

Problematika opožděného těhotenství: nejčastější rizika primipar vyššího věku

Alžběta Kučeříková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alžběta Kučeříková**
Osobní číslo: **H16373**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Problematika opožděného těhotenství: nejčastější rizika primipar vyššího věku**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti těhotenství ve vyšším věku, zaměřených na nejčastější rizika.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Realizace kvalitativního výzkumu vytvořením kazuistik.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BINDER, Tomáš. Porodnictví. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

MAREŠOVÁ, Pavlína. Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3153-0.

PAŘÍZEK, Antonín. Kritické stavy v porodnictví. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.

ROBSON, S. Elizabeth a Jason WAUGH. Medical disorders in pregnancy: a manual for midwives. Chichester: John Wiley, 2013. ISBN 978-1-4443-3748-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

THARPE, Nell, Cindy L FARLEY a Robin G JORDAN. Clinical practice guidelines for midwifery and women's health. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013. ISBN 978-1-4496-4575-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.5.2017

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou opožděného těhotenství se zaměřením na nejčastější rizika prvorodiček vyššího věku. S vyšší četností žen rodících nad 35. rokem života se zvyšuje počet rizikových těhotenství, těhotenských i poporodních komplikací. Komplikace vázané na vyšší věk matky ohrožují matku i plod.

Teoretická část popisuje důležitost věku pro těhotenství, kde je rozebrán věk matek, motivační pohnutky žen pro odkládání těhotenství do pozdějšího věku, prekoncepční příprava na těhotenství a je zde zmíněna i neplodnost a asistovaná reprodukce. Dále se teoretická část zabývá prenatální diagnostikou, vyšetřovacími metodami, možnými riziky a komplikacemi pro matku i plod.

V praktické části byly zpracovány názorné kazuistiky s příběhy žen starších 35 let. V názorných kazuistikách jsou zachyceny důvody odkládání těhotenství, průběh těhotenství a komplikace, které u starých primipar nastaly.

Klíčová slova: věk, gravidita, těhotenství, věk 35 let a více, rizikový porod, komplikace, rizika, matka, plod, riziková gravidita, pozdní gravidita, rodina, Downův syndrom, vrozené vývojové vady

ABSTRACT

The aim of this bachelor thesis is to outline the issue of delayed pregnancy, especially most common risks of primiparas of older age.

With a higher frequency of pregnancy among women of advanced maternal age (35 years and older) the number of high-risk pregnancies, pregnancy and postpartum complications increases. Complications linked to maternal age threaten both mother and fetus.

The theoretical part describes the importance of age for pregnancy, the age of mothers is analyzed. Motives of women for postponing pregnancy, pre-conceptual preparation for pregnancy and infertility and assisted reproduction are mentioned as well. Furthermore, the theoretical part deals with prenatal diagnostics, examination methods, possible risks and complications for mother and fetus.

For the practical part I have chosen illustrative case reports with stories of women over 35 years. In illustrative case studies is described the reasons for postponing pregnancy, the course of pregnancy and the complications that occurred to old primiparas.

Keywords: age, pregnancy, pregnancy, age 35 and over, childbirth, complications, risks, mother, fetus, risk pregnancy, late pregnancy, family, Down syndrome, congenital malformations

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D., za odborné vedení, trpělivost, cenné rady a ochotu mi pomoci při zpracování této bakalářské práce. V neposlední řadě chci poděkovat také své rodině a přátelům, za trpělivost a velkou podporu po celou dobu studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 JE VĚK MATKY OPRAVDU PODSTATNÝ?.....	13
1.1 VĚK MATKY	13
1.2 MOTIVAČNÍ POHNUTKY ŽEN K ODKLÁDÁNÍ TĚHOTENSTVÍ	14
1.2.1 Vzdělanost a zaměstnanost žen	15
1.2.2 Formy rodinného života	15
1.2.3 Kontrola porodnosti	16
1.3 PREKONCEPČNÍ PŘÍPRAVA	16
1.3.1 Hmotnost	17
1.3.2 Cvičení	18
1.3.3 Stravování	18
1.3.4 Alkohol a káva	18
1.3.5 Kouření.....	18
1.3.6 Léky.....	19
1.3.7 Infekce.....	19
1.4 NEPLODNOST.....	19
1.4.1 Ženská neplodnost.....	20
1.4.2 Mužská neplodnost.....	20
1.5 ASISTOVANÁ REPRODUKCE	20
2 RIZIKA OPOŽDĚNÉHO TĚHOTENSTVÍ PRO MATKU.....	22
2.1 MOŽNÁ RIZIKA A KOMPLIKACE ŽEN VYŠŠÍHO VĚKU	22
2.1.1 Zdravotní komplikace	22
2.1.1.1 Poruchy placenty.....	22
2.1.1.2 Poruchy pupečníku	23
2.1.1.3 Poruchy délky gravidity.....	23
2.1.1.4 Diabetes mellitus.....	24
2.1.1.5 Hypertenze, preeklampsie.....	25
2.1.1.6 Chronické onemocnění	25
2.1.1.7 Vícečetná těhotenství.....	26
2.1.1.8 Císařský řez - Sectio caesarea (SC)	26
2.1.2 Psychické komplikace	27
2.1.2.1 Úzkostné stavy	27
2.1.2.2 Deprese	27
2.1.2.3 Poporodní blues	27
3 RIZIKA OPOŽDĚNÉHO TĚHOTENSTVÍ PRO PLOD.....	28
3.1 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA	28
3.1.1 Genetické poradenství	29
3.1.2 Neinvazivní vyšetřovací metody.....	29
3.1.2.1 Laboratorní vyšetření.....	29
3.1.2.2 Biochemický screening vrozených vývojových vad	30
3.1.2.3 Ultrazvuková vyšetření (UZ).....	30

3.2	INVAZIVNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY.....	31
3.3	VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY (VVV).....	32
3.4	MOŽNÁ RIZIKA A KOMPLIKACE PRO PLOD	32
3.4.1	Nedonošený novorozenec	32
3.4.2	Makrosomie plodu	33
3.4.3	Akutní intrapartální hypoxie plodu	33
3.4.4	Intrauterinní růstová retardace plodu	34
3.4.5	Attention Deficiency Hyperactivity Disorder (ADHD).....	34
II	PRAKTICKÁ ČÁST	35
4	METODIKA PRŮZKUMU	36
4.1	CÍL VÝZKUMU	36
4.2	METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
4.3	POPIS RESPONDENTEK	37
5	KAZUISTIKY	38
5.1	KAZUISTIKA Č. 1	38
5.2	KAZUISTIKA Č. 2	41
5.3	KAZUISTIKA Č. 3	44
5.4	KAZUISTIKA Č. 4	47
5.5	KAZUISTIKA Č. 5	50
5.6	KAZUISTIKA Č. 6	53
5.7	KAZUISTIKA Č. 7	56
5.8	KAZUISTIKA Č. 8	59
6	DISKUZE	62
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	68
	SEZNAM TABULEK.....	69
	SEZNAM PŘÍLOH.....	70

ÚVOD

Téma opožděného těhotenství primipar je v dnešní době velmi aktuální a neustále diskutované. O tomto problému dnešní doby nás neustále informují různé publikace, média, časopisy. Také si tohoto jevu si všímáme ve svém okolí. Ženy odkládají těhotenství do pozdějšího věku z různých důvodů, jak osobních tak i zdravotních. Těchto žen je stále více a více. V dnešní době mají ženy jiné možnosti než jejich maminky či babičky. Vyšší vzdělanost, vhodná pracovní pozice, cestování, formy moderní antikoncepce. Všechny tyto faktory ovlivňují ženy, které pak těhotenství odloží do pozdějšího věku.

Dnešní doba je velmi hektická a uspěchaná. Mají lidé vůbec na děti čas? Berou jako smysl svého života, mít za sebe i za druhé zodpovědnost?

I když je v dnešní době mnoho moderních technologií a vyspělé medicíny, stárnutí prvoroďček zastavit neumíme. Je mnoho otázek proč to ženy dělají, ale přesné důvody znají jen ony samy. Určitě počítají s riziky, které je mohou postihnout.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 JE VĚK MATKY OPRAVDU PODSTATNÝ?

1.1 Věk matky

Dle Českého statistického úřadu, se průměrný věk dnešních matek neliší od průměrného věku, ve kterém měly potomky naše prababičky nebo babičky. Ale přesto je od první republiky dnešní doba odlišná. Ve 20. letech 20. století byl průměrný věk rodiček 30,2 roku, v roce 2012 dosahoval k průměru 29,8 roku. Dnes je průměrný věk matek ovlivněn odkládáním těhotenství do vyššího věku, v době první republiky bylo více rodiček, které rodily děti vyššího pořadí. Tehdy byla úhrnná plodnost žen téměř 3 děti na jednu ženu, v roce 2012 dosahovala plodnost hodnoty necelé 1,5 dítěte na ženu. Od roku 1920 se věk matek snižoval, v polovině 80. let byl průměrný věk rodiček pouze 24,6 roku. Od roku 1997 začal průměrný věk rodiček meziročně růst zhruba o 0,3 roku. V letech 1998 až 2011 byly plodné nejvíce ženy od 25-29 let, v roce 2012 už to byly ženy ve věku 30-34 let. V současné době je posouvání rodičovství do vyššího věku trendem. Vzhledem ke věku matek je pozorován nárůst porodů císařským řezem a těhotenství po IVF (národní registr reprodukčního zdraví – rodičky).

Oddalování mateřství do pozdního věku bylo v 80. letech asi 5%, v poslední době hodnota stoupla až na 20 %. Tento fakt se však nepojí s „ideálním“ fertilním věkem, budováním pracovní pozice či se studii (Hašík, 2011, s. 13-15).

Roztočil (2008, s. 110) uvádí, že počet předešlých porodů, jejich průběh a výsledek je velmi důležitý při stanovení prognózy těhotenství a porodu. Pokud žena rodí poprvé mezi 30-35 lety, mluvíme o starší primipaře. Za starou primiparu považujeme ženu, která rodí poprvé po 35. roku života.

Průměrný věk rodičích žen v ČR za rok 2015 ukazuje tabulka v příloze I.

Pokles fertility uvádí i Štembera (2016, s. 100), který popisuje etapy vývoje plodnosti charakterizovanými třemi vývojovými modely. První model je biologický, který je nejstarší. Je podložen úrovní genetickou a hormonální, ovlivňuje lidskou psychiku vyjádřenou biologickou potřebou reprodukovat se a touhou ženy po mateřství. Navazující model je evoluční, ve kterém je rodičovství vysvětlováno jako nezbytné k udržení lidského rodu. Třetím modelem je model socio-kulturní, který je podporovaný normami sociálních institucí dané kultury. První variantou byla patriarchální společnost, kdy mateřství bylo reprodukční po-

tenci ženy, která byla pod mužskou kontrolou. S rozvojem ženské antikoncepce ustalo nežádoucí mateřství. Jednou ze známek bylo odsouvání narození prvního dítěte do pozdějšího věku.

Sobotková (2007, s. 154) píše, že starší matky jsou citlivější a rychle reagují na projevy dítěte. Děti starších rodičů jsou z rozumového hlediska vyspělejší, jsou více zapojovány do organizovaných aktivit a jsou učeny k samostatnosti. Starší matky vnímají své děti jako temperamentní, silné osobnosti, které jsou málo poddajné a hůře utišitelné už v útlém věku.

1.2 Motivační pohnutky žen k odkládání těhotenství

Důvodů, proč ženy odkládají těhotenství, je velmi mnoho. Například mají strach o ztrátu výhodné pracovní pozice, nejdříve chtějí dostudovat, budují si kariéru anebo cestují, tím nechtějí ztratit svou osobní svobodu. Dalšími faktory jsou i sociální situace, do kterých se matky dostávají. Důvodem je i fakt, že čím dál více žen za sebe necítí zodpovědnost.

Z mezinárodních výzkumů vyplývá, že nejčastějším důvodem, proč ženy odkládají mateřství nebo je vůbec neplánují, je ztráta osobní svobody a také strach o partnerský život. Faktem je, že negativní dopad na partnerský život po narození dítěte uvádí asi 50 % párů. České ženy jsou navíc v téhle situaci v „nevýhodě“. V dnešní době je sice ve světě větší angažovanost mužů v péči o dítě, ale v ČR není ještě tak aktuální (VLTAVA LABE MEDIA a.s., ©2005 – 2019, online).

Ani s prací to nemají matky jednoduché. V současné době se jich z mateřské dovolené na své místo do zaměstnání vrací pouze polovina. Většinou si zaměstnavatel mezitím najal nového zaměstnance na dobu neurčitou. S evropským srovnáním, je právě tato situace v ČR nejčastější, téměř až 40%, zatímco v EU je to necelých 15 %. Z tohoto porovnání vyplývá, že v naší zemi není moc přátelská atmosféra pro kombinaci pracovního a rodinného života (VLTAVA LABE MEDIA a.s., ©2005 – 2019, online).

Velmi vzácná je volba celoživotní bezdětnosti. Málokterá žena přijímá toto rozhodnutí lehce a nebojí se ho vyslovit. Z mezinárodních průzkumů vyplývá, že spíše než záměrem či taktikou bývá bezdětnost volbou nevolbou. Ženy o tom vypráví, jako o něčem co neplánovaly, ale stalo se to. Žena, která je přesvědčena o bezdětnosti a má zároveň hodně plánů do budoucna, pravděpodobně nikdy svého rozhodnutí nebude litovat (VLTAVA LABE MEDIA a.s., ©2005 – 2019, online).

Biermann a Raben (2006, s. 29) uvádějí, že v dnešní době ženy tak fyzicky nepracují, proto žijí déle, mají menší počet porodů a tím i méně komplikací s nimi spojených. O těhotné se také lépe stará stále vyspělejší medicína. I když je o těhotné ženy v dnešní době dobře postaráno, mají stále větší problém s někým dítě počít. Mají čím dál menší zodpovědnost za sebe, natož za někoho druhého. Nechtějí mít jednoho partnera na celý život, ale takového „partáka“ pro určitý životní úsek. Ještě nikdy nežilo tolik lidí bez partnera jako nyní. Prakticky polovina manželství se rozvádí. Když se narodí dítě, musí být matka spolehlivá, měla by se starat jak o dítě tak i nadále o partnera, ale na druhou stranu je zpravidla potřeba druhého příjmu do domácnosti, na kterou se stále zvyšují náklady.

Jak již bylo uvedeno, v dnešní složité a rychlé době jsou ženy postaveny před rozhodnutí mít či nemít děti. Právo mít dítě v době, jakou si sama žena určí, je dopadem užívání různých forem antikoncepce. Těmito metodami se nejčastěji chrání ženy mezi 20-40 lety. Na jednu stranu se chrání před neplánovaným otěhotněním, ale často se po vysazení antikoncepce stane, že jsou s otěhotněním potíže (Biermann a Raben, 2006, s. 30-31).

1.2.1 Vzdělanost a zaměstnanost žen

Sobotková (2007, s. 155) uvádí, že ženy odkládající mateřství, mají zpravidla vyšší vzdělání, bydlí a pracují ve městech a nejdříve si budují svou profesní pozici, kariéru. To, že starší matky málokdy vysvětlují odklad mateřství právě profesními důvody, je zajímavé. Ženy, které pracují v oblasti školství, výzkumu či vědy mají často problém s rozhodnutím, kdy mít děti. Přestávky v kariéře považují za „brzdy“ profesního rozvoje.

