodné informovat o tomto faktu porodní asistentky a zaměřit se na poskytování informací ženám prostřednictvím jejich osoby. Ať už v předporodních kurzech nebo při běžné návštěvě prenatální poradny. Porodní asistentky

by dále neměly vyčkávat na otázku žen, ale měly by cítit povinnost je o rizicích spojených s věkem rozumně informovat. Při podávání informací však musíme myslet na individualitu každé ženy a v případě, že si žena nepřeje být o těchto rizicích informována, musíme její přání respektovat.

Dílčí cíl č. 4:

Zjistit, jak u žen probíhalo těhotenství ve vyšším věku.

Výzkumná otázka č. 4:

Jaké zdravotní nebo psychické obtíže se vyskytovaly u těhotných žen ve vyšším věku?

Navzdory tvrzení odborné literatury (viz. seznam použité literatury: 2, 5, 6, 13) o snižování plodnosti v závislosti na věku, otěhotněly všechny respondentky spontánně. Dvě respondentky měly potíže s otěhotněním způsobené následně diagnostikovaným onemocněním, po jehož léčbě otěhotněly také spontánně.

Těhotenství bylo u všech respondentek plánované. To nahrává mé teorii o psychické vyspělosti a sebevědomí starších žen, o kterém píše ve své knize Aplikovaná psychologie- porodnictví, z roku 2008, také Kateřina Ratislavová.

Respondentky P.B. a L.L. otěhotněly bez předchozích zdravotních obtíží do pěti měsíců od počátku pravidelného pohlavního styku, alespoň 2x týdně, s cílem otěhotnět. Respondentka H.M. chtěla otěhotnět již dříve, ale v časném stádiu těhotenství potratila. K tomuto potratu došlo v jejích 37 letech. Následně se jí otěhotnět nedařilo. Při hledání příčin potratu jí byla diagnostikována hyperprolaktinémie a nasazena léčba, po jejímž ukončení otěhotněla H.M. do 14 dnů. Respondentka M.K. 2x samovolně potratila ve 37 letech a při zjišťování příčin jí byla diagnostikována srdeční vada a trombofilní mutace. Po dodržování doporučených postupů od lékařů otěhotněla do 1 měsíce od pravidelného pohlavního styku za účelem otěhotnění. Pomínou-li případy komplikované zprvu zdravotními potížemi, otěhotněly všechny respondentky v krátkém časovém úseku od počátku pravidelného pohlavního styku. Toto zjištění je v rozporu s údaji uvedenými v knize Christiane Biermann a Ralph Raben (2006), kde ženy ve věku 35 let otěhotní asi po 7- 8 měsících, ženy 38 leté po 13- 14 měsících a ženy ve věku 42 let až po dvou letech. Navzdory tomu respondentky H.M. i M.K. prodělaly před současným otěhotněním potraty již ve věku nad 35 let. To potvrzuje informaci o zvýšení frekvence samovolných potratů

v závislosti na věku matky, kterou ve své knize Porodnictví 2 (2006) popisuje Evžen Čech, Zdeněk Hájek, Karel Maršál, Bedřich Srp a kolektiv.

Při zjištění těhotenství se všechny respondentky cítily šťastně. Následně se u třech z nich objevily obavy o zdraví plodu a následný průběh těhotenství především v 1. trimestru. Celkově hodnotí respondentky, až na výjimku respondentky L.L. v ohledu na její zdravotní obtíže, těhotenství jako intenzivní a krásné období.

Tři ze čtyř respondentek měly v anamnéze prokázané trombofilní mutace. Souvislost častějších trombofilních mutací s vyšším věkem matky nebylo v žádné odborné literatuře potvrzeno. Z vlastní zkušenosti se domnívám, že trombofilní mutace přímo nesouvisí s věkem matky, ale jejich výskyt je stále častější a ženy mohou být z jejich zjištění znepokojené.

