

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

Fakulta veřejných politik v Opavě

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Opava 2021

Vendula Mikulenková

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

Fakulta veřejných politik v Opavě
Ústav nelékařských zdravotnických studií

Vendula Mikulenková

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Těhotenství po konizaci děložního čípku
Pregnancy after cervical conization

bakalářská práce

Opava 2021

PhDr. Daniela Nedvědová, Ph.D.

Vedoucí BP

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem těhotenství po konizaci děložního čípku. Z literatury bylo zjištěno, že konizace může vést ke vzniku zjizvené tkáně na děložním čípku, což způsobuje rigiditu čípku. Toto zjizvení může způsobit problém s otěhotněním, komplikace spojené s otevíráním a zkracováním děložního čípku v průběhu první doby porodní, protražovaný porod až rupturu děložního čípku. Dalším problémem je inkompetence děložního čípku, vzniklá odstraněním značné části čípku při konizaci, která může vést k potratu a předčasnému porodu (Roztočil et al., 2020).

Teoretická část práce se skládá ze tří hlavních kapitol, těhotenství po konizaci děložního čípku, porod po konizaci děložního čípku a konizace děložního čípku, které se podrobněji zabývají danou problematikou. Cílem teoretické části bakalářské práce je shromáždit z dostupných zdrojů české i zahraniční odborné literatury nejnovější poznatky o problematice těhotenství po konizaci děložního čípku.

V rámci empirické části byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření, formou strukturovaných rozhovorů. Cílem empirické části práce je zjistit, jaký vliv má konizace děložního čípku na otěhotnění a průběh těhotenství.

Klíčová slova

těhotenství, konizace, porod, kolposkopie, gynekologie

Abstract

The bachelor's thesis deals with the topic of pregnancy after conization of the cervix. It has been found in the literature that conization can lead to scar tissue on the cervix, causing cervical rigidity. This scarring can cause a problem with pregnancy, complications associated with opening and shortening of the cervix during the first period of childbirth, a problem with prolonging childbirth, finally to cervical rupture. Another problem is cervical incompetence, caused by the removal of a significant part of the cervix during conization, which can lead to miscarriage and premature birth (Roztočil et al., 2020).

The theoretical part of the bachelor's thesis consists of three main chapters, pregnancy after cervical conization, and childbirth after cervical conization and cervical conization, which deal with the issue in the details. The goal of theoretical part of the bachelor's thesis is to gather the latest knowledge on the issue of pregnancy after cervical conization from available sources of Czech and foreign professional literature.

In the empirical part of the thesis, the method of qualitative research was used, in the form of structured interviews. The aim of the empirical part of the thesis is to find out what effect the conization of the cervix has on pregnancy and the course of pregnancy.

Keywords

pregnancy, conization, birth, colposcopy, gynecology

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2020/2021

Zadávací ústav:	Ústav nelékařských zdravotnických studií
Studentka:	Vendula Mikulenková
UČO:	47774
Program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Téma práce:	Těhotenství po konizaci děložního čípku
Téma práce anglicky:	Pregnancy after cervical conization
Zadání:	<p>Teoretický cíl: Cílem bakalářské práce je shromáždit z dostupných zdrojů české i zahraniční odborné literatury nejnovější poznatky o problematice těhotenství po konizaci děložního čípku. Empirický cíl: Pomocí kvalitativního šetření zjistit, jaký vliv má konizace děložního čípku na otěhotnění a průběh těhotenství.</p>
Literatura:	<p>1. BECKMANN, CH. R. B. et. al. Obstetrics and gynecology. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2010. ISBN 978-0-7817-8807-6. 2. HÁJEK, Z. et. al. Porodnictví. 3. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9. 3. HÁJEK, Z. et. al. Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8. 4. HERBECK, G. et al. Atlas kolposkopie. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-249-0. 5. HERLE, P. et al. Diferenciální diagnostika v gynekologii. Praha: Raabe, 2016. ISBN 978-80-7496-207-3. 6. LANDON, M. B. et al. Gabbe's Obstetrics: normal and problem pregnancies. 8th edition. Philadelphia: Elsevier, 2021. ISBN 978-0-323-60870-1. 7. ROZTOČIL, A. et al. Moderní gynekologie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2. 8. ROZTOČIL, A. et al. Moderní porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9757-6. 9. SLEZÁKOVÁ, L. et al. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9. 10. TURÝNA, R. a SLÁMA J. Kolposkopie děložního hrdla. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-679-3.</p>
Vedoucí práce:	Mgr. Daniela Nedvěďová, Ph.D.
Datum zadání práce:	30. 3. 2020