1.2.2 Formy rodinného života

V současné době je mnohem více rozvedených a znovu uzavíraných manželství, než dříve. Tyto počty stále rostou. V roce 2017 bylo v ČR 32 % sňatků opakovaných, kdy alespoň jeden z dvojice byl rozvedený. Matky rodící poprvé po 40. roce života mají průměrně o 3 roky mladší partnery. Také roste počet nesezdaných párů a počet svobodných matek. Dlouho převažoval dojem svobodné matky jako mladé ženy, která tzv. udělala chybu. Tento názor by bylo vhodné přehodnotit, protože roste počet žen, které by chtěly otěhotnět dříve, ale nemají vhodného partnera do manželství (Sobotková, 2007, s. 156).

1.2.3 Kontrola porodnosti

Zhruba jedna třetina dětí starších matek se rodí neplánovaně. Vykládá se to tím, že ženy již nepovažují za pravděpodobné, že by mohly otěhotnět. U žen nad 40 let je to už polovina dětí, které jsou neplánované. Proces rozhodování o rodičovství podléhá různým psychologickým a sociálním tlakům. Ženy, které chtějí děti, ale mají potíže s plodností, mají mnoho psychických tlaků – pocit ztráty, zlosti, méněcennosti, viny a také se cítí ukřivděny, a sociálních tlaků - ovlivňování ve prospěch dětí ze strany rodiny i nejbližšího okolí. Sociální tlaky na udržení rodinné linie pociťují nejčastěji lidé, kteří nemají sourozence. Osobní a sociální okolnosti do jisté míry ovlivňují rozhodování o rodičovství, ale v popředí je individuální hodnocení pozitiv a negativ mateřství. Označují se jako přínosy nebo oběti rodičovství (Sobotková, 2007, s. 156).

Oběti rodičovství:

- Zpomalení kariéry matky.
- Finanční znevýhodnění.
- Omezení osobní svobody.
- Dopad na manželský vztah.
- Nezvratný stav, který nelze vzít zpět.

Přínosy rodičovství:

- Rozvoj vztahů (s dítětem, s partnerem).
- Osobní naplnění.
- Pokračování rodu (pro některé rodiče velmi podstatný pocit).
- Rodičovství jako výzva (poznání se navzájem v partnerem).
- Rodičovství jako známka dospělosti.

(Sobotková, 2007, s. 157-158)

1.3 Prekoncepční příprava

U žen vyššího věku by mělo být těhotenství plánované. Rizika, která jsou spojená s těhotenstvím ve vyšším věku, by se měla eliminovat už před samotným početím. Proto by se měly tyto ženy primárně věnovat prekoncepční péči, která je dost opomíjená. Důraz na prevenci je jedním z důvodů poklesu mateřské a novorozenecké úmrtnosti v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Většinou se očekává, že zdravá žena bude mít zdravé děti. S rozmachem

léčby dříve nesnadně léčitelných onemocnění (vrozené či získané srdeční vady, diabetes, onemocnění jater nebo ledvin), stoupá četnost „rizikově“ gravidních žen, u kterých je nutný intenzivní lékařský dohled (Chmel, 2004, s. 15).

Nejrizikovějším obdobím pro správný vývoj jednotlivých orgánů a končetin plodu je první trimestr. Je vhodné vysadit všechny bezvýznamné léky, ovšem tableta léku při zvýšené teplotě nebo nesnesitelné bolesti hlavy nemůže ohrozit plánované těhotenství (Chmel, 2004, s. 15).

Žena, která pochybuje o tom, že je stoprocentně zdravá, by měla před početím své pochybnosti konzultovat ve specializované prekoncepční poradně. Tyto poradny využívají i ženy, které měly například problémy s předchozí graviditou nebo prodělaly potrat či mimoděložní těhotenství. Právě v těchto poradnách se dostanou nejkvalitnější odpovědi na otázky, které ženy trápí. Bohužel ne všechny otázky jsou vysvětlitelné a na některé odpovědi na své otázky si musí ženy počkat (Chmel, 2004, s. 15).

Úkolem prekoncepčního vyšetření je posouzení osobní i rodinné anamnézy, které může odhalit riziko onemocnění s dědičnou složkou, které se už v rodině vyskytlo a může se také objevit i v další generaci. Dalším úkolem je odhalení skrytého nosičství dědičných chorob, které se může poprvé objevit až závažným onemocněním potomků. U žen se také provádí vyšetření dispozic pro zvýšenou srážlivost krve a u mužů se vyšetřuje spermioqram (GENNET, © 2019, online).

Za nejdůležitější preventivní opatření považujeme postupy zaměřené na snižování tělesné hmotnosti, zařazení zdravých vzorců stravování, zvýšení tělesné aktivity, omezení až vynechání kouření, pití alkoholických nápojů a užívání návykových látek. Velmi důležitá je i prevence infekčních onemocnění a eliminace dopadu chronických onemocnění matky na průběh gravidity.

1.3.1 Hmotnost

Dobrou prevencí vzniku komplikací v těhotenství je přiměřená hmotnost ženy. Pokud má žena nadváhu, měla by se snažit zhubnout. Depresivní informací pro ženy je, že téměř všechny diety končí neúspěchem. Dietní opatření musí plynule přejít do normálních stravovacích návyků. Právě toto není pro většinu lidí jednoduché. Obézní ženy mají často problémy s otěhotněním z důvodu nepravidelné ovulace a menstruace. Důvodem komplikací v těhotenství bývá vysoký krevní tlak a při porodu je obtížné nedostatečné tlačení. Součástí

dietního režimu je také pohybová aktivita, kdy žena může cvičit doma nebo se zapíše do kurzu. Žena pozná, že se snížení hmotnosti vyplatí a bude se cítit lépe (Chmel, 2004, s. 16).

1.3.2 Cvičení

Samozřejmou součástí správné životosprávy je tělesný pohyb. Pokud žena před těhotenstvím aktivně necvičila, neměla by začínat sama. Poradit se může i v rámci psychoprofylaktického kurzu pro těhotné. Doporučuje se plavání, pravidelné procházky a třeba i turistika. Nehodné jsou sporty, kde hrozí úder na břicho nebo pády. Také při problémech s dechem by žena měla se sebou začít něco dělat. Při samotném porodu bude muset přece dítě vytlačit sama (Chmel, 2004, s. 16).

1.3.3 Stravování

Pokud si žena přeje otěhotnět, měla by se zaměřit i na své stravování. Strava by měla být harmonická a optimální. Je třeba, aby strava obsahovala všechny nezbytné živiny ve správných poměrech. Podstatou dobrého stravování jsou obiloviny, zelenina a luštěniny doplněné menším množstvím masa a ovoce. Vhodné je také užívat kyselinu listovou (Strnadelová, 2013, s. 119)

1.3.4 Alkohol a káva

Při přípravě ženy k početí se alkohol nedoporučuje ani v malém množství. Těhotenství nemusí žena ihned rozpoznat a může vzniknout poškození alkoholem už i v době embryonálního vývoje. Děti alkoholiček mají často po porodu abstinenční příznaky a poruchy poporodního vývoje (Chmel, 2004, s. 17).

S pitím kávy ženy skoncovat nemusí. Pokud ztratily chuť, nemůžou spát, trpí pálením žáhy nebo se objevil vysoký krevní tlak, tak by kávu měly přestat pít. Jinak to není nutné. Ženy se nemusí mučit „kávovou abstinencí“, naopak pití přiměřeného množství kávy ženám život zpříjemňuje (Chmel, 2004, s. 17).

1.3.5 Kouření

O otěhotnění se nedozví žena hned a právě v prvních týdnech je zárodek nejranitelnější. Proto by měla žena s kouřením přestat, nebo se vyhýbat zakouřeným prostorám už před početím. Škodlivé látky pronikají do těla těhotné a omezují přenos kyslíku. Tím neohrožuje

jenom sebe, ale i vývoj plodu. Ženám kuřačkám se častěji rodí děti s nízkou porodní hmotností, mají vyšší riziko samovolného potratu a předčasného porodu (Chmel, 2004, s. 17).

1.3.6 Léky

Pokud žena užívá léky trvale, měla by informovat lékaře, který lék předepsal, že plánuje těhotenství. Pokud je žena zdravá, neměla by zbytečně léky užívat. Měla by se vyvarovat léků na spaní, hormonů a drog. Doporučuje se nepodstupovat (před otěhotněním i v průběhu prvních tří měsíců) žádnou léčbu. V rámci prevence rozštěpových vad páteře a obličeje je vhodné užívat kyselinu listovou. Také je vhodné zahrnout do stravy dostatek ovoce a zeleniny, které obsahují přirozené vitaminy (Chmel, 2004, s. 17-18).

1.3.7 Infekce

Chce-li žena otěhotnět, měla by se vyhnout infekcím. Neměla by se snažit otěhotnět v průběhu chřipkového onemocnění, kdy virus může těhotenství ovlivnit. Infekci, která je způsobena bakteriemi, můžeme léčit příslušnou antibiotickou léčbou, a tím zmenšit její vliv na vývoj těhotenství. Očkování živými viry je stejně nebezpečné jako infekce. Proto by ženy, které plánují otěhotnět, neměly plánovat návštěvu exotických zemí, kde se vyžaduje očkování. V případě poševních infekcí, by ženy měly navštívit gynekologa a zánět vyléčit před početím (Chmel, 2004, s. 18).

Součástí prekoncepční péče může být řešení problémů s neplodností, které můžou být jak ze strany matky, tak otce. V těchto případech se můžou partneři obrátit na specialisty v oblasti asistované reprodukce.

1.4 Neplodnost

Neplodnost, také označována jako sterilita, je soubor nemocí, které mají řadu významných medicínských, psychosociálních a ekonomických aspektů. Při sterilitě vyšetřujeme celý pár, popř. léčíme celý pár. Při otěhotnění je potřeba funkce reprodukčního systému a dalších endokrinních systémů obou partnerů. Pro plodnost ženy má zásadní význam funkce osy hypothalamus-hypofýza-ovarium (Fait, 2018, s. 62).

1.4.1 Ženská neplodnost

Fait (2018, s. 62) uvádí, že sterilita je neschopnost početí při častém (alespoň 2x týdně), pravidelném pohlavním styku po dobu alespoň 1 roku. U žen starších 35 let zahajujeme vyšetření už po 6 měsících neúspěšného snažení. Ženská sterilita může být primární (kdy žena nikdy neotěhotněla) nebo sekundární (jestliže už těhotenství proběhlo i neúspěšně). Maximální plodné období je pro ženy okolo 24. roku života, poté rychle klesá, zejména po 30. roku.

Dle Faita (2018, s. 63) se příčina sterility udává ve 35-45 % na straně ženy, ve 30-40 % na straně muže a u 20 % párů současně u obou.

1.4.2 Mužská neplodnost

Současný přístup k léčbě mužské sterility je nedostatečný, i když se na poruchách plodnosti podílejí ne o moc méně než ženy. V ČR není zavedena pravidelná preventivní prohlídka reprodukčních orgánů pro muže, jako je to u žen. Proto se muži začínají problémy zabývat až při neúspěšném snažení s partnerkou o početí. Poté navštíví sexuologa nebo centrum asistované reprodukce, kde dochází k prvnímu vyšetření spermioqramu (Fait, 2018, s. 248).

Faitův (2018, s. 249) názor je takový, že by měly být zavedena mužská prevence od 18ti let, kdy se o mládež přestane starat pediatr. Návštěva u androloga by zahrnovala jak anamnézu a základní urologické vyšetření, tak i vyšetření spermioqramu. Při abnormálním nálezů by zhodnotil další postupy (hormonální analýzu či endokrinologické nebo genetické vyšetření).

1.5 Asistovaná reprodukce

V současné době je nejčastější příčinou zásahu reprodukční medicíny věk nevhodný k mateřství. S faktem, že věk zvyšuje sterilitu, by měli být seznámeni i muži (Fait, 2018, s. 130).

Faktory, které ovlivňují asistovanou reprodukci:

- Věk matky – významný a neovlivnitelný faktor vymezující úspěšnost léčby technikami asistované reprodukce.
- Etiologie neplodnosti – nejlepších výsledků se dosahuje u tuboperitoneálního faktoru neplodnosti.
- Kryokonzervace embryí – rutinní součást asistované reprodukce.

- Počet transferovaných embryí – v současnosti je nejideálnější přenos 2 embryí do dělohy, někdy pouze jedno, které je jako prevence vícečetné gravidity. (Roztočil, 2008, s. 221)

Metody asistované reprodukce:

- Intrauterinní inseminace – je jednoduchou, levnou a neinvazivní technikou, která je pro ženy bezpečná. Principem je vpravení do dutiny děložní vpravení spermií v živném roztoku přes děložní hrdlo v době ovulace. Šance pro otěhotnění v přirozeném ovulačním cyklu je asi 7 % (Řezáčová et al., 2018, s. 130-131).
- In vitro fertilizace a embryotransfer – „mimoděložní oplození“, které patří mezi nejefektivnější metody poruch plodnosti. Principem je odběr zralých vajíček, ke kterým se v laboratorních podmínkách přidají spermie. Spermie přirozeně proniknou k vajíčku, která jsou poté vložena zpět do dělohy. Po prvním IVF cyklu otěhotní 39-57 % žen, u žen starších 40 let úspěšnost klesá k 28 % (Gennet, ©2019, online).

Postup při IVF-ET je v pěti krocích. Nejprve se žena připravuje hormonálně, poté se odeberou oocyty, následně proběhne oplození oocytů in-vitro, dále proběhne embryotransfer a posledním krokem je luteální podpora (Řezáčová, 2018, s. 137).

2 RIZIKA OPOŽDĚNÉHO TĚHOTENSTVÍ PRO MATKU

U žen vyššího věku dochází častěji k výskytu komplikací v těhotenství, jako jsou například gestační diabetes nebo preeklampsie. Starší ženy mohou mít problém i se samotným otěhotněním. Proto také se zvyšuje zastoupení žen, u nichž k těhotenství dochází až po IVF či po ET, s častějším výskytem vícečetných gravidit představujících zvýšené riziko předčasného porodu. To byla jedna z příčin nárůstu výskytu novorozenců s nižší vahou jak 2500g v populaci, ale také nárůstu frekvence císařského řezu. První těhotenství v pozdějším věku matek bylo také příčinou nárůstu počtu žen s narozením pouze jednoho dítěte, ale i žen bezdětných, což přispělo k výraznému poklesu fertility (Štembera, 2016, s. 100-101).

V příloze II. najdeme tabulku, která popisuje komplikace matky ve vztahu k jejímu věku.

Hájek (2004, s. 28-35) tvrdí, že poměr starších primipar přes 35 let je vyšší u vyléčených neplodných žen než u běžné populace. S věkem matky se zvyšuje počet těhotenských komplikací, nejčastějším rizikem je hojnost abortů (s věkem matky se počet potratů zvyšuje). Ženy starší jak 40 let mají riziko potratů až pětinasobně vyšší než ženy ve věku 30-35 let (dle Amer. Fertil. Soc. 33,9%). Také uvádí, že se zvyšuje výskyt vícečetných těhotenství, riziko předčasných porodů a porody novorozenců s nízkou porodní hmotností a to lze dát do souvislosti se základním systémovým onemocněním starší matky.