U respondentky H.M. a P.B. se kromě zvracení z počátku těhotenství nevyskytly žádné závažné zdravotní obtíže. U respondentky M.K. byl diagnostikován gestační diabetes mellitus. Respondentka L.L. byla za těhotenství 6x hospitalizovaná. Ve 12. týdnu podstoupila kyretáž, následně opakovaně krvácela, byla jí diagnostikována inkompetence děložního hrdla a měla potíže s hypertenzí v těhotenství. K poslední hospitalizaci byla přijata z důvodu opakovaných suspektních CTG záznamů a těhotenství bylo ukončeno akutním císařským řezem z důvodu patologického CTG záznamu a hypertenze v graviditě.

Vzhledem k nedostatečnému množství respondentek nedokáži potvrdit či vyvrátit tvrzení odborné literatury, že těhotenství ve vyšším věku je spojené s vyšším výskytem zdravotních obtíží. Ke zdravotním obtížím vázaným na vyšší věk matky, které zmiňuje Lucie Stejskalová a MUDr. Stejskalová ve své knize, patří výskyt gestačního diabetu mellitu, krvácení v těhotenství a hypertenze v graviditě. V knize Rizikové a patologické těhotenství (2004) uvádí autor Zdeněk Hájek také častější výskyt předčasného porodu z příčin inkompetence děložního hrdla u starších matek. Přesto u respondentky L.L. k předčasnému porodu nedošlo.

Psychické potíže byly zaznamenány především u respondentky L.L., u které bylo psychické rozpoložení vzhledem ke zdravotním obtížím pochopitelné. Pro respondentku H.M. bylo těhotenství neustálým stresem, ale v konečném hodnocení udává že si těhotenství užívá. Je tedy otázkou, jestli převažují kladné emoce nad strachem. Domnívám se, že H.M. si je jako vysokoškolsky vzdělaná žena vědoma rizik pozdního těhotenství a svou racionalitou se dostává do stresové situace spojené se strachem o zdraví plodu, která

zastíní radost z těhotenství. Respondentka P.B. působila i při rozhovoru sebevědomě a radostně, ale připouští mírné obavy o zdraví plodu. Respondentka M.K. nepovažuje již zmíněné obavy o VVV plodu za psychické obtíže.

Neobjektivní je bohužel i zjištění, že dvě respondentky ze dvou porodily císařským řezem. U respondentky M.K. šlo o plánovaný císařský řez kvůli stavu po s.c. a poloze plodu koncem pánevním. U respondentky L.L. byl proveden akutní císařský řez z důvodu hypertenze v graviditě a patologického CTG záznamu. Tudiž nemohu potvrdit ani vyvrátit tvrzení mnoha odborníků, včetně Christiane Biermann a Ralph Raben (2006), o vyšším počtu císařských řezů u starších matek. Respondentka L.L. udává císařský řez jako adekvátní možnost ukončení těhotenství a vysvobození ze zdravotních obtíží doprovázejících celé její těhotenství.

Návrh pro praxi

Z výzkumného šetření jsem zjistila, že ženy, které již dítě (děti) mají z mladších let, získávají informace o problematice spojené s vyšším věkem v těhotenství častěji z médií, než z řad odborného zdravotnického personálu. Informace zjištěné touto cestou nejsou zcela ideální a následně mohou u žen vyvolat neopodstatněné obavy. Stejně je i zjištění ohledně informací spojených s prenatální diagnostikou. Lepší informovanost žen může zmírnit jejich obavy a pomoci vyhnout se stresu.