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

.....
doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.
vedoucí ústavu

Čestné prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně, veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Prohlašuji, že elektronická verze práce je shodná s verzí tištěnou. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Ústřední knihovně Slezské univerzity v Opavě.

.....

Poděkování

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat PhDr. Daniele Nedvědové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, podporu a vstřícný přístup během zpracovávání této práce. Za konzultace a postřehy z praxe děkuji gynekoložce MUDr. Marcele Kubové. Ráda bych poděkovala také všem respondentkám, které se podílely na výzkumu. Mé díky patří zejména mé rodině za podporu v průběhu celého studia.

ÚVOD.....	1
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	2
1.1 Definice základních pojmů a jejich operacionalizace	2
1.2 Výsledky práce s literaturou a elektronickými informačními zdroji	4
1.2.1 Literární zdroje.....	4
1.2.2 Práce s elektronickými zdroji a přehled vyhledaných studií.....	4
2 TĚHOTENSTVÍ PO KONIZACI DĚLOŽNÍHO ČÍPKU	7
2.1 Definice těhotenství	7
2.2 Rozdělení těhotenství	7
2.2.1 Fyziologické těhotenství	7
2.2.2 Rizikové těhotenství.....	7
2.2.3 Patologické těhotenství	8
2.3 Komplikace po konizaci související s početím	8
2.4 Rozdělení těhotných z hlediska rizikovosti	9
2.4.1 Těhotenství po konizaci	10
2.5 Prenatální péče o ženy po konizaci	10
2.5.1 Všeobecný screening.....	10
2.5.2 Specifický screening	11
2.5.3 Genetická konzultace	13
2.6 Komplikace po konizaci související s těhotenstvím	16
2.6.1 Potrat	16
2.6.2 Předčasný porod	17
2.6.3 PROM	19
2.7 Hospitalizace žen po konizaci v průběhu těhotenství.....	20
2.8 Cervix score (Bishopovo skóre děložního hrdla)	21
2.9 Cerkláž děložního hrdla	23
3 POROD PO KONIZACI DĚLOŽNÍHO ČÍPKU.....	24
3.1 Klasifikace porodu	24
3.2 Komplikace po konizaci související s porodem	25
3.2.1 Protrahovaný porod.....	25
3.2.2 Ruptura děložního čípku	26
3.3 Vedení porodu po konizaci	26
4 KONIZACE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU	27
4.1 Děložní hrdlo.....	27
4.2 Diferenciální diagnostika nálezů na děložním čípku a hrdle	27