2.1 Možná rizika a komplikace žen vyššího věku

2.1.1 Zdravotní komplikace

2.1.1.1 Poruchy placenty

Placenta praevia, neboli včestné lůžko, je další možnou komplikací v těhotenství žen starších 35 let. Včestné lůžko klasifikujeme 4 stupni podle uložení v dolním děložním segmentu (Roztočil, 2008, s. 267).

Hlavním klinickým příznakem placenty praevie je krvácení, které se poprvé obvykle objeví na konci prvního trimestru těhotenství. Dále se krvácení může objevit až v druhé polovině gravidity, kdy se začíná rozvíjet dolní děložní segment. Náhlé odlučování placenty vede k těžké hypoxii plodu a velká krevní ztráta ohrožuje na životě i matku. V tomto případě je jedinou záchranou provedení císařského řezu (Hájek, 2014, s. 310).

V roce 2012 byla v New Yorku provedena analýza, která se zaměřovala na ženy s placentou praevii ve vztahu ke krvácení. Bylo pozorováno 113 žen, z toho 48 % žen udrželo těhotenství do termínu. 52 % žen prodělalo krvácení, které je komplikací včestného lůžka. Těhotné nejčastěji začaly krváčet v rozmezí 29.-33. týdnu. Ze závěru studie vyplývá, že placenta praevia je s předčasným krvácením důvodem k předčasnému porodu (Fishman, 2012, online).

Abrupce placenty se definuje jako předčasné odlučování normálně nasedajícího lůžka. Odloučení může být buď částečné, nebo úplné. Frekvence výskytu je 1%. Je také rizikovým faktorem u těhotných žen s věkem nad 35 let. Důvod, proč k odloučení dojde, je nejasný. Příčinami mohou být tupé úrazy břicha těhotných, tuhé plodové blány, krátký pupečník, náhlé zmenšení obsahu dělohy po dirrupci vaku blan (Hájek, 2014, s. 314).

Abrupci diagnostikujeme krvácením, abdominální bolestí, změnami na CTG a pomocí UZ vyšetření. Dbáme na dostatečnou monitoraci plodu, kontrolu FF matky, laboratorní vyšetření krve, popřípadě podáme krevní náhrady a sledujeme příjem a výdej tekutin. Při léčbě volíme císařský řez až ve vyšším stupni onemocnění (Procházka a Pilka, 2018, s. 144-145).

2.1.1.2 Poruchy pupečníku

Patologický úpon pupečníku může být také závažnou komplikací. I když v dnešní době je mnoho moderních ultrazvuků, ve většině případů se prokáže až po porodu. Úpon pupečníku může být uložen v okraji nebo blízko okraje placenty, v plodových obalech nebo může být vidlicovitě rozdělen před úponem na placentu (Hájek, 2014, s. 307).

Dalšími komplikacemi můžou být *naléhání* a *výhřez pupečníku*, které se rozdělují na 3 stádia. Naléhající pupečník, skrytý výhřez pupečníku a manifestní výhřez pupečníku. Mezi poruchy pupečníku se řadí i *odchyly v jeho délce*. Rozlišujeme absolutně krátký pupečník (kratší než 40cm), relativně krátký pupečník (pupečník má normální délku, ale je ovinutý kolem plodu) a dlouhý pupečník (delší než 70cm), který je často omotán kolem plodu (Bubeníková a Procházka, 2018, s. 141).

2.1.1.3 Poruchy délky gravidity

Mezi rizika těhotných žen nad 35 let patří i předčasný porod, který je klasifikován jako porod před ukončeným 37. týdnem těhotenství. Spodní hranice předčasného porodu je hůře definovatelná. Dle České neontologické společnosti je hranice variability plodu stanovena na ukončený 24. týden těhotenství. Frekvence předčasných porodů stoupá jak v ČR (okolo 8

%), tak i ve světě. Předčasný porod se definuje jako nástup pravidelných děložních kontrakcí, které vedou ke změnám na děložním čípku (Procházka a Pilka, 2018, s. 131).

Léčbou hrozícího předčasného porodu spočívá v hospitalizaci těhotné ženy, pokud se jedná už o počínající předčasný porod, měla by být žena transportována do perinatologického centra, kde je adekvátní materiální, technické i personální vybavení. V ČR je takových center 12 a upínají se na předčasné porody v rozmezí 23+1 až do konce 32. týdne těhotenství (31+6) (Procházka a Pilka, 2018, s. 134).

Potrat je nejčastěji definován jako vypuzení nebo vynětí plodu z dělohy, který neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší jak 500g, nebo je těhotenství kratší než 22 týdnů. Potraty se rozlišují na spontánní (samovolné) a indukované (Hájek, 2014, s. 240).

Dále Hájek (2014, s. 240) uvádí, že se zvyšujícím se věkem matky se zvyšuje výskyt potratů. U žen ve věku 34-39 let je výskyt potratů 2,6%, u žen nad 40 let je to už 13,6 %.

Binder (2011, s. 88) píše, že výskyt potratů klinicky diagnostikovaných je okolo 15-20 %. Odhaduje se, že až 60 % žen potratí a ani nezaznamená, že je těhotná a opožděné krvácení pokládá jako za menstruaci. Toto těhotenství se označuje jako „chemické“.

Mezi komplikace pozdní gravidity také patří narození mrtvého plodu. Ženy ve věku 35 let mají riziko 1:1000, kdežto ženy po 40. roce života mají riziko 1:440. Někteří autoři tvrdí, že věkové riziko je pouze u těhotných straších 40 let (Nybo – Anderson et al., 2000, Huang et al. 2008, online).

V Británii byla provedena studie u 630 žen-primipar v průběhu dvou let. Z této studie vyšel výsledek, že u žen starších 35 let došlo k 60 % úmrtí plodů (Walker, 2012, online).

2.1.1.4 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) je jednou z častých komplikací v těhotenství. DM I. typu je popisován úplným nedostatkem inzulínu. DM II. typu je charakterizován poruchou sekrece inzulínu nebo inzulínovou rezistencí. Rizikem pro matku s DM I. typu je nefropatie, která může zapříčinit až selhání ledvin. U diabetiček je častější výskyt těhotenské hypertenze nebo pre-eklampsie. DM II. typu je často spojován s vyšší věkovou skupinou, do kterého se dnešní rodičky posouvají. Ženy, které před těhotenstvím užívaly perorální antidiabetika, přecházejí v těhotenství na léčbu inzulínem. Po porodu se vrací ke svému původnímu režimu. Rodičky

s diabetem jsou odesílány do perinatologických center, kde jsou v péči diabetologa, porodníka a neonatologa. U diabetiček se často ukončuje těhotenství s termínem porodu (Procházka a Pilka, 2018, s. 94-97).

Gestační diabetes mellitus (GDM) je definován jako glukózová intolerance různého stupně, která byla zjištěna nebo objevena v graviditě. Výskyt žen s gestačním diabetem je asi 2-3% populace. Příčinou je rostoucí inzulinová odolnost, která je sice fyziologická, ale diagnostikujeme ji u žen neschopných ji kompenzovat. Mezi rizikové faktory patří: obezita, rodinná zátěž, vyšší věk (už od 25 let), porod velkého plodu nebo glykosurie na začátku těhotenství (Procházka a Pilka, 2018, s. 96-97).

2.1.1.5 Hypertenze, preeklampsie

Hájek (2014, s. 316) uvádí, že se hypertenze v těhotenství diagnostikuje tehdy, pokud se systolický krevní tlak zvýší o 30 mmHg a diastolický TK o 15 mmHg. Uvádí se také, že TK 140/90 mmHg a vyšší je hranice pro diagnózu hypertenze v graviditě. TK vyšší jak 160/110 mmHg svědčí o těžké formě hypertenze. Krevní tlak se má měřit za standardních podmínek v polosedě s podepřenou paží.

Preeklampsie patří mezi nejzávažnější komplikace v těhotenství, která se objevuje pouze v tomto období života ženy. Kritéria pro diagnostiku preeklampsie jsou hypertenze (TK vyšší jak 140/90mmHg) a proteinurie (ztráta bílkoviny za 24 hodin větší než 300mg). Často se také objevují otoky dolních končetin (Procházka a Pilka, 2018, s. 61).

Riziko výskytu preeklampsie je vyšší u žen s věkem nižším 18ti let a vyšším jak 35 let, u primipar, u obézních žen i u diabetiček (Procházka a Pilka, 2018, s. 62).

Eklampsie je spojením preeklampsie a výskytem tonických a následně tonicko-klonických křečí. Její výskyt je 2-6 na 10 000 porodů. K tomuto záchvatu může dojít i po 24 hodinách po porodu. Opatřením při eklamptickém záchvatu spočívá v udržení volnosti dýchacích cest, zamezení poranění matky (špachtle obalená mulem vložená do úst zabrání pokousání jazyka), léčbě křečí s následným ukončením těhotenství, bez ohledu na životaschopnost plodu (Procházka a Pilka, 2018, s. 65).

2.1.1.6 Chronické onemocnění

Epilepsie může být také závažnou komplikací v těhotenství. Asi 40 % žen, které trpí tímto onemocněním, je ve fertilním věku. Možnost otěhotnění je u žen epileptiček mírně snížena,

ale neznamená to, že epileptička nemůže bez problémů otěhotnět a porodit zdravé dítě. Pokud žena trpící epilepsií otěhotní, neměly by se jí dávky antiepileptik zvyšovat, protože mohou mít teratogenní účinky na plod. Ihned jak žena zjistí, že je těhotná, měla by o tomto stavu kontaktovat neurologa (Hájek, 2014, s. 387-388).

2.1.1.7 Vícečetná těhotenství

Hudec a Procházka (2018, s. 167) uvádějí, že v poslední době je nárůst vícečetných těhotenství zapříčiněno souvislostí s asistovanou reprodukcí, kterou nejčastěji podstupují ženy vyššího věku. Vícečetné těhotenství se definuje jako gravidita, kdy se v děloze vyvíjí 2 nebo více plodů.

U přirozených cyklů se vícečetná těhotenství vyskytují podle tzv. Hellinsova pravidla: dvojčata 1:85 jednočetných gravidit, trojčata 1:85² jednočetných gravidit a čtyřčata 1:85³ jednočetných gravidit (Kudela, 2008, s. 229).

Dle Roztočila (2008, s. 250) existují i další faktory, které ovlivňují vznik vícečetné gravidity a patří mezi ně vyšší věk matky (čím je matka starší, tím je pravděpodobnost vyšší) a plemeno (nejčastější výskyt vícečetných gravidit je u černé rasy, méně u bílé a nejméně u žluté). Vícečetná gravidita klade vyšší nároky na adaptaci ženského organismu než u gravidit jednočetných. V šestinedělí se k somatickým komplikacím řadí zejména psychické problémy. Častěji nastává poporodní blues nebo také poporodní deprese. Laktační psychóza se často nevyskytuje (Roztočil, 2008, s. 251).

2.1.1.8 Císařský řez - *Sectio caesarea* (SC)

Císařský řez (SC) je nejčastější operací, která ukončuje těhotenství ve III. trimestru těhotenství. Tímto názvem je označován porod plodu a placenty naříznutím v přední břišní a děložní stěně. SC má velký potenciál v záchraně matky i plodu. V roce 2016 četnost císařských řezů v ČR dosáhl 25 %. Mezi indikace k SC patří: předpokládané akutní ohrožení plodu, chronický distress plodu, výhřez pupečníku, abnormální uložení placenty, krvácení v těhotenství či za porodu, vícečetné těhotenství, psychologická indikace. Indikací k císařskému řezu je i zdravotní stav matky, který komplikuje těhotenství a neumožňuje vaginální porod (Procházka a Pilka, 2018, s. 202-203).

2.1.2 Psychické komplikace

2.1.2.1 Úzkostné stavy

Už jenom samotné těhotenství může být příčinou vzniku úzkostných pocitů. Žena se obává průběhu těhotenství, porodu a jak zvládne péči o dítě. Příčinami úzkostných stavů jsou hormonální změny, stresové situace nebo nedostatečná akceptace ženské role. U těhotných se mohou objevit i poruchy spánku, separační úzkost, strach z porodu či strach z personálu (Vrublová, 2018, s. 225-226).

2.1.2.2 Deprese

Deprese se objevují stejně často u těhotných žen jako u netěhotných. Těhotenská deprese se častěji objevuje u žen s depresí v anamnéze, u nezletilých nebo starších těhotných, u žen bez partnera. V těhotenství jsou atypické příznaky deprese, jako jsou vtíravé myšlenky, fobie, sklony k magickému myšlení nebo hypochondrie. Ženy s neléčenou depresí častěji rodí předčasně, novorozenci mají nižší porodní hmotnost a jsou po porodu dráždivější. Také častěji dochází ke komplikacím během porodu a v poporodním období hrozí zhoršení deprese a hrozí riziko zanedbání dítěte (Maršálek, 2006, str. 19-21).

2.1.2.3 Poporodní blues

Poporodní blues patří mezi poruchy nálady, které jsou po porodu běžné. Žena v tomto období prožívá kolísání emocí. Střídá se pocit skleslosti s radostí ze života. Jeho vrcholem je 3. – 4. den po porodu a během několika hodin (až dní) vymizí. Žena je plačtivá, podrážděná, emočně labilní a objevují se i poruchy spánku. Pokud příznaky trvají několik týdnů, mohou přejít až v depresivní poruchu. U žen s poporodní depresí se objevují nutivé násilné myšlenky ublížit dítěti (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, str. 78-79).

3 RIZIKA OPOŽDĚNÉHO TĚHOTENSTVÍ PRO PLOD

Štembera (2016) popisuje, že vznik perinatální morbidity a její druh lze rozdělit (dle časového hlediska vzniku a klinických projevů) do dvou skupin:

- První skupinu tvoří komplikace, které vzniknou v těhotenství, za porodu a bezprostředně po porodu.
- Druhá skupina zahrnuje poruchy ve vývoji dítěte a klinicky se projevuje až v následujících měsících života dítěte.

Komplikace plodů ve vztahu k věku matky popisuje tabulka v příloze III.

Věk těhotné nad 35 let je stále platným indikačním kritériem invazivní prenatální diagnostiky nebo indikací ke genetické konzultaci, které mohou odhalit riziko pro plod.

3.1 Prenatální diagnostika

Prenatální diagnostika zahrnuje souhrn vyšetření provedených v průběhu těhotenství zaměřených na záchyt vrozených vývojových vad plodu. Cílem prenatální diagnostiky je získat informace o aktuálním vývoji a stavu plodu a tím zajistit co největší pravděpodobnost porodu zdravého dítěte. Nikdy ale nelze vyloučit 100 % vrozených vývojových vad, i přes veškeré moderní metody (Sanatorium Helios, 2019, online).

Více než 50 % patologických nálezů při invazivní prenatální diagnostice tvoří Downův syndrom (trisomie 21). Diagnostika tohoto patologického nálezu je klinicky neobtížnější a úspěšnost sekundární prevence této chromozomální vady ukazuje celkovou úspěšnost genetické prenatální péče. V ČR je záchytnost této vady 70 % (Hájek, 2004).