Doporučila bych edukovat porodní asistentky v souvislosti s problematikou těhotenství ve vyšším věku. Porodní asistentky by své odborné znalosti předávaly klientkám v předporodních kurzech a v gynekologických ordinacích. Porodní asistentky by měly být schopny ženám naslouchat a zjištěné nedostatečné informace ženám citlivě doplnit. Vzhledem k výsledkům mého výzkumu by porodní asistentky neměly spoléhat na podání informací lékařem. Z osobní zkušenosti s nedostatkem času v gynekologických ordinacích, bych doporučila vytvoření letáčků. Letáčky by měly obsahovat důležité informace ohledně možných rizik a komplikací, které by maminky přemýšlející o těhotenství v pozdějším věku měly vědět a informace o doporučených postupech prenatální diagnostiky. Na letáček bych následně připojila kontakt na porodní asistentku, která by těmto ženám byla schopna podat bližší informace a emoční podporu.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá těhotenstvím ve vyšším věku. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsem nejprve definovala fyziologické těhotenství a s tím související změny orgánové a psychické. Dále jsem se zabývala vlivem věku na plodnost ženy, kde jsem za pomoci statistik poukázala na ideální věk pro mateřství z pohledu medicíny a na trend zvyšování věkové hranice k otěhotnění. Snažila jsem se přiblížit důvody pro odkládání mateřství a vzhledem ke stále se zvyšující neplodnosti u těhotných ve vyšším věku jsem se zmínila o asistované reprodukci. Poukázala jsem také na přidružená onemocnění žen, která mohou negativně ovlivnit těhotenství. V další kapitole jsem se zaměřila na komplikace spojené s vyšším věkem matky a podrobněji jsem vypsal nejčastější vrozené vývojové vady u plodu. Také jsem se věnovala otázce prenatální diagnostiky a popsala jsem jednotlivé neinvazivní a invazivní metody prenatální diagnostiky. Poslední kapitolu jsem zaměřila na porod v ohledu na vyšší věk rodičky.

Praktická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativním výzkumem formou rozhovorů. Celkem byly provedeny čtyři rozhovory doplněné o anamnézu, za každým z nich následuje krátké shrnutí. Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, jaké vnímají ženy, multipary, rozdíly v těhotenství po 35. roce oproti předchozímu těhotenství, které bylo ukončeno před dovršením 35 let ženy. Dále jsem si stanovila čtyři dílčí cíle. Při analýze informací se mi ve většině případů potvrdily poznatky získané z odborné literatury a předchozích výzkumů. Nedostatky jsem objevila v oblasti zdrojů informací, ze kterých ženy poznatky o těhotenství ve vyšším věku čerpají. Jako řešení pro praxi jsem navrhla edukovat porodní asistentky o této problematice a vytvořit letáček obsahující důležité informace. Letáček by měl obsahovat informace o možných rizicích a komplikacích v pozdním těhotenství a vysvětlení postupů prenatální diagnostiky.

SEZNAM LITERATURY

1. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
2. ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel, SRP, Bedřich a kolektiv. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
3. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
4. PAŘÍZEK, Antonín. *Psychické změny těhotných. Kniha o těhotenství a dítěti* [online]. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. [cit. 6. 10. 2012]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/psychicke-zmeny-tehotnych.cz/>
5. ŠILHOVÁ, Lucie a STEJSKALOVÁ, Jana. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 102 s. ISBN 80-251-0987-9.
6. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
7. *Těhotenství po třicítce a čtyřicítce - Miminko ve třiceti a čtyřiceti* [online]. [cit. 21. 10. 2012]. Dostupné z: <http://naseporodnice.cz/tehotenstvi-po-tricitce-a-ctyricitce.php>
8. CHODOUNSKÁ, Helena. *Zpráva o rodičce 2010* [online]. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 58/2011. Praha: 2011. [cit. 21. 10. 2012]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-rodicce-2010>
9. BÍMOVÁ, Irena. *Psychologická studie motivů pozdního rodičovství* [online]. E-psychologie 2007. [cit. 25. 10. 2012]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/clanek/6>
10. BARTOŠOVÁ, Michaela. Životní dráhy prvorodiček po třicítce: proč mít dítě později? *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. 2007, roč. 8, č. 2, str. 75- 81. ISSN 1213-0028.
11. KOZLOVÁ, Lucie a TOMANOVÁ, Nicola. Dobrovolné mateřství bez partnera. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. 2005, roč. 6, č. 1, str. 31-35. ISSN 1213- 0028.
12. BIERMANN, Christiane a RABEN, Ralph. *Maminkou ve čtyřiceti?* 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7376-075-5.
13. HÁJEK, Zdeněk a kolektiv. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