4.2.1	Cytologické vyšetření.....	27
4.2.2	HPV	29
4.2.3	Kolposkopie	30
4.2.4	Biopsie děložního hrdla.....	32
4.3	Prekancerózy děložního čípku a hrdla	32
4.4	Maligní nádory děložního čípku a hrdla	33
4.4.1	Klasifikace maligních nádorů podle rozsahu	35
4.5	Techniky ošetření děložního čípku	35
4.5.1	Destrukční výkony na děložním čípku.....	36
4.5.2	Excizní výkony na děložním čípku	36
4.5.3	Konizace.....	38
4.6	Ošetrovatelská péče o ženu po konizaci	42
5	EMPIRICKÁ ČÁST.....	45
5.1	Formulace problému.....	45
5.2	Hlavní cíl práce.....	46
5.3	Dílčí cíle.....	46
5.4	Metodika výzkumu.....	46
5.4.1	Metoda sběru dat	46
5.5	Plán výzkumného šetření.....	47
5.6	Sběr dat	47
5.7	Výzkumný vzorek respondentů a jeho výběr	48
5.8	Metodika vyhodnocení dat a prezentace výsledků.....	49
6	ROZHOVORY A JEJICH INTERPRETACE	50
6.1	Rozhovor 1, první respondentka.....	50
6.2	Rozhovor 2, druhá respondentka	53
6.3	Rozhovor 3, třetí respondentka.....	57
6.4	Rozhovor 4, čtvrtá respondentka.....	60
6.5	Rozhovor 5, pátá respondentka	64
6.6	Rozhovor 6, šestá respondentka.....	67
6.7	Souhrnná analýza.....	70
6.7.1	Vyhodnocení jednotlivých cílů	71
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	75
8	DISKUSE	76
9	ZÁVĚR.....	81
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	85

SEZNAM TABULEK	89
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	90
SEZNAM PŘÍLOH.....	91

ÚVOD

Pro zpracování bakalářské práce jsem si zvolila téma těhotenství po konizaci děložního čípku. Téma z oblasti gynekologie, jsem si vybrala, jelikož je pro mě tato oblast nejvíce zajímavá. K provedení výzkumu mezi ženami, které podstoupily konizaci a následně otěhotněly, mě vedla vlastní zkušenost. Jelikož jsem měla také podstoupit konizaci děložního čípku a plánuji těhotenství, tak mé myšlenky směřovaly k následnému otěhotnění, těhotenství a porodu. Chtěla jsem se dozvědět souvislosti mezi konizací a následným těhotenstvím. Také zjistit konkrétní komplikace, které mohou v této souvislosti vzniknout.

Bakalářská práce se zabývá problematikou konizace v souvislosti s následným těhotenstvím. Práce se skládá z teoretické a empirické části.

V teoretické části bakalářské práce jsou uvedena základní klíčová slova, spojená s touto problematikou. Dále tato část práce obsahuje základní informace o konizaci, o početí, těhotenství a porodu po konizaci. Ke zpracování teoretické části práce byla použita česká i zahraniční literatura. Pro doplnění informací byly použity rady a postřehy z praxe, od gynekoložky MUDr. Kubové. Cílem teoretické části bakalářské práce je shromáždit z dostupných zdrojů české i zahraniční odborné literatury nejnovější poznatky o problematice těhotenství po konizaci děložního čípku.

Empirická část obsahuje kvalitativní průzkumné šetření formou strukturovaného rozhovoru s šesti respondentkami. Cílem empirické části práce je zjistit, jaký vliv má konizace děložního čípku na otěhotnění a průběh těhotenství.

V závěru bakalářské práce byl v rámci doporučení pro praxi, vytvořen informační leták, který je určen ženám po konizaci, které chtějí otěhotnět nebo již otěhotněly.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Cílem teoretické části bakalářské práce je shromáždit z dostupných zdrojů české i zahraniční odborné literatury nejnovější poznatky o problematice těhotenství po konizaci děložního čípku.

1.1 Definice základních pojmů a jejich operacionalizace

V následující kapitole jsou definovány základní pojmy, které byly použity v této bakalářské práci. Dále je zde uvedena operacionalizace těchto pojmů v rámci práce. Základní použitá klíčová slova jsou následující: gynekologie, kolposkopie, konizace, porod, těhotenství.

Gynekologie

„... Metodou činnosti je prevence, včasná diagnostika a léčba onemocnění reprodukčního systému ženy, rehabilitace, systematická dispenzarizace, zdravotní výchova a vědecký výzkum“ (Slezáková et al., 2017, s. 8).