Dle studie Dhaifalaha (2007, s. 181), je v České republice průměrný počet porodů ročně okolo 100 000, z toho 9 % těhotných žen je starších 35 let. 99 % žen podstoupí v těhotenství screeningové vyšetření na nejčastější chromozomální abnormality, NTD (rozštěp neurální trubice) a IUGR (intrauterinní růstová retardace plodu). Ve většině případů se jedná o biochemický screening ve II. trimestru gravidity a dvě UZ vyšetření. Tendence odkládání těhotenství po 35. roku života ženy způsobuje vyšší riziko výskytu genetické vady plodu, zvýšená prenatální, intrapartální a neonatální morbidity a mortality. Rizika mohou být zjištěna pomocí neinvazivních či invazivních vyšetřovacích metod. Vzhledem k dnešní moderní prenatální diagnostice, by ženy neměly svůj věk chápat jako překážku k otěhotnění.

3.1.1 Genetické poradenství

Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad (i dědičných onemocnění) a fetální medicína jsou značně nákladné, ale efektivní. Nelze ale vyloučit možnost intrauterinního poškození plodu, buď následkem zákroku, nebo podrážděním dělohy a tím vyvolanou provokací děložní činnosti s následným potratem. Proto by se mělo k prenatální diagnostice přistupovat až po důkladné obezřetnosti a zhodnocení možných rizik. Genetické poradny jsou ambulancemi pracovišť lékařské genetiky a fetální medicíny, které by měly být vedeny zkušeným pracovníkem s kvalifikací v lékařské genetice. Tím lze i v často velmi komplikovaných situacích poskytnout vhodný postup a rozhodnout, která metoda prenatální diagnostiky bude nejvíce vhodná. Základní podstatou genetické konzultace je výhradní nestrannost s respektováním přání obou partnerů, s předností zájmu těhotné ženy (Kudela, 2008, s. 265).

Indikacemi pro prenatální diagnostiku jsou např.:

- Pokročilý rodičovský věk.
- Pozitivní biochemický test v I. nebo II. trimestru těhotenství.
- Předchozí potrat.
- Zvýšený alfa-fetoprotein nad 2,5násobek mediánu v mateřském séru.
- Metabolické choroby u některého z rodičů.
- Morfologické defekty (skeletální dysplazie nebo specifické syndromy).

3.1.2 Neinvazivní vyšetřovací metody

3.1.2.1 Laboratorní vyšetření

Při vyšetření krve se nejčastěji odběr provádí ráno na lačno. Žena by měla být před odběrem poučena od porodní asistentky. Nedoporučuje se kouřit, konzumovat tučná jídla, pít černou kávu a vynechat léky, které nejsou naprosto nezbytné (Roztočil, 2008, s. 58).

Laboratorním vyšetřením krve do 14. týdne těhotenství se stanovuje krevní skupina a Rh faktor matky. Také se provádí screening stanovením počtu erytrocytů, leukocytů a trombocytů, hematokritu a hladiny hemoglobinu, sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis a také glykemie na lačno (Unzeitig et al., 2012, online).

V prvním trimestru gravidity se provádí tzv. kombinovaný test, který má schopnost zachytit vrozené vývojové vady až v 90 %. Prvotrimestrální screening se skládá z odběrů krve a ul-

trazvukového vyšetření. Výsledkem je míra rizika postižení plodu chromozomálními aberacemi. Také lze zjistit přesné stáří gravidity, posouzení fyziologického vývoje plodu se zhodnocením struktur viditelných na konci prvního trimestru (Callahan a Caughey, 2014, online).

Vyšetření krve ve 27. – 32. týdnu těhotenství opakovaně stanovuje hematokrit a počet erytrocytů, leukocytů i trombocytů a hladiny hemoglobinu v séru těhotné ženy. Pouze výběrově se provádí sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis (Unzeitig et al., 2012, online).

3.1.2.2 Biochemický screening vrozených vývojových vad

Aneuploidie jsou nejen zásadní příčinou perinatálních úmrtí, ale také častou příčinou psychomotorického či fyzického postižení (Belošovicová a Calda, 2012, s. 20).

Historicky prvním rozeznávaným sérologickým markerem zvýšeného rizika Downova syndromu byla nižší hladina mateřského sérového alfa-fetoproteinu. Zpočátku se zdálo, že senzitivita screeningu postaveného na tomto jediném faktoru bude dostatečná (a to dokonce bez ohledu na věk těhotné ženy). V následných rocích se prokázalo, že vyšší efektivity se dosahuje při použití všech známých informací (jiné biochemické markery, věk těhotné a ultrazvukový nález), na jejichž základě se individuálně vypočítá riziko každé těhotné (Hájek, 2014, s. 67).

3.1.2.3 Ultrazvuková vyšetření (UZ)

UZ vyšetření do 14. týdne těhotenství

Dle doporučených postupů České gynekologicko-porodnické společnosti (ČGPS) musí písemná zpráva zhodnotit počet plodů, při vícečetném těhotenství chorionicitu a amnionicitu, vitalitu plodu a biometrii (je měřen parametr CRL – temeno-kostrční vzdálenost), podle které se určuje termín porodu (Unzeitig et al., 2012, online).

UZ vyšetření v 20. – 22. týdnu těhotenství

Písemná zpráva musí zhodnotit počet plodů, vitalitu, biometrii, při které jsou měřeny parametry BPD (biparietální průměr), HC (obvod hlavy), AC (obvod břicha) a FL (délka stehenní kosti). Dále se hodnotí morfologii plodu, lokalizaci placenty a množství plodové vody (Unzeitig et al., 2012, online).

UZ vyšetření v 30. – 32. týdnu těhotenství

Hodnotí se počet plodů, vitalita, poloha plodu, biometrie (BPD, HC, AC a FL), lokalizace placenty a množství plodové vody (Unzeitig et al., 2012).

Mezi neinvazivní vyšetřovací metody patří také amnioskopie, kardiokografie, ST-analýza, popřípadě fetální pulzní oxymetrie (Unzeitig et al., 2012, online).

3.2 Invazivní vyšetřovací metody

K těmto metodám se přistupuje při závažném podezření na chromozomální aberace, které se prokazují pozitivitou I. a II. trimestrálního screeningu a věkem matky nad 35 let, nejčastěji na doporučení genetika (Binder a kolektiv, 2011, s. 56).

V současné době se používají metody, které jsou asistované ultrazvukem.

- Amniocentéza
 - Přes břišní stěnu matky se provede punkce pod ultrazvukovou kontrolou. Odebere se 15-20ml plodové vody pomocí jehly silné 0,9mm. Amniocentéza se provádí od ukončeného 15. týdne těhotenství. Jedná se o výkon sterilní, bez anestezie či sedace matky. Materiál se zpracuje v cytogenetické laboratoři, kultivují se odloupané epitelie plodu a amniocyty. Tím se získá celý karyotyp, který provede detekci strukturálních anomálií plodu (Roztočil, 2008, s. 69-70).
 - Dle Šípka (2011, online), je aminocentéza v ČR nejčastější invazivní metodou prenatalní diagnostiky. Věkový limit k aminocentéze je ustanoven na 35. rok života ženy. Uvádí, že v letech 2007-2009 bylo odebráno 418 vzorků PV pouze z věkové indikace. Průměrný věk těhotných žen byl 38,02 roku.
- Kordocentéza
 - Přes břišní stěnu matky se provede odběr pupečnickové krve plodu pod UZ kontrolou. Toto vyšetření poskytuje přesnější informace o stavu plodu. Také umožňuje intraumbilikální transfuze nebo aplikace léčiv. Kordocentéza se provádí od 20. týdne těhotenství. Fetální ztráty jsou srovnatelné s AMC, tedy nepřesahují 1 % (Binder a kolektiv, 2011, s. 57).
- Biopsie choria (CVS – Chorionic Villus sampling)
 - Transabdominálně nebo transcervikálně se provede odběr choriových klků pod UZ kontrolou. Transabdominální vstup je bezpečnější než transcervikální. Choriové klky se zpracovávají přímo nebo se buňky kultivují podobně jako u AMC (Binder, 2011, s. 57).

3.3 Vrozené vývojové vady (VVV)

VVV jsou definovány jako odchylky od normálního vývoje jedince. V literatuře se objevuje výskyt VVV mezi 3-6 %. Vznikají z exogenních a genetických příčin. Vrozené vývojové vady dělíme na strukturální, metabolické či kombinované. Ve většině případů je etiologie VVV těžko určitelná, z důvodu velmi mnoho faktorů, které ovlivňují plod. K odhalení vad v průběhu těhotenství slouží pod obor perinatologie, který se nazývá prenatalní diagnostika. Hovoříme o screeningu VVV, který má dvě části – biochemickou a ultrazvukovou (Roztočil, 2008, s. 248).

V příloze IV jsou popsány doby zjištění VVV ve vztahu k věku matky.

Dle Hájka (2004) mezi příčiny VVV patří:

- Exogenní příčiny – infekce matky, ionizační záření, chemikálie a léky, nedostatek ve výživě, mechanické faktory (amniální pruhy).
- Genetické příčiny – genopatie, gametopatie, blastopatie, fetopatie (placentární příčiny, celková onemocnění matky a věk).

3.4 Možná rizika a komplikace pro plod

Těhotenství ve vyšším věku neohrožuje pouze matku, ale samozřejmě je ohrožen i plod. Nejznámější komplikací je Downův syndrom, neboli trisomie 21. chromozomu, která se vyskytuje ve frekvenci 1:700 narozených dětí. K vyššímu věku matky jsou připisovány i Klinfelterův syndrom, Edwardsův syndrom, Patauův syndrom a další. Komplikace plodu závisí na rizicích a komplikacích matky. Niže popisované komplikace plodu mohou být ve vztahu s předčasným porodem (důvodem může být abrupce placenty nebo vícečetné těhotenství), s poruchami placenty a pupečníku, diabetem mellitem nebo chronickým onemocněním.

3.4.1 Nedonošený novorozenec

Nedonošený novorozenec se označuje takové dítě, které se narodí před ukončeným 37. týdnem těhotenství. U velmi malých nedonošenců může nezralost jejich orgánových systémů vést k různým onemocněním, jako jsou například apnoe a bradykardie, perzistující ductus arteriosus, syndrom dechové tísně, retinopatie nebo intrakraniální krvácení. Výskyt předčasných porodů je asi 5-6% z celkového počtu. U 1,5 % jsou novorozenci o hmotnosti nižší jak

1500g. Příčinami nedonošení plodu můžou být mateřské faktory, které jsou popsány v kapitole 2 (Muntau, 2009, s. 8-9).

3.4.2 Makrosomie plodu

Jako makrosomní se označuje plod o hmotnosti 4000g a více. Makrosomie je synonymum pro hypertrofii plodu. V literatuře se používá pojem i LGA (large for gestational age), který zahrnuje všechny konstitučně velké plody. Výhodou tohoto označení je přijatelnost v každém gestačním stádiu. Za nejvýznamnější příčinu makrosomie je považována přítomnost DM matky v těhotenství, zejména jeho kompenzace. U žen diabetiček se makrosomie plodu vyskytuje v rozmezí 25-42 %. U žen bez diabetu je to 8-10 %. Dalšími faktory pro vznik makrosomie jsou rodinná genetická dispozice, výživa matky nebo vyšší váhový přírůstek (Procházka a Pilka, 2018, s. 179).

Makrosomie se určuje kombinací aspekce s palpací dělohy a plodu zevním porodnickým vyšetřením. Tento odhad hmotnosti je pouze hrubý, ale navádí k provedení UZ vyšetření. Nejlepší výsledek dosáhneme pomocí UZ stanovení předpokládané hmotnosti plodu (EFW). Toto stanovení vychází z 3 základních parametrů měření – příčný průměr hlavičky, obvod břicha a délka stehenní kosti (BPD, AC a FL). Při diagnostice makrosomie by se měl plod po celou dobu těhotenství sledovat a ve 37. - 38. týdnu těhotenství by se mělo provést kontrolní UZ vyšetření. Pokud není stanoven kefalopelvický nepoměr, porod můžeme vést vaginálně. U odhadované velikosti nad 5000g se volí primárně císařský řez (Procházka a Pilka, 2018, s. 180).

Vztah mezi věkem matky a porodní hmotností ukazuje tabulka v příloze V.

3.4.3 Akutní intrapartální hypoxie plodu

Akutní intrapartální hypoxií plodu označujeme stav omezení nebo úplné zástavy přenosu krevních plynů mezi matkou a plodem, které přechází přes placentu a pupečník. Tento stav vede ke snížení saturace fetální krve kyslíkem a k akumulaci oxidem uhličitým. Klasifikace hypoxie má 3 stupně. Prvním stupněm je hypoxemie. Tento stav postihuje arteriální krev plodu a orgánové funkce jsou zachovány. Druhým stupněm je hypoxie. Tento stav z nedostatku kyslíku začne postihovat i periferní tkáň. Reakcí na hypoxii je vyplavení stresových hormonů, které vyvolají redistribuci krevního zásobení ve prospěch srdce, mozku, nadledvin a centrálních orgánů. Novorozenec kompenzuje tento stav po dobu několika hodin po po-

rodu. Třetím a nejdůležitějším stupněm je asfyxie. Tento stav je definován jako úplná zástava zásobení plodu kyslíkem. Pokud nedojde k obnově zásobení, hrozí plodu selhání centrálních orgánů. Může dojít až k selhání kardiovaskulárního systému a mozku (Roztočil, 2008, s. 263-264).

3.4.4 Intrauterinní růstová retardace plodu

Intrauterinní růstová retardace plodu (IUGR) je definována jako opožděný intrauterinní růst a vývoj podle UZ biometrie o 3-4 týdny, ve vztahu ke gestačnímu stáří. Je nejčastější příčinou mrtvorozenosti (Hájek, 2014, s. 278-279).

Existují 3 kategorie:

- Symetrický (proporciální) – od počátku gravidity plod zaostává, nejčastější příčinou je intrauterinní infekce nebo chromozomální aberace.
- Dysproporciální (klasický) – příkladem je při eklampsii, kdy se uplatňuje v důvodu placentární insuficience.
- Smíšený – kombinace symetrického a dysproporciálního typu, růst je opožděn v posledních 2-3 týdnech před porodem.

(Hájek, 2014, s. 278-279)

Vlk a Procházka (2018, s. 174) uvádějí, že označení „retardace“ je neaktuální a mělo by být nahrazeno termínem restriktce. Označení „hypotrofie“ by se mělo používat až k popisu novorozenců. V současnosti se bavíme o abnormálním růstu plodu při odhadované hmotnosti pod 10. percentilem daného gestačního stáří. Do této skupiny řadíme všechny malé plody.

3.4.5 Attention Deficiency Hyperactivity Disorder (ADHD)

ADHD je lehkou mozkovou dysfunkcí, která může vzniknout v souvislosti s vysokým věkem matky. V celosvětovém měřítku se jedná se o poruchu chování, které se vyskytuje u 5 – 10 % dětí, častěji u chlapců. Děti s ADHD jsou průměrně až nadprůměrně inteligentní, ale trpí poruchami chování a často i učením (Pugnerová, Kvintová, 2016).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRŮZKUMU

Za výzkumnou metodu kvalitativního výzkumu, byla zvolena tzv. případová studie, jejímž výsledkem je vypracovaná **kazuistika**. Prostřednictvím kazuistik byly získány informace o problematice opožděného těhotenství, důvodech proč ženy otěhotněly po 35. roku života a jaké komplikace je postihly.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavní cíl:

Hlavním cílem byla analýza problematiky opožděného těhotenství.