14. ESHRE. *Doporučené postupy v asistované reprodukci* [online]. Zpráva výkonného výboru, 2008. [cit. 2. 11. 2012]. Dostupné z : http://www.eshre.eu/01/MyDocuments/Good_clinical_treatment_ESHRE_position_paper_CZECH.pdf
15. ŘEŽÁBEK, Karel. *Léčba neplodnosti*. 3. vyd. Praha: Grada, 2004. 120 s. ISBN 80-247-1010-2.
16. DOSTÁL, Jiří. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: Situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 170 s. ISBN 978-80-244-1700-4.
17. DOHERTY, C a Melanie Morrissey CLARK. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 121 s. ISBN 80-251-0771-X.
18. BINDER, Tomáš a kolektiv. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
19. JEKLOVÁ, Alena a TROJANOVÁ, Blanka. *Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 52 s. ISBN 80-7013-411-9.
20. KYBICOVÁ, Monika. *Vliv věku na průběh těhotenství, porodu a časného šestinedělí*. Plzeň, 2011. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Lenka SOSNOVCOVÁ.
21. AMERICAN PREGNANCY ASSOCIATION. *HELLP Syndrome* [online]. March 2009 [cit. 22. 2. 2013]. Dostupné z: <http://americanpregnancy.org/pregnancycomplications/hellpsyndrome.html>
22. ÚZIS ČR. *Potraty 2011* [online]. Praha: 2012. [cit. 23. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2011>
23. LA ROCHEBROCHARD, Elise a THONNEAU, Patrick. *Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study* [online]. Human Reproduction Vol. 17, No. 6 pp. 1649- 1656: 2002. [cit. 23. 2. 2013]. Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/17/6/1649.full.pdf+html>
24. ŠÍPEK, Antonín. *Vrozené vady a jejich prenatální diagnostika* [online]. Základy lékařské genetiky 2011- 2012 [cit. 27. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.vrozene-vady.cz/prezentace/index.php?co=vyuka>

25. LEDVINOVÁ, Lucie. *Problematika těhotenství u žen po 35. roce života*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Judita SOUKUPOVÁ MAŘÍKOVÁ.
26. THE NATIONAL DOWN SYNDROME SOCIETY. *What Is Down Syndrome?* [online]. [cit. 27. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.ndss.org/Down-Syndrome/What-Is-Down-Syndrome/>
27. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
28. DHAIFALAH, Ishraq A. Vyšší věk matky jako indikace k invazivní prenatalní diagnostice? *Česká gynekologie*. 2007, roč. 72, č. 3, s. 181-184. ISSN 1210-7832.
29. ŠTEFÁNIA, Andraščíková, BÁRTLOVÁ, Sylva, BAŠKOVÁ, Martina a kolektiv. *Komunitní ošetřovatelství pro porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 127 s. ISBN 978-80-7013-500-6.
30. HÁJEK, Zdeněk, KULOVANÝ, Eduard a MACEK, Milan. *Základy prenatalní diagnostiky*. Praha: Grada, 2000. 423 s. ISBN 80-7169-391-X.
31. ACTA OBSTET GYNECOL SCAND. *Zkušenosti s těhotenstvím a porodem očima mladších i starších matek*. [online]. 2007, 86. [cit. 8. 3. 2013]. Dostupné z: <http://www.zenska-neplodnost.cz/novinky/zkusenosti-s-tehotenstvim-a-porodem-ocima-mladsich-i-starsich-matek-253>
32. OLEXOVÁ, Klára. *Dítě ve vyšším věku - pro a proti* [online]. Marianne, 2007. [cit. 8. 3. 2013]. Dostupné z: <http://www.marianne.cz/tema-marianne/rodina-a-deti/dite-ve-vyssim-veku-pro-a-proti>
33. PESCHOUT, Roman. Forceps (porodnické kleště), část II.. *Moderní babičtví*. Praha. Levret s.r.o., 2009, č. 17, str. 9- 11. ISSN 1214-5572.
34. PESCHOUT, Roman. Vakuumextrakce. *Moderní babičtví*. Praha. Levret s.r.o., 2011, č. 20, str. 30- 35. ISSN 1214-5572.
35. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