„Lékařský obor zabývající se péčí o ženu, zaměřený na diagnostiku, léčbu a prevenci onemocnění ženských pohlavních orgánů“ (Slezáková et al., 2017, s. 9).

*„Gynekologie se zabývá fyziologií a patologií ženy netěhotné a těhotné do ukončeného prvního trimestru těhotenství (12. týden)“ (DVOŘÁK, D. *Koncepce oboru gynekologie a porodnictví* [online]. Jihlava: Nemocnice Jihlava, 2010 [cit. 22. 02. 2021]. Dostupné z: <https://www.nemji.cz/koncepce-oboru-gynekologie-a-porodnictvi/d-1357/p1=1420>).*

Operacionalizace pojmu: v práci je uveden pojem gynekologie, v souvislosti s prevencí, diagnostikou, ošetrovatelskou péčí a léčbou u žen, které podstoupily konizaci a následně otěhotněly.

Kolposkopie

„Vyšetření děložního čípku pomocí optiky prováděné během gynekologického vyšetření při vaginálním vyšetření v zrcadlech. Vyšetření se užívá k diagnostice prekanceróz děložního čípku“ (Slezáková et al., 2011, s. 30).

*„Při tomto vyšetření je zobrazen genitál (děložní hrdlo, pochva a zevní rodidla) ve zvětšení binokulárním kolposkopem. Vyšetření pak probíhá jako běžné gynekologické vyšetření v zrcadlech...“ (ROTTER, L. *Kolposkopie* [online]. Brno: Gynmeda, 2021 [cit. 22. 01. 2021]. Dostupné z: <https://konizace.info/kolposkopie>).*

Operacionalizace pojmu: v práci je poukazováno na pojem kolposkopie, jako na vyšetření, napomáhající odhalit prekancerózní změny na děložním čípku, jež mohou vést ke konizaci.

Konizace

„Kuželovité vytěti části děložního hrdla“ (Slezáková et al., 2011, s. 37).

„Léčbou předrakovinových změn hrdla děložního je provedení malého operačního výkonu. Nejčastěji konizace, kterým odstraníme postiženou tkáň z děložního čípku ...“ (ROTTER, L. Konizace [online]. Brno: Gynmeda, 2021 [cit. 20. 01. 2021]. Dostupné z: <http://www.konizace.info/konizace>).

Operacionalizace pojmu: v práci je použit pojem konizace, ve spojitosti s ženami, u kterých byly odhaleny prekancerózní změny na děložním čípku vedoucí ke konizaci. Dále v souvislosti s těhotenstvím, možnými komplikacemi v těhotenství a porodem.

Porod

„Přechodem z nitroděložního života do mimomateršského prostředí v době porodu se z plodu stává novorozenec“ (Slezáková et al., 2013, s. 77).

„Porod (partus) je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plodu, placenty, plodových obalů) z těla matky“ (Slezáková et al., 2011, s. 163).

„Porod je proces, během kterého se z těla matky vytlačí plod, placenta a plodové obaly. Samotný porod ukončuje těhotenství ženy, kdy matka vytlačí ze svého těla dítě vaginálně anebo je jí z těla vybráno císařským řezem ...“ (DUFKOVÁ, J. Porod [online]. Brno: Dugy, 2021 [cit. 12. 01. 2021]. Dostupné z: <http://www.dugy.cz/porod>).

Operacionalizace pojmu: v práci je zmíněn pojem porod, v souvislosti s ženami, které podstoupily konizaci děložního čípku, otěhotněly a porodily.

Těhotenství

„Těhotenství (gravidita) je období, kdy dochází v organizmu ženy k vývoji plodu. Začíná oplozením vajíčka a končí porodem. Období těhotenství se dělí na oplození, implantaci (zanoření), nidaci (uhníždění) a vývoj plodového vajíčka“ (Slezáková et al., 2013, s. 77).