Dílčí cíle:

1. Specifikovat nejčastější důvody, proč ženy odkládají těhotenství do pozdějšího věku.
Ženy byly dotázány: Co Vás vedlo k odkládání těhotenství?
2. Zjistit nejčastější rizika a komplikace matky a plodu, které souvisí s vysokým věkem matek.

4.2 Metodika průzkumného šetření

K realizaci průzkumu byla zvolena metoda pozorování s metodou analýzy dokumentů, tedy se studiem dokumentace starých primipar.

Metoda pozorování byla zvolena proto, že jsem se s touto problematikou setkávala při absolvování povinné praxe při studiu. Ve své knize uvádí Kutnohorská definici pozorování takto: Jedná se o záměrné, cílevědomé a systematické sledování určitých jevů spojené s registrací charakteristických údajů (Kutnohorská, 2009, s. 35). Průzkum je tedy zaměřen na pozorování jednotlivých žen a pro srozumitelnou posloupnost je dodržen časový průběh.

Pro metodu analýzy byla zvolena varianta jednopřípadové studie. Důvodem zvolení kazuistiky byla lepší představa poskytování nejen lékařské, ale i ošetrovatelské péče. V předložených kazuistikách jsou popsány příběhy žen, které poprvé otěhotněly až po 35. roku života. V kazuistice jsou popsány důvody odkládání těhotenství, rodinné anamnézy, anamnézy matek, průběh těhotenství, průběh porodu a poporodní období.

4.3 Popis respondentek

Výzkum byl realizován u žen, které byly přijaty na porodní sál, byly prvorodičkami a byly starší 35 let. Informace o jednotlivých ženách byly získány metodou pozorování, rozboru zdravotnické dokumentace a rozhovoru. Žádost o umožnění přístupu k informacím, tedy souhlas nemocničních zařízení, které byly zdrojem informací, je podepsán a je přiložen v příloze VI.

V bakalářské práci je popsáno 8 odlišných kazuistik. Každá žena má svůj specifický příběh. Ve všech příbězích jsou popsány důvody opožděného těhotenství, komplikace vzniklé v těhotenství a průběhy porodů.

5 KAZUISTIKY

Obsahem této kapitoly jsou vypracované kazuistiky, situace z mé praxe. Všechny ženy byly prvorodičky. Případy, které jsou zde uvedeny, jsou skutečné.

5.1 Kazuistika č. 1

Tabulka 1: Kazuistika 1

Iniciály	L. J.
Věk	38 let
Anamnéza	<p>Rodinná anamnéza: Matka rodičky zemřela na VVV srdce a deformity nohou. Otec rodičky nežije, zemřel na celkové selhání organismu zapříčiněného alkoholismem. Zbytek rodiny byl zdravý.</p> <p>Alergická anamnéza: Penicilin.</p> <p>Osobní a gynekologická anamnéza: 7 let léčena sterilita, v roce 2015 jí postihlo zamlklé těhotenství v 9. týdnu gravidity. Zamlklé těhotenství se projevilo vysokými horečkami a byla provedena 2× revize dutiny děložní. Nynější těhotenství je po IVF, byla zavedena 2 embrya. Těhotenství bylo dvojčetné, bi-choriální – biamniální. V těhotenství hospitalizovaná nebyla.</p>
Problémy a komplikace v těhotenství	Dvojčetná gravidita. Těhotenství nyní zkomplikoval vysoký krevní tlak a otoky.
Týden ukončení těhotenství	32+0
Způsob ukončení	Císařský řez
Důvod opožděného těhotenství	Vysokoškolské studium a sterilita.

Paní L. J. byla v dopoledních hodinách přijata v nedokončeném 32. týdnu těhotenství na porodní sál z důvodu podezření na HELLP syndrom. Paní byla prvoroďička a těhotenství bylo dvojčetné. Při příjmu udávala, že pohyby obou plodů cítí a nekrvácela.

Do prenatální ambulantní péče chodila pravidelně, na gynekologické prohlídce byla celkem 9x. Těhotenství v časném stádiu doprovázely silné nevolnosti, které paní zvládala v domácí péči. Těhotenství až do nynější doby probíhalo bez problémů. Váhový přírůstek byl 12 kg. Před těhotenstvím byla její hmotnost 78 kg a měřila 170 cm.

Vyšetření při příjmu: děloha normotonická, dva plody, polohy podélné hlavičkou. Vaginální hrdlo těsně pro prst, plodová voda zachovalá.

Výsledky vyšetření provedených v průběhu těhotenství:

Laboratorní vyšetření na syfilis byl negativní, HIV a žloutenka typu B (HbsAg) bylo negativní. Genetické vyšetření bylo negativní též. V těhotenské průkazce měla zaznamenanou návštěvu od obvodního lékaře a interní i zubní vyšetření. Kardiologický ultrazvuk plodů byl bez nálezů a screeningové vyšetření neprokázalo přítomnost vrozených vývojových vad plodů. Byla zjištěna krevní skupina a Rh faktor, protilátky byly negativní. Krevní obraz v normě. V 26. týdnu byl proveden test na těhotenskou cukrovku, který měl výsledek v normě. Kultivace z pochvy na GBS nebyla provedena, z důvodu nízkého týdne těhotenství.

Průběh hospitalizace

Příjem na porodní sál

Paní byla odeslána z ordinace patologického těhotenství na porodní sál z důvodu podezření na HELLP syndrom. Při návštěvě prenatální poradny v 31+6 jí byl naměřen krevní tlak 145/95 mmHg. Další komplikací byl náhlý výskyt otoků. Byl proveden odběr krve, který prokázal podezření na HELLP syndrom. Tento syndrom signalizovaly zvýšené jaterní enzymy, pokles krevních destiček a hypertenze s otoky. Lékaři naordinovali antibiotika, z důvodu neodebrání GBS. Další ordinací byla antihypertenziva na snížení krevního tlaku a kortikoidy na podporu dozrání plic plodů. Kardiologická vyšetření byly po celou dobu hospitalizace fyziologická.

Provedení císařského řezu

Od začátku hospitalizace uběhlo 28 hodin. Stav pacientky se nezlepšil a lékaři nařídili provedení císařského řezu. Císařský řez byl proveden v ukončeném 32. týdnu těhotenství. Jako

první dvojče bylo vybaveno děvčátko, které vážilo 1860 gramů a druhé dvojče byl chlapec, vážící 1670 gramů. Novorozenci byli předáni do péče pediatrického týmu. Rodička celou operaci snášela v pořádku a následně byla převezena na oddělení šestinedělí. Krevní testy i krevní tlak se po zákroku vrátily do fyziologických hodnot.

Závěr

Komplikací dvojčetného těhotenství u paní L. J. byl počínající HELLP syndrom, který se projevoval hlavně vysokým krevním tlakem, otoky horních i dolních končetin a nefyziologickými krevními testy. I přes snahu lékařů, kteří se snažili její komplikaci vyřešit, se těhotenství muselo předčasně ukončit císařským řezem v ukončeném 32. týdnu těhotenství. Není známo, zda byl tento stav zapříčiněn vysokým věkem matky.

Co Vás vedlo k odkládání těhotenství?

Paní L. J. uvedla, že do 26 let studovala. Měla tedy magisterský titul. Po dokončení studia chtěla jít do praxe, kdy těhotenství nepřišlo v úvahu. Po pětileté praxi se s partnerem rozhodli, že by už byl čas založit rodinu. Následně jí byla zjištěna sterilita, se kterou se 7 let léčila.

5.2 Kazuistika č. 2

Tabulka 2: Kazuistika 2

Iniciály	R. Č.
Věk	37 let
Anamnéza	<p>Rodinná anamnéza: Bezvýznamná.</p> <p>Alergická anamnéza: Negativní.</p> <p>Osobní a gynekologická anamnéza: v roce 2008 provedena artroskopie kolene po úraze, celá rodina byla zdráva.</p> <p>V roce 2008 podstoupila interrupci v 9. týdnu těhotenství.</p>
Problémy a komplikace v těhotenství	<p>Počátek těhotenství doprovázely mírné nevolnosti. V 34. týdnu byla hospitalizována pro předčasnou děložní činnost. Rodiče byl zjištěn gestační diabetes mellitus.</p> <p>Předčasný odtok plodové vody v nedokončeném 38. týdnu těhotenství.</p>
Týden ukončení těhotenství	37+5
Způsob ukončení	Spontánní porod záhlavím pomocí vakuu extraktoru
Důvod opožděného těhotenství	Vysokoškolské studium a nevhodný partner.

Rodička byla přijata na porodní sál v gestačním stáří těhotenství 37+5. Důvodem přijetí byl odtok plodové vody, který byl prokázán pomocí Temeschwaryho činidla. Paní byla prvoroďka.

Prenatální poradnu navštěvovala pravidelně, návštěv bylo celkem 12. Počátek těhotenství doprovázely mírné nevolnosti, které ve 3. měsíci ustály. V těhotenství byla jednou hospitalizována. V 34. týdnu těhotenství nastala předčasná děložní činnost a paní byla 10 dnů hospitalizovaná na oddělení patologického těhotenství. Váha při příjmu byla 86 kg, celkem v těhotenství přibrala 9 kg.

Vyšetření při příjmu: děloha normotonická, jeden plod, poloha podélná hlavičkou, hlavička naléhá, hrdlo volně pro prst.

Výsledky vyšetření provedených v těhotenství:

Laboratorní výsledky na HIV, žloutenku typu B (HbsAg) a syfilis byly negativní. I. i II. genetický screening vyšel negativně. Rodička měla v těhotenské průkazce zaznamenanou návštěvu obvodního, interního i zubního lékaře. Kardiologický ultrazvuk plodu byl bez nálezu. Byla zjištěna krevní skupina i Rh faktor. V 28. týdnu těhotenství byl proveden oGTT test na těhotenskou cukrovku, který byl nad hranicí normy. Paní byla nařízena dietní terapie. Kultivace z pochvy na GBS byla negativní.

Průběh hospitalizace

Příjem na porodní sál

Důvodem přijetí na porodní sál byl odtok plodové vody. Rodička při příjmu udávala mírné bolesti v podbřišku. Pohyby plodu cítila a nekrvácela. Kardiotokografické vyšetření bylo v pořádku. Vaginální nález při příjmu byl pro 2 prsty.

Průběh porodu

Rodička byla uložena na porodní box, byla jí nabídnuta hydroterapie ve vaně, kterou uvítala. Děložní kontrakce se po prohřátí ve vaně rozběhly po 3 minutách. Porod se vyvíjel fyziologicky. Kardiotokografické vyšetření po celou dobu bylo v pořádku. Rodička se polohovala dle svých potřeb. I. doba porodní trvala necelých 8 hodin.

Po nástupu intenzivnějších děložních kontrakcí paní začala uvádět tlaky na konečník. Rodička byla vaginálně vyšetřena a lékař dal pokyn k možnosti tlačení. Paní začala tlačit, ale děložní kontrakce byly velmi slabé. Lékař, se souhlasem rodičky, naordinoval infuzi s oxytocinem na podporu silnějších kontrakcí. Infuze s oxytocinem kontrakcím pomohla, ale rodička přestala mít sílu a cítila se velmi vyčerpaně.

Paní se nadále velmi snažila dítě porodit, náhle začínal být patologický záznam na kardiotokografu. Lékaři se proto ihned rozhodli pro operativní porod pomocí vakuu extraktoru. Vzápětí byl porozen křičící chlapec, který měl 4× obtočený pupečník kolem těla a krčku. Jeho hmotnost byla 3590 gramů a výška 49 centimetrů. Při porodu vznikla ruptura perinea až ke konečníku, které bylo bez problémů ošetřeno lékařem. Po dvou hodinách byla matka i s dítětem převezena na oddělení šestinedělí.

Závěr

Těhotenství paní R. Č. probíhalo bez závažných komplikací a předčasný odtok plodové vody nebyl komplikací pro průběh porodu. Průběh porodu byl fyziologický, zvrát přišel, až když ustaly děložní kontrakce. Kontrakce byly podpořeny infuzí s oxytocinem, které byly intenzivnější. Vyšší věk matky mohl opravdu zapříčinit vyčerpání matky během porodu, do kterého museli lékaři zasáhnout. Vakuum extrakce se považuje za operativní porod. Díky tomu bylo poranění rozsáhlé až ke konečníku.

Co Vás vedlo k odkládání těhotenství?

Rodička uvedla, že studovala vysokou školu. Po absolvování studia nastoupila do zaměstnání. Interrupci v roce 2008 podstoupila z osobních důvodů, kvůli nevhodnému partnerovi. Následně uvedla, že důvodem odkládání těhotenství bylo hledání vhodného partnera.

5.3 Kazuistika č. 3

Tabulka 3: Kazuistika 3

Iniciály	L. R.
Věk	39 let
Anamnéza	<p>Rodinná anamnéza: Matka rodičky se léčí s diabetem II. typu a hypertenzí, otec rodičky je po infarktu myokardu. Otec dítěte se léčí pro hypertenzi.</p> <p>Alergická anamnéza: Pyl, prach, roztoči.</p> <p>Osobní a gynekologická anamnéza: ve 14 letech operace slepého střeva s je zdráva.</p> <p>Ve 28. týdnu těhotenství byla hospitalizována pro předčasnou děložní činnost.</p>
Problémy a komplikace v těhotenství	Rodičce byl zjištěn gestační diabetes mellitus. Předčasná děložní činnost ve 28. týdnu těhotenství. Nyní těhotenství komplikuje děložní činnost spojená s progresí vaginálního nálezu.
Týden ukončení těhotenství	35+3
Způsob ukončení	Spontánní porod záhlavím.
Důvod opožděného těhotenství	Studium, profese a nevhodný partner.

Paní L. R. byla přijata na porodní sál z důvodu předčasné děložní činnosti a progresu nálezu při vaginálním vyšetření. Při příjmu paní uvedla, že pohyby plodu cítí a nekrvácí. Bylo provedeno vstupní KTG vyšetření, které bylo fyziologické.

Do prenatální poradny chodila pravidelně, celkem 10 krát. Těhotenství probíhalo fyziologicky, paní byla jednou hospitalizována pro předčasnou děložní činnost ve 28. týdnu těhotenství. V těhotenství měla rodička váhový přírůstek 5 kg.

Vyšetření při příjmu: děloha normotonická, jeden plod, poloha podélná hlavičkou. Vaginální nález 3 cm, plodová voda zachovalá.

Výsledky vyšetření provedených v průběhu těhotenství:

Vyšetření na syfilis, žloutenku typu B a HIV byly negativní. Genetické vyšetření bylo negativní taky. V těhotenské průkazce byla zaznamenána návštěva obvodního i zubního lékaře. Kardiologický ultrazvuk plodu bez nálezu a screeningové vyšetření neprokázalo přítomnost VVV plodu. Byla zjištěna krevní skupina a Rh faktor, protilátky byly negativní. Výsledek oGTT testu byl nad hranicí normy. Kompenzací GDM byl dietní režim. GBS nebylo zjištěno.

Průběh hospitalizace

Příjem na porodní sál

Rodička byla přijata na porodní sál z důvodu děložní činnosti a při vaginálním vyšetření byla zjištěna progrese nálezu od poslední kontroly u gynekologa. Lékař udával nález 3 cm. Při příjmu lékař naordinoval podání tokolytik a kortikoidů, které mají pomoci dozrání plicím plodu.

Paní L. R. byla uložena na observaci, kde jí byla zavedena žilní linka, byly tokolytika na zástavu děložních kontrakcí a aplikovány kortikoidy. Byl jí nařízen klidový režim.