SEZNAM ZKRATEK

- gravida – těhotná, užíváno ve složeninách s číslovkami
- para – pořadí aktuálního porodu, užíváno ve složeninách s číslovkami
- % – procenta
- μg – mikro gram
- a kol. – a kolektiv
- ab. – abortus – potrat (missed ab. – samovolný potrat)
- Ac. – Accidum folicum – kyselina listová
- afeb. – afebrilní – bez horečky
- AFP – alfa-fetoprotein
- aj. – a jiní
- AMC – aminocentéza
- AMC – aminocentéza – odběr plodové vody
- apod. – a podobně
- APPE – appendix
- ASC – H – atypický cytologický nález v dlaždicových buňkách
- atd. – a tak dále
- bpn – bez patologického nálezu
- ca – carcinom
- cm – centimetr
- CTG – kardiokografie
- CVS – chorion villi sampling – odběr choriových klků
- d.p. – doba porodní
- děl. – děložní
- Dg. – diagnóza
- DIC – diseminovaná intravaskulární koagulopatie
- DM – diabetes mellitus
- DNT – defekt neurální trubice
- E3 – estriol
- ECHO – echokardiografie
- EKG – elektrokardiogram
- EPH gestóza – pozdní gestóza charakterizovaná edémy, proteinurií a hypertenzí

FN – fakultní nemocnice

g – gram

GBS – streptokoky skupiny B

GDM – gestační diabetes mellitus

gr. – gravidita - těhotenství

HAK – hormonální antikoncepce

hCG – human chorion gonadotropin – lidský choriový gonadotropin

HELLP syndrom – helolytic anemia, elevated liver enzymes, low platelet count
syndrome

hosp. – hospitalizace

ICSI – intracytoplazmatická injekce spermií

IQ - inteligenční quocient

ISCHS – ischemická choroba srdeční

IUD – intrauterine device – nitroděložní tělísko

IUGR – intrauterine growth retardation – nitroděložní růstová retardace

IVF – fertilizace in vitro

KP – konec pánevní

KVS – kardiovaskulární systém

ml – mililitr

mmHg – milimetr rtuti

MTHFR – trombofilní genová mutace, v genu pro MTHFR

MUDr. – doktor

n.n. – normální nález

NB – nasal bone – délka nosní kosti

NT – nuchal translucency – šíjové projasnění

OGTT – orální glukózový toleranční test

P – porod, užíváno s číslovkou

p – potrat, užíváno s číslovkou

PAPP-A – pregnancy associated plasmatic protein A

PESA – perkutánní aspirace tekutiny z epididymis

PIH – pregnancy-induced hypertension – těhotenstvím indukovaná hypertenze porod

PPH – poloha podélná hlavičkou

PPKP – poloha podélná koncem pánevním

prevent. – preventivní

r. – rok

RA – rodinná anamnéza

RCUI - revisio cavi uteri instrumentalis - instrumentální revize děložní dutiny

RDS – respirační distress syndrom – syndrom respirační tísně plodu

s. – strana

s.c. – sectio caesarea – císařský řez

spont. - spontánně

str. – stran

subj. – subjektivní

t.g. – týden gravidity – týden těhotenství

TEN – tromboembolická nemoc

TESA – testikulární extrakce spermatické tkáně

Th. - terapie

tzn. – to znamená

tzv. – takzvaný

UPT – umělé přerušování těhotenství

USG – ultrasonografie

VCC – vitium cordis congenitum - vrozené srdeční vady

VEX – vakuumextrakce

VVV – vrozené vývojové vady

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

W-P-W sy – Wolffův-Parkinsonův-Whiteův syndrom

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Výskyt spontánních potratů v 1. trimestru v závislosti na věku matky