„Těhotenství je spojeno se změnami téměř všech orgánových systémů. Fyziologické, biochemické a anatomické změny odrážejí jak adaptaci organismu ženy na nároky vyvíjejícího se plodu, tak adaptační změny zabraňující poškození mateřského organismu v průběhu těhotenství, porodu nebo šestinedělí. ...“ (REHALAND. Těhotenství

[online]. Praha: Klinika komplexní rehabilitační péče, 2021. [cit. 12. 02. 2021]. Dostupné z: <https://rehaland.cz/tehotenstvi/>.

Operacionalizace pojmu: v práci je uveden pojem těhotenství v souvislosti s ženami, které podstoupily konizaci děložního čípku a následně otěhotněly.

1.2 Výsledky práce s literaturou a elektronickými informačními zdroji

Ke studiu tématu problematiky těhotenství po konizaci děložního čípku a následnému zpracování bakalářské práce byla použita odborná literatura zapůjčená z Univerzitní knihovny Slezské univerzity v Opavě i vlastní zakoupená literatura. Dále byly využity také elektronické informační zdroje, zejména k vyhledání výzkumných studií a k doplnění informací chybějících v literárních zdrojích.

1.2.1 Literární zdroje

Literární zdroje, ze kterých byly získány potřebné informace, jsou především knihy editovány v letech 2017–2020.

Klíčovými zdroji ke zpracování tématu jsou následující tituly:

- ČEPICKÝ, P. et al. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-5604-2.
- SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.
- DUBOVÁ, O. a ZIKÁN M. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2019. ISBN 978-80-7345-599-6.
- ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.

1.2.2 Práce s elektronickými zdroji a přehled vyhledaných studií

Výzkumné studie, které se týkají tématu těhotenství po konizaci děložního čípku, byly vyhledány v elektronických databázích EBSCO, Google Scholar, Google Books a PubMed. K vyhledání byla použita klíčová slova cervical conization, pregnancy, cervical cancer, cervical intraepithelial lesions, premature rupture of membranes, preterm delivery, pregnancy outcome, cervical intraepithelial neoplasia, female, low birth weight, premature birth, risk factors, loop electrosurgical excision.

Do bakalářské práce byly vybrány výzkumné studie, vztahující se k dílčím cílům, které jsou zpracovány formou tabulek.

Tabulka 1 Zahraniční studie č. 1

Autor	Lee, CY. et al.
Název	Outcome and Subsequent pregnancy after fertility-sparing surgery of early-stage cervical cancers
Klíčová slova	Cervical cancer, fertility-sparing surgery, conization, radical trachelectomy, pregnancy
Cíl	Prozkoumání výsledků následných těhotenství pacientek s rakovinou děložního čípku v raném stádiu, které podstoupily konizaci.
Země a datum vzniku	Tchaj-wan, 28. září 2020
Metodologie	Retrospektivní studie, v letech 2004 až 2017
Respondenti	Ženy s počátečním stadiem rakoviny děložního čípku, které podstoupily konizaci. Bylo přijato 32 žen, z nichž 22 podstoupilo LEEP konizaci a dalších 10 žen podstoupilo radikální trachelektomii. Medián věku při stanovení diagnózy byl 32 let (rozmezí 24–42).
Výsledky	Otěhotnělo 11 (36,7 %) z 30 žen a devíti se narodilo alespoň jedno živé dítě. Míra porodu, kdy se narodilo živé dítě, byla 73,3%. Medián intervalu od léčby do prvního porodu byl 2,7 roku. Většina z 11 žen byla léčena LEEP konizací (90,9 %). Pouze jedna žena byla léčena RT. Sedm žen porodilo po léčbě jedno živé dítě a dvě ženy porodily dvojčata. Dvě ženy potratily v prvním trimestru bez dalšího těhotenství. Pět žen (55,6 %) podstoupilo profylaktickou cervikální cerkláž na počátku druhého trimestru. Z 11 narozených dětí bylo devět (81,8 %) porozeno vaginálně a dvě (18,2 %) cisařským řezem. Míra předčasného porodu u těchto žen byla 54,5% (6 dětí z 11). Pět těhotenství bylo komplikováno předčasným prasknutím membrán.
Závěr	Operace k zachování plodnosti, včetně LEEP konizace mohou být bezpečnými alternativami k hysterektomii u vybraných mladých pacientek s počátečním stadiem rakoviny děložního čípku, které si přejí zachovat plodnost. Autoři dospěli k závěru, že pacientky s počátečním stadiem rakoviny děložního čípku, které podstoupí operaci šetřící plodnost, mohou úspěšně otěhotnět a mít úspěšné těhotenství a porod. Pacientky však musí před operací podstoupit podrobnou konzultaci a pravidelný pooperační dohled.