Průběh porodu

Rodička asi po 5 hodinách od začátku tokolýzy udávala, že nepocituje po infuzi s tokolytikami ústup bolestí. Proto byl povolán lékař, aby přišel rodičku vyšetřit. Vaginální nález byl 7 centimetrů. Žena byla převedena do porodního boxu, kde do půl hodiny porodila chlapce. Tokolýza tedy nebyla úspěšná. Chlapec po narození měl hmotnost 2120 gramů a byl předán pediatrickému týmu. Porodním poraněním byla preventivní epiziotomie. Lékař poranění bez komplikací ošetřil. Po 2 hodinách na porodním sále byla matka převezena na oddělení šestinedělí. Novorozenec zůstal u pediatrů na pozorování.

Závěr

Komplikací těhotenství u 39 leté rodičky byl předčasný porod. I přes snahu lékařů a podání tokolýzy se těhotenství nedokázalo udržet. Prvorodičky, které otěhotní po 35. roku života, mají vyšší riziko předčasného porodu a rizikem pro plod je tedy nižší porodní váha. Novorozenci často potřebují podporu dýchání.

Co Vás vedlo k odkládání těhotenství?

Paní L. R. uvedla, že hlavním důvodem bylo studium a hledání vhodného partnera. Studovala farmaceutickou školu a po ukončení odcestovala do Německa, kde se stala letuškou. V Německu potkala svého prvního muže. První muž byl o 25 let starší a dítě nechtěl. Po 2 letech manželství se rozvedli a paní L. R. se nadále věnovala profesi letušky. Až ve 36 letech potkala nynějšího muže, se kterým se jí narodilo první dítě.

5.4 Kazuistika č. 4

Tabulka 4: Kazuistika 4

Iniciály	V. K.
Věk	37 let
Anamnéza	<p>Rodinná anamnéza: Matka rodičky se léčí pro hypertenzi a otec rodičky je diabetik. Sestra rodičky se léčí s astmatem. Zbytek rodiny byl zdrav.</p> <p>Alergická anamnéza: penicilin a bezlepková dieta.</p> <p>Osobní a gynekologická anamnéza: Ve 14 letech operace apendixu v celkové anestezii. V roce 2009 a 2014 prodělala spontánní potrat do 12. týdne těhotenství. U obou případů byla provedena revize dutiny děložní. Rodičce byl zjištěn gestační diabetes mellitus. Vysoký krevní tlak byl naměřen poprvé v prenatální poradně. Rodička uvedla, že se 5 let usilovně snažili o dítě, ale specializovanou kliniku odmítli navštívit.</p>
Problémy a komplikace v těhotenství	Gestační diabetes mellitus a hypertenze.
Týden ukončení těhotenství	37+1
Způsob ukončení	Císařský řez
Důvod opožděného těhotenství	Profese a neléčená sterilita.

Rodička byla odeslána z gynekologické ambulance pro vyvolání (indukci) porodu z důvodu vysokého krevního tlaku. Rodička rodila poprvé a těhotenství bylo zkomplikováno opakujícím se vysokým krevním tlakem.

Do prenatální poradny chodila pravidelně, celkem na gynekologickém vyšetření byla 11x. Těhotenství v časném stádiu doprovázely mírné nevolnosti, ty nástupem 3. měsíce ustály. Těhotenství až do této doby probíhalo fyziologicky. Váhový přírůstek byl 13 kg.

Vyšetření při příjmu: děloha normotonická, jeden plod, poloha podélná hlavičkou, vaginální hrdlo volně pro 2 prsty, plodová voda zachovalá.

Výsledky vyšetření provedených v průběhu těhotenství:

Laboratorní vyšetření na syfilis, HIV a žloutenku typu B byly negativní. Genetické vyšetření bylo také negativní. Rodička v těhotenství navštívila obvodního, zubního i interního lékaře. Kardiologický ultrazvuk plodu byl bez nálezu a I. i II. screening na vrozené vývojové vady byl negativní. Ve 28. týdnu těhotenství byl proveden oGTT test na těhotenskou cukrovku, který prokázal gestační diabetes mellitus, který byl těsně nad hranicí normy. Paní po zbytek těhotenství dodržovala dietní režim. Kultivace z pochvy na GBS vyšel pozitivní.

Průběh hospitalizace

Příjem na porodní sál

Rodička byla odeslána z gynekologické ambulance pro indukci porodu z důvodu převládajícího vysokého krevního tlaku. Stáří těhotenství bylo 37+1. Při příjmu jí byl lékařem zaveden Prostaglandin E2 intracervikálně. Poté byl natočen kardiokografický záznam, který neprokazoval žádnou patologii. Následně byla rodička převedena do porodního boxu.

Průběh porodu

Po 2 hodinách od zavedení prostaglandinu spontánně odtekla plodová voda, která byla čirá. Krevní tlak byl v průběhu porodu monitorován a stále se držel na vyšších hodnotách jak 140/90 mmHg. Po odtoku vody se opět natočil kardiokografický záznam, který začal prokazovat mírnou hypoxii plodu. Byl přivolán lékař, který chtěl rodičku ještě vaginálně vyšetřit. Nastala závažná komplikace, rodička silně začala krvácet. Okamžitě byl povolán operační tým a do několika minut byla žena na operačním sále. Dítě bylo ihned vybaveno a předáno pediatrickému týmu. Chlapec byl mírně asfyktický a jeho hmotnost byla 3120 gramů a výška 50 centimetrů a byla mu poskytnuta podpora dýchání.

Po vybavení dítěte bylo zjištěno předčasné odlučování placenty, které bylo příčinou patologického KTG záznamu a silného krvácení.

Ošetření poranění po císařském řezu proběhlo bez komplikací a matka byla převezena na oddělení šestinedělí, kde jí byla poskytována pooperační péče.

Závěr

Z této kazuistiky vyplývá, že i běžná indukce porodu nemusí skočit porodem, ale operací. Díky včasnému zásahu lékařů se podařilo matku i plod zachránit. Příčina, proč došlo k předčasnému odlučování placenty, je nejasná. Mezi rizika předčasného odlučování placenty patří vysoký věk matky, která mohl hrát v tomto případě roli. Komplikací byla i hypertenze, která může mít vliv na celkový průběh těhotenství ženy.

Co Vás vedlo k odkládání těhotenství?

Rodička uvedla, že získala pracovní nabídku, kterou nemohla odmítnout. Několik let pracovala jako vedoucí obchodního centra. Dále také uvedla, že po 2 nezdařených těhotenstvích ztratila naději o dalším těhotenství. 5 let se s partnerem usilovně snažili, a když jim byla nabídnuta odborná péče na specializované klinice, která se tímto problémem zabývá, odmítli ji. Po 5 letech se rodičce podařilo spontánně otěhotnět.

5.5 Kazuistika č. 5

Tabulka 5: Kazuistika 5

Iniciály	K. P.
Věk	35 let
Anamnéza	<p>Rodinná anamnéza: Otec rodičky zemřel na akutní infarkt myokardu, otec dítěte se léčí s atopickým ekzémem. Zbytek rodiny byl zdravý.</p> <p>Alergická anamnéza: Penicilin.</p> <p>Osobní a gynekologická anamnéza: Sama se s ničím neléčí. Ve 20 letech prodělala operaci kolenního kloubu v celkové anestezii.</p>
Problémy a komplikace v těhotenství	Silné krvácení zapříčiněné placentou praevíí, hraniční hodnoty glykemie, předčasné ukončení těhotenství.
Týden ukončení těhotenství	37+5
Způsob ukončení	Císařský řez
Důvod opožděného těhotenství	Vhodná pracovní pozice a cestování za prací.

Paní K. P. byla v nočních hodinách přivezena na porodní sál se silným krvácením z rodidel. Při příjmu ihned všechny informovala, že má těhotenství komplikované placentou praevíí. Lékař ihned nařídil císařský řez. Svolal operační tým a rodička byla do několika minut na operačním sále. Při příjmu bylo natočeno krátké KTG, které prokazovalo mírnou hypoxii plodu.

Do prenatalní poradny chodila pravidelně, gynekologických vyšetření absolvovala 11. V těhotenství užívala těhotenské vitaminy a měla hraniční hodnoty glykemie. Graviditu po celou dobu doprovázely mírné křeče, zapříčiněné placentou praevíí, jinak bez závažných komplikací. Váhový přírůstek rodičky byl 10 kg, váha při přijetí měla hodnotu 84 kg.

Vyšetření při příjmu: děloha normotonická, jeden plod, poloha podélná hlavičkou. Vaginální vyšetření provedeno nebylo, z důvodu rozsáhlého krvácení.

Výsledky vyšetření provedených v průběhu těhotenství:

Laboratorní vyšetření na HIV, žloutenku typu B a syfilis byly negativní. Genetické vyšetření bylo v pořádku. V těhotenské průkazce byla zaznamenána návštěva praktického, interního i zubního lékaře. Kardiologický ultrazvuk plodu byl bez nálezu a I. i II. screening plodu neprokázaly přítomnost vrozených vývojových vad. Byla zjištěna krevní skupina a Rh faktor, protilátky byly negativní. Krevní obraz v normě. Ve 26. týdnu těhotenství byl proveden oGTT test na těhotenskou cukrovku, ze kterého vzešly hraniční hodnoty. Kultivace z pochvy na GBS měl výsledek pozitivní.

Průběh hospitalizace

Příjem na porodní sál

Po příjezdu na porodní sál byla paní K. P. položena na vyšetřovací lůžko a z důvodu silného krvácení nebyla vyšetřena. V těhotenské kartičce byla ultrazvuková zpráva, že je placenta uložena před vnitřní branku. Bylo napojeno krátké KTG, které prokazovalo známky mírné hypoxie plodu. Lékař naordinoval akutní císařský řez.

Průběh císařského řezu

Rodička byla ihned přesunuta na operační sál, kde byla uvedena do celkové narkózy. Plod byl vybaven do několika minut. Křičící chlapec měl hmotnost 2980 gramů a jeho výška byla 48 centimetrů. Chlapce si vzali do péče pediatrii.

Po ošetření operační rány zůstala žena 2 hodiny na dospávacím pokoji. Pro velkou krevní ztrátu jí byla podána krevní transfuze. Celková krevní ztráta činila 900 ml. Transfuze krve proběhla bez potransfuzních reakcí. Po zlepšení jejího stavu a naměření příznivých fyziologických funkcí byla převezena na oddělení šestinedělí, kde jí byla poskytována pooperační péče.

Závěr

Komplikací tohoto opožděného těhotenství byla placenta praevia. Tato komplikace se projevila silným krvácením. Díky včasnému příjezdu rodičky na porodní sál zachránila život sobě i dítěti. Známkou krvácení bylo také patologické kardiokografické vyšetření, které ukazovalo alarmující hodnoty. Řešením této situace byl akutní císařský řez.

Co Vás vedlo k odkládání těhotenství?

Její odpovědí byla vhodná pracovní pozice. Paní dojížděla do zaměstnání 70 km od domova. Rodička se obávala o ztrátu zaměstnání, proto těhotenství odkládala.

5.6 Kazuistika č. 6

Tabulka 6: Kazuistika 6

Iniciály	V. P., ukrajinská národnost
Věk	40 let
Anamnéza	<p>Rodinná anamnéza: Matka rodičky prodělala karcinom prsu, žije. Otec dítěte se léčí s vysokým krevním tlakem. Zbytek rodiny byl zdrav.</p> <p>Alergická anamnéza: Neudává.</p> <p>Osobní a gynekologická anamnéza: Rodička se léčila 5 let se sterilitou. V roce 2015 u ní proběhla diagnostická laparoskopie. Kromě sterility se rodička s ničím neléčila.</p>
Problémy a komplikace v těhotenství	Dvojčetné těhotenství pomoví IVF. Léčena sterilita. Gestační diabetes mellitus.
Týden ukončení těhotenství	38+0
Způsob ukončení	Císařský řez
Důvod opožděného těhotenství	Cestování, vhodná pracovní pozice a sterilita.

Paní V. P. byla přijata jako těhotná na oddělení šestinedělí, kde se nachází 3 pokoje pro těhotné. Jelikož je gravidita dvojčetná, těhotenství se ukončuje ve 38. gestačního stáří. Žena si přála родit spontánně, ale vzhledem k jejímu věku jí to nebylo doporučeno. Kardiotokografické vyšetření u obou plodů bylo fyziologické, pohyby obou plodů cítí a nekrvácí.

Paní se 5 let léčila se sterilitou. Bylo jí v roce 2015 provedeno diagnostické vyšetření pomocí laparoskopie. Toto vyšetření prokázalo neprůchodnost vejcovodů. Rozhodli se pro asistovanou reprodukci. Paní podstoupila in vitro fertilizaci. Byla zavedena 2 embrya a obě se uchytila. Těhotenství bylo tedy dvojčetné, bichoriální – biamniální.

Do prenatální ambulance rodička přicházela pravidelně, na gynekologické prohlídce byla celkem 15x. Počátek těhotenství doprovázely mírné nevolnosti. Těhotenství probíhalo bez

komplikací, i přes dvojčetnou graviditu, která byla riziková. Váhový přírůstek rodičky byl 15 kg.

Výsledky vyšetření provedených v průběhu těhotenství:

Laboratorní vyšetření syfilis, HIV a žloutenky typu B byly negativní. Genetické vyšetření v pořádku. Rodička v těhotenství navštívila praktického, zubního i interního lékaře. Kardiologický ultrazvuk obou plodů byl bez pozitivních nálezů. I. i II. screening byl negativní, nebyla tedy prokázána přítomnost vrozených vývojových vad ani u jednoho plodu. Rodičce byla zjištěna krevní skupina a Rh faktor, protilátky měla negativní. V 27. týdnu těhotenství paní podstoupila oGTT test na těhotenskou cukrovku, který prokázal zvýšené hodnoty glykemie. Rodičce byl nařízen dietní režim. Kultivace z pochvy na přítomnost GBS byl negativní.

Průběh hospitalizace

Příjem na porodní sál

Paní byla přijata v gestačním stáří těhotenství 37+6 na oddělení těhotných. Rodička byla přijata pro plánovaný císařský řez, který proběhl v gestačním stáří 38+0. Z důvodu dvojčetné gravidity a vysokého věku, jí nebylo doporučeno родit spontánně. Toto doporučení paní přijala a souhlasila s provedením císařského řezu. Den před operací se paní ještě podrobila UZ vyšetření, anesteziologickému vyšetření a krevním testům.

Provedení císařského řezu

Císařský řez byl proveden v dokončeném 38. týdnu těhotenství. Pacientka se cítila dobře. Před císařským řezem bylo ještě natočeno KTG, které bylo u obou plodů zcela fyziologické. Rodička si přála být v celkové anestezii. Toto přání jí bylo splněno.

Po pár minutách od začátku operace bylo vybaveno I. dvojče, chlapec s hmotností 2430 gramů. Za 3 minuty bylo vybaveno II. dvojče, také chlapec s hmotností 2320 gramů. Novorozenci byli předáni pediatrickému týmu.