Příloha 2 Vývoj specifických plodností podle věku

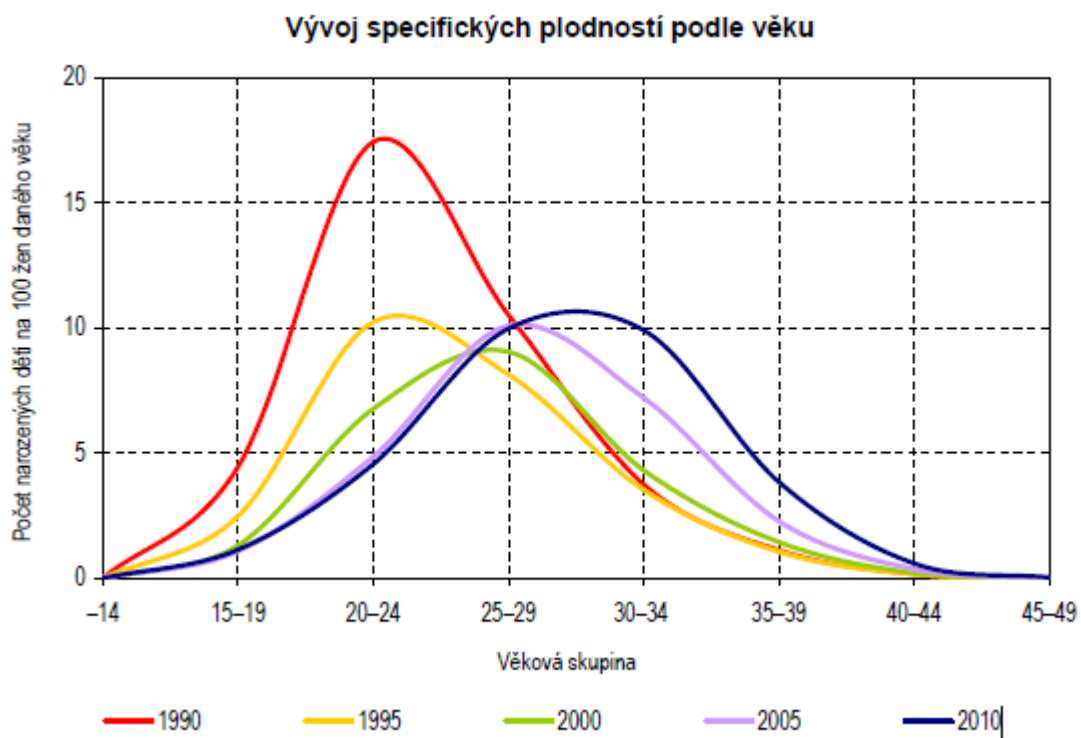
Příloha 3 Vývoj počtu živě narozených, živě narozených matek ve věku 35+ a podílu živě narozených matek ve věku 35+

**Příloha 1 Výskyt spontánních potratů v 1. trimestru v závislosti na věku matky
(podle Gilmora 1985)**

Věk matky (roky)	Potraty (%)
pod 20	0-1
20-24	1,6
25-29	2,1
30-34	2,5
35-39	2,6
nad 40	13,6