Zdroj: Lee, CY. et al. Outcome and Subsequent Pregnancy after Fertility-Sparing Surgery of Early-Stage Cervical Cancers. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020 [cit. 02. 02. 2021].

Tabulka 2 Zahraniční studie č. 2

Autor	Maina, G. et al.
Název	Obstetric outcomes in patients who have undergone excisional treatment for high grade cervical squamous intra-epithelial neoplasia
Klíčová slova	Cervical intra-epithelial neoplasia, conisation, obstetric outcomes, PROM, Pre-term delivery
Cíl	Vyhodnotit vztah mezi konizací, těhotenstvím a porodnickými výsledky z hlediska rizika předčasného porodu, předčasného prasknutí membrány (PROM), typu porodu.
Země a datum vzniku	Itálie, 7. března 2019
Metodologie	Retrospektivní studie, období 2005-2016
Respondenti	2316 žen ve věku 25-45 let, které podstoupily konizaci a 57 937 neléčených žen ve stejném věku
Výsledky	Po konizaci 320 žen alespoň jednou otěhotnělo v průměru za 3,35 roku.

	Konizace významně zvýšila riziko předčasného porodu. Ve srovnání s ženami, které nepodstoupily konizaci bylo riziko předčasného porodu vyšší u žen, které konizaci podstoupily (33,13 % vs. 6,60 %). Rovněž se významně zvýšilo riziko předčasného prasknutí membrán PROM (40 % vs. 23,22 %).
Závěr	Zjištění autorů odhaluje vztah mezi cervikální konizací a předčasným porodem, PROM. Aby se minimalizovalo riziko a zajistil se nejlepší porodnický výsledek, měla by být zvolena vhodná léčba a následné kontroly pacientek.

Zdroj: Maina, G. et al. Obstetric outcomes in patients who have undergone excisional treatment for high-grade cervical squamous intra-epithelial neoplasia. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* [online]. 2019 [cit. 02. 02. 2021].

Tabulka 3 Zahraniční studie č. 3

Autor	Sozen, H. et al.
Název	Pregnancy outcomes after cold knife conization related to excised cone dimensions
Klíčová slova	Cervical intraepithelial neoplasia, cervix uteri, conization, pregnancy outcome, premature birth
Cíl	Analyzovat perinatální výsledek těhotenství po konizaci studeným nožem a zkoumat jeho vztah, pokud existuje, s množstvím odstraněné tkáně a posoudit rizikové faktory perinatálních komplikací.
Země a datum vzniku	Turecko, 29. ledna 2014
Metodologie	Retrospektivní kohortní studie
Respondenti	Skupina žen, které podstoupily konizaci (studijní skupina), a skupina žen, které nepodstoupily konizaci (kontrolní skupina).
Výsledky	Míra předčasného porodu a PPRM byla ve studované skupině významně vyšší ve srovnání s kontrolní skupinou. Průměrný objem kužele byl významně vyšší ve skupině žen, které porodily v <37 týdnech, ve srovnání se skupinou žen, které porodily v > 37 týdnech. U žen, u kterých byl diagnostikován PPRM, byl průměrný vyříznutý objem a výška vyšší než u skupiny žen, u nichž nebyl diagnostikován PPRM.
Závěr	Četnost perinatálních komplikací byla vyšší u skupiny žen, které podstoupily konizační proceduru. Autoři zjistili, že objem vyříznuté tkáně děložního čípku je z hlediska hodnocení perinatálních komplikací důležitější než výška vyříznuté tkáně děložního čípku. Proceduru kolposkopie a konizace musí provádět stejný zkušený odborník. Během zákroku je nutné se vyvarovat zbytečné excize tkáně.