Zbytek operace byl bez problémů. Po dokončení císařského řezu byla paní uložena na dopávací pokoj. Fyziologické funkce měla v normě a po 2 hodinách byla převezena na oddělení šestinedělí, kde jí byla poskytována pooperační péče. Vše proběhlo v pořádku

Závěr

Těhotenství paní V. P. bylo bez komplikací. Léčení sterility bylo úspěšné a rodiče se narodili 2 zdraví chlapci. Dvojčetné těhotenství doprovázela těhotenská cukrovka, která nezpůsobovala větší potíže. Paní si musela pouze upravit dietní režim. Vyšší věk matky mohl zapříčinit vznik gestačního diabetu. Díky asistované reprodukci proběhlo dvojčetné těhotenství.

Co Vás vedlo k odkládání těhotenství?

Rodička uvedla, že hlavním důvodem opožděného těhotenství byla vhodná pracovní pozice, která ji nedovolila otěhotnět. Také uvedla, že měla strach o ztrátu tohoto zaměstnání. Rodička byla ukrajinské národnosti a pracovala pro zahraniční firmu, díky které cestovala. Dalším důvodem byla i sterilita, se kterou se 5 let léčila. Proto se také rozhodli pro asistovanou reprodukci.

5.7 Kazuistika č. 7

Tabulka 7: Kazuistika 7

Iniciály	A. K.
Věk	36 let
Anamnéza	<p>Rodinná anamnéza: Matka rodičky se léčí s diabetem I. typu a prodělala hysterektomii. Otec rodičky má hypertenzi. Otec dítěte se léčí pro astma. Zbytek rodiny byl zdrav.</p> <p>Alergická anamnéza: Neudává.</p> <p>Osobní a gynekologická anamnéza: Rodička v roce 2015 prodělala interrupci v 9. týdnu těhotenství. V průběhu tohoto těhotenství měla mírně zvýšený tlak, který byl kompenzován Dopegytem. V těhotenství hospitalizována nebyla.</p>
Problémy a komplikace v těhotenství	Předčasná děložní činnost s předčasným odtokem plodové vody. Hypertenze.
Týden ukončení těhotenství	36+2
Způsob ukončení	Spontánní porod záhlavím.
Důvod opožděného těhotenství	Nevhodný partner.

Paní A. K. byla přijata na porodní sál v gestačním stáří 36+2. Důvodem přijetí byl předčasný odtok plodové vody a slabá děložní činnost. Při přijetí bylo natočeno KTG, které bylo fyziologické. Pohyby plodu cítila a nekrvácela.

Do prenatální poradny chodila pravidelně, celkem gynekologických prohlídek bylo 11. V počátku těhotenství rodička pocítovala velmi slabé nevolnosti. Od 24. týdne gravidity měla zvýšený krevní tlak, na který jí byl naordinován Dopegyt. Od naordinování Dopegytu byl krevní tlak v pořádku. Zbytek těhotenství probíhal bez problémů. Váhový přírůstek měla žena 7 kg.

Vyšetření při příjmu: děloha normotonická, jeden plod, poloha podélná hlavičkou, hlavička naléhá, odcházela plodová voda, která byla čirá. Vaginální nález byl pro 2 prsty.

Výsledky vyšetření prováděných v těhotenství:

Laboratorní výsledky na syfilis, HIV a HbsAg byly negativní. Genetické vyšetření bylo v pořádku. V těhotenství rodička navštívila obvodního, zubního i interního lékaře. Kardiologický ultrazvuk plodu byl negativní. I. a II. screening neprokázal přítomnost vrozených vývojových vad plodu. Byla zjištěna krevní skupina a Rh faktor, protilátky byly negativní. Krevní obraz byl v normě. Ve 26. týdnu gestačního stáří byl proveden oGTT test na těhotenskou cukrovku, který byl v normě. Kultivace z pochvy byla odebrána, ale výsledek je neznámý.

Průběh hospitalizace

Příjem na porodní sál

Rodička byla přijata na porodní sál pro odtok plodové vody a mírnou děložní nepravidelnou činnost. Odtok plodové vody byl prokázán pomocí Temeschwaryho činidla. Bylo napojeno KTG, které bylo fyziologické. Krevní tlak byl v normě, vyšší hodnota během příjmu naměřena nebyla. Při příjmu bylo zjištěno, že voda odtéká děle jak 24 hodin. Proto byla naordinována antibiotika. Po uložení na box bylo rodičce podáno klyisma. Následně si rodička přála napustit vanu. Ve vodě se rodičce rozběhly pravidelné kontrakce. KTG záznam byl celou dobu v pořádku.

Průběh porodu

Porod probíhal zcela fyziologicky. V závěru porodu se rodička cítila vyčerpaně a kontrakce slábly. Lékař naordinoval infuzi s oxytocinem na podporu kontrakcí. Infuze zabrala a kontrakce byly o dost silnější a pravidelnější. Protože byla paní prvorodička, byla jí provedena epiziotomie z preventivních důvodů. Bylo porozeno křičící děvče, které bylo předáno pediatrickému týmu. Holčička měla hmotnost 2620 gramů a její výška byla 46 centimetrů.

Porodním poraněním byla pouze epiziotomie. Ta byla lékařem ošetřena bez komplikací. Rodička zůstala po porodu 2 hodiny na porodním sále. Hodnoty krevního tlaku byly fyziologické a paní byla převezena na oddělení šestinedělí.

První 2 dny po porodu byly bez komplikací a matka se snažila o děvčátko pečovat. U matky se 3. den po porodu objevily smíšené pocity, pocity beznaděje, byla plačtivá a podrážděná. Tento stav se označuje jako poporodní blues. Tento stav trval matce pouze jeden den a následující den vymizel.

Závěr

Komplikace v tomto těhotenství byla hypertenze a předčasná děložní činnost. Po odtoku plodové vody by měla rodička okamžitě přijet na porodní sál. Rodička uvedla, že si nebyla jistá, zda je to plodová voda. V tomto případě by bylo vhodnější přijet raději „zbytečně“, než přijet až s nástupem bolestí, které v tomto případě nastaly za 27 hodin.

U starší matky bylo komplikací po porodu poporodní blues. Tento stav můžou prodělat i mladě maminky, ale u starších prvorodiček je častější.

Co Vás vedlo k odkládání těhotenství?

Uvedla, že nynější partner byl její čtvrtý muž. První tři vztahy nevyšly a tím ztratila roky na včasné otěhotnění.

5.8 Kazuistika č. 8

Tabulka 8: Kazuistika 8

Iniciály	P. T.
Věk	37 let
Anamnéza	<p>Rodinná anamnéza: Matka rodičky se léčila s hypothyreozou, otec rodičky hypertenze. Otec dítěte zdrav.</p> <p>Alergická anamnéza: Neudává.</p> <p>Osobní a gynekologická anamnéza: rodička ve 3 letech podstoupila apendektomii. Od 12 let má časté záněty močových cest. Od roku 2010 se léčila se sterilitou. V letech 2012 a 2016 podstoupila diagnostickou laparoskopii. V roce 2016 po IVF paní prodělala mimoděložní těhotenství. V těhotenství prožívala úzkostné stavy.</p>
Problémy a komplikace v těhotenství	Léčena sterilita. Těhotenství po KET. Dvojčetné těhotenství. Úzkostné stavy v těhotenství.
Týden ukončení těhotenství	35+5
Způsob ukončení	Císařský řez
Důvod opožděného těhotenství	Léčena sterilita. Vysokoškolské studium a vhodná pracovní pozice.

Paní P. T. se od roku 2010 léčí se sterilitou. Laparoskopická vyšetření v roce 2012 a 2016 neprokázala neprůchodnost vejcovodů. Následně bylo zjištěno, že paní trpí hormonální poruchou vaječníků. V roce 2016 otěhotněla za pomoci IVF centra. Z tohoto těhotenství vyšla gravidita extra uterina – tedy mimoděložní těhotenství. Poslední těhotenství bylo po KET, což znamená kryoembryotransfer. Byla jí zavedena 2 embrya, která se obě nidovala.

Paní P. T. byla přijata na oddělení patologického těhotenství v gestačním stáří 32+5. Důvodem hospitalizace bylo mírné krvácení, které bylo farmakologicky zastaveno. Při příjmu pohyby plodů cítila a podstoupila UZ vyšetření. Žena na tomto oddělení zůstala až do stáří těhotenství 35+5.

Do prenatální poradny chodila pravidelně, v poradně (před hospitalizací) byla celkem 10×. Těhotenství probíhalo fyziologicky. V počátcích gravidity pociťovala pouze mírné nevolnosti. V průběhu těhotenství rodička pociťovala úzkostné stavy. Tyto stavy se projevovaly obavami o průběh těhotenství, zda budou novorozenci v pořádku a obavy z předčasného porodu. Váhový přírůstek měla 9 kg. Při příjmu mírně krvácela, pohyby plodů cítila a plodová voda neodtékala.

Vyšetření při příjmu: děloha normotonická, dva plody, I. dvojče poloha podélná koncem pánevním, II. dvojče poloha podélná hlavičkou. Vaginální hrdlo uzavřeno, plodová voda neteče.

Výsledky vyšetření provedených v průběhu těhotenství:

Laboratorní vyšetření na syfilis, HIV a žloutenku typu B (HbsAg) byly negativní. Genetické vyšetření bylo negativní. V těhotenské průkazce měla rodička zaznamenanou návštěvu obvodního lékaře a podstoupila i interní a stomatologické vyšetření. Kardiologický ultrazvuk plodů neprokázal přítomnost patologie. I. a II. screening neprokázal přítomnost vrozených vývojových vad plodů. Byla zjištěna krevní skupina a Rh faktor, protilátky byly negativní. Ve 26. týdnů gravidity byl proveden oGTT test, který byl v normě. Pro nízký týden gestačního stáří nebyly odebrány kultivace z pochvy na GBS.

Průběh hospitalizace

Příjem na oddělení patologického těhotenství

Paní P. T. byla přijata na oddělení patologického těhotenství v gestačním stáří 32+2. Důvodem hospitalizace bylo slabé krvácení a tonizace dělohy. Tyto komplikace byly farmakologicky léčeny a paní zůstávala hospitalizována pro sledování její gravidity. Byly jí odebírány krevní testy, podstupovala UZ vyšetření a KTG vyšetření.

Při hospitalizaci v gestačním stáří 35+5 nastala závažná komplikace. Rodička začala velmi silně krváčet. Díky hospitalizaci byla ihned převezena na operační sál, kde jí byl proveden akutní císařský řez.

Po uvedení do celkové anestezie lékaři započali s operací. První bylo vybaveno dvojče, chlapec vážící 2510 gramů a měřící 46 centimetrů. Druhé dvojče bylo vybaveno do jedné minuty. Druhým dvojčetem bylo děvče vážící 2140 gramů a 44 centimetrů. Oba novorozenci byli předáni do péče pediatrického týmu.

Lékaři při průběhu císařského řezu zjistili příčinu silného krvácení. Jedna z placent se začala předčasně odlučovat. Rodička ztratila asi 1 litr krve a byla jí podána krevní transfuze, která proběhla bez potransfuzních reakcí. Po 2 hodinách na dospávacím pokoji byla paní přeložena na oddělení šestinedělí, kde jí byla poskytována pooperační péče.

Závěr

Komplikací u paní P. T. bylo více. První komplikací bylo neúspěšné otěhotnění. Podstupovala mnoho vyšetření a zákroků, které prokázaly hormonální poruchu vaječnicků, a tím se nepodařilo početí. Další komplikací bylo dvojčetné těhotenství. Je obecně známo, že dvojčetné těhotenství je pro ženu mnohem náročnější a ještě v tak vysokém věku. Těhotenství paní P. T. doprovázely úzkostné stavy. Měla velké obavy o průběh těhotenství, zda budou děti v pořádku a zda je donosí. Psychika v tomto případě mohla sehrát roli v tom, že paní opravdu předčasně porodila. Poslední komplikací byla abrupce placenty, která se musela ihned vyřešit císařským řezem. A díky tomuto okamžitému zásahu byla zachráněna matky a oba novorozenci.

Co Vás vedlo k odkládání těhotenství?

Uvedla, že studovala vysokou školu. Po absolvování dostala pracovní nabídku, kterou ihned přijala. Otěhotnět nechtěla, obávala se ztráty pracovní pozice. Pro dítě se rozhodla až ve 28 letech. Následně jí byla zjištěna sterilita, se kterou se od roku 2010 léčila.

6 DISKUZE

Vyšší a vysoký věk těhotných žen a rodiček je velmi závažným problémem, který znamená především vyšší výskyt různých rizik a komplikací, které s odloženým mateřstvím úzce souvisejí.

Totožné téma popisovala ve své bakalářské práci z roku 2016 autorka Zahálková, jejíž práce měla název „Těhotenství a jeho rizika u žen starších 35 let“. Autorka ve své práci provedla výzkum prostřednictvím rozhovorů a oslovila celkem 4 ženy starší 35 let.

Z jejího výzkumu vyplynulo, že dvě ženy odložily těhotenství z pracovních důvodů, soustředily se více na kariéru a také měnily partnery. Třetí dotázaná odložila těhotenství do pozdějšího věku kvůli zániku dlouholetého vztahu. Čtvrtá žena uvedla, že těhotenství odkládala ze zdravotních důvodů. Léčila se se sterilitou a otěhotněla až po pomoci IVF centra. U tří respondentek se vyskytl gestační diabetes mellitus.

V předložené bakalářské práci jsou důvody respondentek totožné a v této souvislosti lze konstatovat, že velký podíl na dané situaci má především změna životního stylu současné rodičovské generace, mladí lidé raději studují, pracují na významných postech, které zejména ženy nerady opouštějí, vyšší finanční příjmy pak vedou k dříve velmi omezeným až nemožným cestám po celém světě a k pohodlí, které se velmi těžko opouští.

Tématem „Odkládání rodičovství jako sociokulturní fenomén“ se zabývala Bc. Psutková ve své diplomové práci z roku 2013. Autorka ve své práci uvádí, že nejvíce žen, které odkládaly první těhotenství, je vysokoškolsky vzdělaných. Popisuje, že se absolventi snaží po studiu uplatnit v zaměstnání a tím ztrácí zájem zakládat rodiny. Jako další důvod odkládání těhotenství uvedla např. cestování nebo složitá ekonomická situace.

Zde je třeba zmínit také fakt, že studium se prakticky ve všech oborech prodlužuje, mnohé vysokoškolsky vzdělané ženy hledají partnera až po ukončení studia, mnohdy se vztah rozpadá z toho důvodu, že živitelkou rodiny je právě žena, pro kterou je přerušování práce nemožné nebo dokonce odchod ze zaměstnání z finančních důvodů nemyslitelný.

Autorka Holbová se zabývala ve své bakalářské práci z roku 2017 tématem „Příčiny vedoucí k současnému trendu odkládání prvního těhotenství do pozdějšího věku“. Ve své práci porovnávala prvorodičky ve věku 20-29 let a starší 35 let.

Uvedla, že 65 % primipar ve věku 20-29 let mělo středoškolské vzdělání a naopak prvorodičky nad 35 let měly v 50 % vzdělání vysokoškolské. U 95 % primipar ve věku 25-29 let

proběhlo početí přirozenou cestou a u starých prvorodiček to bylo jen 25 %. Ženy nad 35 let měly v 72 % těhotenství plánované a u 50 % primipar dosáhlo těhotenství až po asistované reprodukci.

Jako zdroj informací pro zpracování jednotlivých kazuistik v předložené bakalářské práci byla použita zdravotnická dokumentace porodního sálu a oddělení šestinedělí Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, a. s. a e Nemocnice Kyjov, p. o. Zaměřili jsme se především na detekci rizik a komplikací, které provázejí těhotné a rodičky vyššího věku a můžeme konstatovat, že zdravotní problematika matek a jejich dětí je skutečně alarmující.