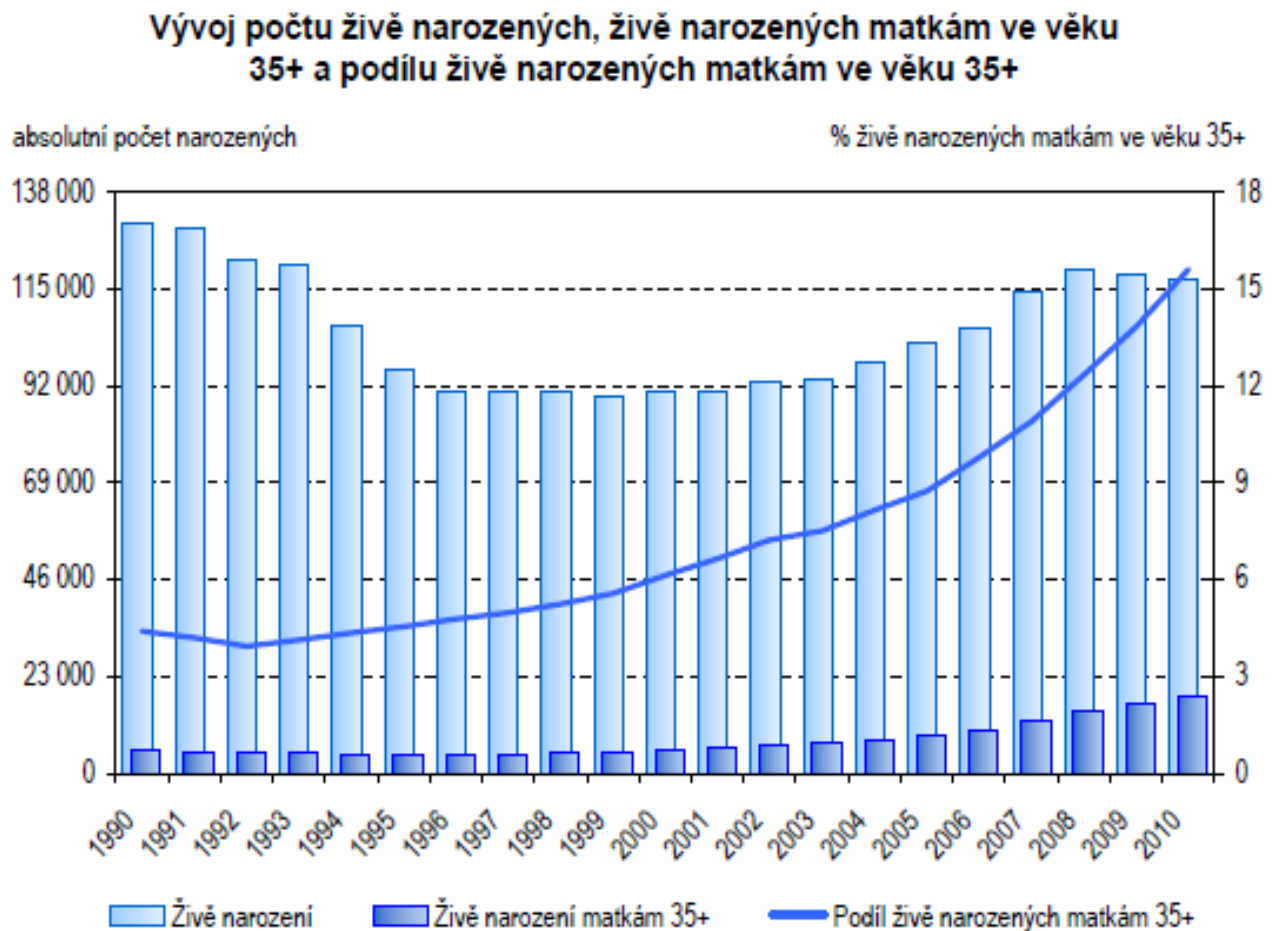
Zdroj: ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel, SRP, Bedřich a kolektiv. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.

Příloha 2 Vývoj specifických plodností podle věku



Zdroj: ÚZIS ČR. *Potraty 2011* [online]. Praha: 2012. [cit. 23. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2011>)

Příloha 3 Vývoj počtu živě narozených, živě narozených matek ve věku 35+ a podílu živě narozených matek ve věku 35+



Zdroj: ÚZIS ČR. *Potraty 2011* [online]. Praha: 2012. [cit. 23. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2011>)

Příloha 4 Výskyt Downova syndromu v závislosti na věku matky

Věk matky	Riziko Downova syndromu
20-24	1 : 1500
25-29	1 : 1200
30-34	1 : 900
35-39	1 : 300
40-44	1 : 100
45	1 : 40

Zdroj: ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel, SRP, Bedřich a kolektiv. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.