Zdroj: Sozen, H. et al. Pregnancy outcomes after cold knife conization related to excised cone dimensions. *The Journal of reproductive medicine* [online]. 2014 [cit. 24. 05. 2021].

2 TĚHOTENSTVÍ PO KONIZACI DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

2.1 Definice těhotenství

Těhotenstvím neboli graviditou můžeme označit určitou část života ženy, kdy dochází v organismu k různým změnám způsobeným vývojem plodu v děloze. V úvodu dochází k oplození vajíčka, následuje implantace a nidace. Pokračováním je vývoj plodového vejce v plod. Celý proces je zakončen porodem (přechod plodu z dělohy mimo tělo matky). Tímto se z plodu stává novorozenec (Slezáková et al., 2011).

2.2 Rozdělení těhotenství

Jedna čtvrtina až třetina těhotných je ohrožena rizikovými faktory, které mohou ovlivnit průběh těhotenství. Ke skutečnému rozvoji patologického těhotenství však dochází pouze u 20-30 %. Zbýlá část těhotenství probíhá fyziologicky. Pět procent žen trpí závažným onemocněním již před otěhotněním. U dalších pěti procent žen se bez přítomnosti rizikových faktorů rozvíjí patologické těhotenství až po určité době. Screening zbývajících devadesáti procent těhotných pomocí základních vyšetření a detekce rizikových faktorů je schopen odhalit rozvoj patologického těhotenství (Slezáková et al., 2017).

2.2.1 Fyziologické těhotenství

Velká část těhotenství probíhá fyziologicky. Fyziologickým těhotenství označujeme těhotenství probíhající normálně, bez komplikací. Většina těhotenství probíhá fyziologicky. Všechna provedená klinická i laboratorní vyšetření v průběhu těhotenství neprokazují žádné odchylky od normy. Normální těhotenství trvá u člověka přibližně 280 dnů, 40 týdnů, 10 lunárních měsíců. Za fyziologické považujeme trvání gravidity od 38 do 42 týdnů (Slezáková et al., 2017).

2.2.2 Rizikové těhotenství

U těchto žen může být průběh těhotenství normální, ale vyskytuje se vyšší riziko rozvoje patologického stavu. Nejčastěji se jedná o hrozící potrat nebo předčasný porod, což může vést až k úmrtí plodu. Patří zde i těhotenství, kdy je podezření na vrozenou vývojovou vadu plodu. Rizikové faktory působící na plod, které mohou ovlivnit průběh

těhotenství, se vyskytují přibližně u jedné čtvrtiny až třetiny těhotných. Míra rizika závisí na působení škodlivých vlivů na plod, na vlastnostech a délce působení vlivů a na reakci plodu, dle stádia vývoje. Průběh těhotenství je ovlivněn anamnestickou zátěží ženy nebo zátěží vzniklou v průběhu gravidity (např. příliš vysoký nebo nízký věk žen, dědičná zátěž, neúspěšná předcházející těhotenství, léčená neplodnost, vícečetná těhotenství ap.). Riziková těhotenství jsou sledována v poradně pro riziková těhotenství, jelikož vyžadují zvýšenou preventivní péči (Slezáková et al., 2017).