Doporučení pro praxi

Tato bakalářská práce poukazuje na důvody odkládání mateřství do vyššího věku ženy a rozebírá rovněž dopad různých zdravotních komplikací, které mohou závažným způsobem ohrozit zdraví či dokonce život ženy a jejího dítěte. V práci proto klademe velký důraz na prekoncepční péči, která by se měla stát pro ženy vyššího věku, které uvažují o mateřství, standardním počinem, neboť je prekoncepční péče a příprava na těhotenství po 35. roku života ženy může eliminovat rizika a komplikace, které s vysokým věkem souvisí.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku opožděného těhotenství prvorodiček, které rodily po 35 roku svého života. V teoretické části jsou popsány 3 hlavní kapitoly, které se zabývají věkem matky, rizik a komplikací pro matku, rizik a komplikací pro plod.

V praktické části byly popsány kazuistiky, které jsou skutečné. Tyto případy jsem zaznamenala na povinné praxi při studiu.

Hlavním cílem této bakalářské práce byl rozbor opožděného těhotenství u matek starších jak 35 let. V teoretické části jsem popsala motivační pohnutky žen, prekoncepční přípravu a neplodnost. Dále jsou popsány možné rizika a komplikace, které se mohou vyskytnout u starých primipar. V praktické části je tento cíl popsán.

Hlavní cíl byl splněn.

1. dílčím cílem práce byla specifikace nejčastějších důvodů, proč ženy odkládaly těhotenství. Tento cíl byl dotázán otázkou na ženu: Co Vás vedlo k odkládání těhotenství do pozdějšího věku? Na tuto otázku měly všechny prvorodičky odpověď. V některých případech to bylo zaměstnání a vhodná pracovní pozice. Dalšími důvody byly nevhodné partnerské vztahy nebo cestování.

1. dílčí cíl byl splněn.

2. dílčím cílem bylo zjištění nejčastějších rizik a komplikací matky a plodu, které souvisí s věkem matky. Ve výzkumu bylo zjištěno, že ani jedno těhotenství nebylo bez rizik či komplikací. Celkově bylo popsáno 8 případů. Nejčastějšími riziky a komplikacemi byly:

- Gestační diabetes mellitus (4 ženy z 8).
- Dvojčetné těhotenství (3 ženy z 8).
- Předčasný porod (4 ženy z 8).
- Sterilita (3 ženy z 8).
- Asistovaná reprodukce (3 ženy z 8).
- Operativní porod (6 žen z 8).

2. dílčí cíl byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BELOŠOVIČOVÁ, H., CALDA, P., 2012 Screening Downova syndromu v prvním, druhém nebo obou trimestrech? Actual Gyn [online]. 2012. ISSN 1803-9588. Dostupné z: http://www.actualgyn.com/pdf/cz_2012_67.pdf
2. BIERMANN, Christine a Ralph RABEN. Maminkou ve čtyřiceti?. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-075-5
3. BINDER, Tomáš. Porodnictví. Praha: Karolinum, 2011. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1907-1
4. Fishman, Shira G.; Chasen, Stephen T.; Maheshwari, Bani. Journal of Perinatal Medicine. Risk factors for preterm delivery with placenta previa, January 2012. [online]. Dostupné z: http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.32.2a/ovidweb.cgi?&S=EPJJFPCGMGDDNIJNCDKDDIBGADHAA00&Complete+Reference=S.sh.46%7c44%7c1&Counter5=SS_view_found_complete%7c00005199-201240010-00005%7cppvovft%7covftdb%7cppvovftm&Counter5Data=00005199-201240010-00005%7cppvovft%7covftdb%7cppvovftm
5. HÁJEK Z., Rizikové a patologické těhotenství, Grada Publishing, a.s. 2004, ISBN 80-247-0418-8
6. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9
7. CHMEL, Roman. Průvodce těhotenstvím: jak se připravit na otěhotnění, jednotlivé měsíce těhotenství, porod, šestinedělí. Praha: Grada, 2004. Pro rodiče. ISBN 80-247-0962-7
8. KUDELA, Milan. Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. Učebnice. ISBN 978-80-244-1975-6
9. MARŠÁLEK, M., Deprese z různých úhlů pohledu: sborník abstrakt, 24. a 25. března 2006, Nové Město na Moravě. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-394-X
10. MUNTAU, Ania. Pediatrie. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2525-3
11. PAŘÍZEK, Antonín. Kritické stavy v porodnictví. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7

12. PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. Učebnice. ISBN 978-80-244-5322-4
13. Pasupathy, Dharmindra; Wood, Angela M.; Pell, Jill; Fleming, Michael; Smith, Gordon C. Journal of Epidemiology & Community Health. Advanced maternal age and the risk of perinatal death due to intrapartum anoxia at term, March 2011. [online] Dostupné z: http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.32.2a/ovidweb.cgi?&S=CCKLFPAHNMDDNIEDNCDKHCFBNDFNAA00&Complete+Reference=S.sh.52%7c29%7c1&Counter5=SS_view_found_complete%7c00004773-201103000-00008%7cppvovft%7covftdb%7cppvovftl&Counter5Data=00004773-201103000-00008%7cppvovft%7covftdb%7cppvovftl
14. PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. Přehled poruch psychického vývoje. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9
15. ROBSON, S. Elizabeth a Jason WAUGH. Medical disorders in pregnancy: a manual for midwives. 2nd ed. Chichester: John Wiley, 2013. ISBN 978-1-4443-3748-8
16. ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví: [učebnice]. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2
17. ŘEZÁČOVÁ, Jitka. Reprodukční medicína: současné možnosti v asistované reprodukci. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4657-2
18. SOBOTKOVÁ, Irena. Psychologie rodiny. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2007. 219 s. ISBN 978-80-7367-250-8
19. STRNADELOVÁ, Vladimíra a Jan ZERZÁN. Radost ze zdravých dětí: preventivní i léčebná strava pro celou rodinu. 3. vyd. Olomouc: ANAG, 2013. ISBN 978-80-7263-835-2
20. ŠÍPEK ANTONÍN, MIHALOVÁ ROMANA, PANCZAK ALEŠ, JANASHIA MIMOZA, CELBOVÁ LENKA, KOHOUTOVÁ, MILADA, Pokročilý věk matky jako indikace k provedení amniocentézy - zhodnocení karyotypu u 418 vyšetřených plodů, Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti. 2011. ISSN: 1210-7832; 1805-4455. [online]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek?id=35551>
21. ŠTEMBERA, Zdeněk. Rodička včera, dnes a zítra. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-500-2

22. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.
23. THARPE, Nell, Cindy L FARLEY a Robin G JORDAN. Clinical practice guidelines for midwifery and women's health. 4th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013. ISBN 978-1-4496-4575-5
24. UNZEITIG, V., LUBUŠKÝ, M., et al. 2012. Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství – doporučený postup. [online]. 2012. Dostupné z <http://www.lubusky.com/clanky/68.pdf>
25. VRUBLOVÁ, Yveta. Nemedicínská problematika porodnictví. Moderní gynekologie a porodnictví. 2018. ISSN 1211-1058

Elektronické zdroje:

<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>

<http://www.statistikaamy.cz/2014/03/ceske-matky-starnou/>

<https://docplayer.cz/2631902-Narodni-registr-reprodukcnihozdravi-rodicky.html>

<https://sanatorium-helios.com/ivf-and-infertility/>

<https://www.czso.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AC	Obvod břicha
AMC	Aminocentéza
BPD	Biparietální průměr
CNS	Centrální nervová soustava
KTG	Kardiotokografie
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
ET	Embryo transfer
EU	Evropská Unie
FL	Délka stehenní kosti
HBsAg	Antigen hepatitidy typu B
hCG	Choriogonadotropin
HIV	Virus způsobující AIDS
oGTT	Orální glukózový toleranční test
PV	Plodová voda
TK	Krevní tlak
UZ	Ultrazvuk
VVV	Vrozené vývojové vady
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Kazuistika 1	38
Tabulka 2: Kazuistika 2	41
Tabulka 3: Kazuistika 3	44
Tabulka 4: Kazuistika 4	47
Tabulka 5: Kazuistika 5	50
Tabulka 6: Kazuistika 6	53
Tabulka 7: Kazuistika 7	56
Tabulka 8: Kazuistika 8	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: průměrný věk rodiček v roce 2015.....	71
Příloha P II: Nejčastější komplikace matky ve vztahu k věku.....	72
Příloha P III: Nejčastější komplikace plodu ve vztahu k věku matky.....	73
Příloha P IV: Doby zjištění VVV plodu ve vztahu k věku matky.....	74
Příloha P V: vztah matky k porodní hmotnosti dítěte.....	75
Příloha P VI: žádost o umožnění přístupu k informacím.....	76

PŘÍLOHA P I: PRŮMĚRNÝ VĚK RODIČEK V ROCE 2015

Narození, porody	Věková skupina							Celkem
	-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35+	neudáno	
Narození úhrnem	706	1 929	13 546	32 938	38 416	23 627	-	111 162
živě	703	1 917	13 491	32 846	38 290	23 517	-	110 764
mrtvě	3	12	55	92	126	110	-	398
Porody úhrnem	701	1 912	13 410	32 513	37 790	23 193	-	109 519
v tom:								
jednoduché	696	1 896	13 279	32 096	37 175	22 747	-	107 889
dvojčat	5	16	130	412	609	445	-	1 617
trojčat	-	-	1	5	6	1	-	13
čtyřčat	-	-	-	-	-	-	-	-

Zdroj: Český statistický úřad

PŘÍLOHA P II: NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE MATKY VE VZTAHU K VĚKU

Komplikace	Věková skupina							Celkem
	-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35+	neudáno	
hrozící předčasný porod	27	32	247	437	551	343	-	1 637
krvácení před porodem	2	7	46	87	148	102	-	392
placenta praevia	1	2	11	48	90	79	-	231
předčasné odloučení	1	4	31	36	49	47	-	168
izoimunizace	-	3	23	48	59	42	-	175
kardiovaskulární	-	5	19	80	95	78	-	277
gestační hypertenze	8	17	258	704	766	599	1	2 353
preeklampsie	4	6	99	257	239	187	-	792
eklampsie	1	-	3	2	4	2	-	12
IVF (ART)	-	-	14	165	457	437	-	1 073
intraut. růst. retardace	9	37	138	246	256	218	1	905
ostatní	62	187	1 285	3 234	4 027	2 717	14	11 526
žádná	592	1 634	11 340	27 449	31 226	18 456	57	90 754
celkem rodiček	693	1 899	13 251	32 135	37 048	22 519	73	107 618

Zdroj: Český statistický úřad

PŘÍLOHA P III: NEJČASTĚJŠÍ KOMPLIKACE PLODU VE VZTAHU K VĚKU MATKY

Příznaky rizika	Věková skupina							Celkem
	-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35+	neudáno	
	absolutně							
zkalená voda	55	178	977	2 114	2 314	1 365	2	7 005
CTG	119	382	2 293	5 144	4 950	2 864	4	15 756
auskultace	18	64	392	865	810	408	4	2 561
IUGR	17	46	189	351	390	240	-	1 233
žádné	528	1 476	10 153	25 275	30 627	17 591	32	85 682
celkem rodiček	697	2 003	13 212	32 078	37 421	21 519	41	106 971
	na 100 rodiček							
zkalená voda	7,9	8,9	7,4	6,6	6,2	6,3	4,9	6,5
CTG	17,1	19,1	17,4	16,0	13,2	13,3	9,8	14,7
auskultace	2,6	3,2	3,0	2,7	2,2	1,9	9,8	2,4
IUGR	2,4	2,3	1,4	1,1	1,0	1,1	-	1,2
žádné	75,8	73,7	76,8	78,8	81,8	81,7	78,0	80,1
celkem rodiček	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Český statistický úřad

PŘÍLOHA P IV: DOBY ZJIŠTĚNÍ VVV PLODU VE VZTAHU K VĚKU MATKY

Týden zjištění VV	Věková skupina							Celkem
	-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35+	neudáno	
	absolutně							
neudáno	31	65	417	1 057	1 213	838	1	3 622
1.-12. týden	-	-	2	1	4	1	-	8
13.-22. týden	1	3	15	35	30	35	-	119
23. týden a více	-	1	11	20	25	11	-	68
celkem těhotenství s VV	32	69	445	1 113	1 272	885	1	3 817
bez VV	661	1 830	12 806	31 022	35 776	21 634	72	103 801
celkem těhotenství	693	1 899	13 251	32 135	37 048	22 519	73	107 618
	v %							
neudáno	96,9	94,2	93,7	95,0	95,4	94,7	100,0	94,9
1.-12. týden	-	-	0,4	0,1	0,3	0,1	-	0,2
13.-22. týden	3,1	4,3	3,4	3,1	2,4	4,0	-	3,1
23. týden a více	-	1,4	2,5	1,8	2,0	1,2	-	1,8
celkem těhotenství	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Pozn.: Těhotenství, během něhož byla ultrazvukovým vyšetřením zjištěna VV, je uvedeno jako těhotenství s VV, jen pokud bylo ukončeno porodem dítěte s VV

Vícečetné těhotenství je těhotenstvím s VV, pokud byla VV zjištěna alespoň u jednoho z narozených dětí
"Neudáno" zahrnuje případy s neudaným týdnem UZ a případy, kdy VV nebyla UZ zjištěna


Zdroj: Český statistický úřad

PŘÍLOHA P V: VZTAH MATKY K PORODNÍ HMOTNOSTI DÍTĚTE

Vitalita	Porodní hmotnost	Věková skupina						Celkem	
		-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35+		neudáno
údaje ČSÚ									
živě	-2 499	109	260	1 259	2 360	2 631	1 847	-	8 466
	2 500 +	518	1 644	12 142	30 154	34 986	21 168	-	100 612
	celkem	703	1 917	13 491	32 846	38 290	23 517	-	110 764
mrtvě	-2 499	3	10	41	66	88	72	-	280
	2 500 +	-	2	14	26	37	35	-	114
	celkem	3	12	55	92	126	110	-	398
celkem	-2 499	112	270	1 300	2 426	2 719	1 919	-	8 746
	2 500 +	581	1 646	12 156	30 180	35 023	21 203	-	100 789
	celkem	706	1 929	13 546	32 938	38 416	23 627	-	111 162

Zdroj: Český statistický úřad

PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedenou studentku. Tato studentka v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohla práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Studentka je poučena o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které jí při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studentku 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, studijního oboru Porodní asistentka (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studentky	Alžběta Kuččířková
Téma bakalářské práce	Problematika opožděného těhotenství: nejčastější rizika primipar vyššího věku
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D. podpis
Skupina respondentů	Rodičky, ženy v šestinedělí
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte) Podpis
KNTB – odd. šestinedělí, porodní sál, gynekologické oddělení	<u>Souhlasím</u> Nesouhlasím
Nemocnice Kyjov – odd. šestinedělí, porodní sál, gynekologické oddělení	<u>Souhlasím</u> Nesouhlasím

75 Nemocnice Kyjov,
příspěvková organizace
002 gynekologická amb. - gynekologické oddělení
553 Prim. MUDr. Maruška Júlíus
tel.: 518 801 404

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd -1-

Ve Zlíně dne 1. 4. 2019.

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