2.2.3 Patologické těhotenství

V případě patologického těhotenství je potvrzen a prokázán patologický průběh těhotenství, což může ohrozit matku i plod. V průběhu těhotenství trpí onemocněním matka, plod nebo oba současně. Jednou možností je, že se onemocnění vyskytuje u matky již před otěhotněním, ale v průběhu těhotenství došlo ke zhoršení choroby (např. cukrovka, plicní a srdeční onemocnění). Druhou možností je, že se onemocnění diagnostikuje až v průběhu těhotenství (např. těhotenská cukrovka, preeklampsie). Mezi onemocnění dítěte řadíme např. vrozené vývojové vady, stavy s poruchou výživy. V průběhu patologického těhotenství je potřebná léčebná péče. Dle průběhu onemocnění volíme ambulantní péči nebo pobyt v nemocnici. V některých případech, před porodem je indikována preventivní hospitalizace žen na oddělení pro riziková těhotenství. Tato hospitalizace je vhodná např. v případě vícečetného těhotenství, nepravidelného uložení dítěte, nízko nasedající placenty (Slezáková et al., 2017).

2.3 Komplikace po konizaci související s početím

Velká většina žen otěhotní po konizaci děložního čípku bez problému a provedena konizace nemá na otěhotnění vliv. Mezi ženami jsou však i výjimky, které mají s otěhotněním po konizaci potíže. Jedná se zejména o ženy, kterým bylo nutné při výkonu odstranit větší část děložního hrdla. Dále ženy, u kterých byla konizace provedena nešetrně nebo nezkušeným operátorem. Problémem je i volba nevhodné techniky konizace nebo použití zastaralé metody, jako je CKC namísto použití moderních technik. Nedodržení léčebného režimu může mít za následek patologické zhojení tkáně čípku se vznikem jizev na čípku, což může zhoršovat komplexní funkci hrdla děložního při oplodnění. Čípek je tuhý a zjizvená tkáň znemožňuje spermii proniknout přes čípek do dělohy a oplodnit vajíčko. Tuto komplikaci je většinou možné vyřešit v rámci asistované reprodukce pomocí intrauterinní inseminace, kdy je

koncentrované sperma ženě vpraveno přímo do dělohy, tedy do místa za jizvou (Dubová a Zikán, 2019).

2.4 Rozdělení těhotných z hlediska rizikovosti

Těhotné s malým rizikem

Jedná se o pacientky bez rizikových faktorů v anamnéze a u nichž výsledky všech vyšetření v průběhu gravidity nepotvrdili žádnou patologii. Tyto těhotné jsou dispenzarizovány v prenatální ambulanci do 36. týdne gravidity včetně v intervalu 4–6 týdnů (optimálně 1x měsíčně), následně od 37. týdne gravidity navštěvují ambulanci do termínu porodu jedenkrát týdně. Nejpozději do termínu porodu je těhotná předána do ambulantní péče zdravotnického zařízení, kde si přeje porodit (Dubová a Zikán, 2019).

Těhotné se středním rizikem

V anamnéze těchto žen se vyskytují rizikové faktory a výsledky jejich vyšetření jsou normální, ale vyžadují opakování. Frekvence návštěv v prenatální ambulanci se odvíjí od aktuálního vývoje těhotenství a zdravotního stavu ženy. Ošetřující gynekolog rozhoduje dle charakteru a závažnosti rizikového faktoru o rozsahu a frekvenci vyšetření. Pokud se při dispenzarizaci těchto žen zhorší jejich zdravotní stav nebo dojde ke změně výsledků z fyziologických na patologické, považují se již ženy za těhotné s vysokým rizikem (Dubová a Zikán, 2019).

Těhotné s vysokým rizikem

U těchto žen se mohou, ale i nemusí vyskytovat v anamnéze rizikové faktory. Konkrétní riziko je u nich definováno dle klinických či laboratorních výsledků, které jsou patologické. Zahrnujeme zde i ženy, které trpěly onemocněním, které vede k rizikovému těhotenství, již před otěhotněním. V této skupině žen je postup péče zcela individuální. Ošetřující gynekolog se řídí dle charakteru, průběhu a závažnosti onemocnění nebo klinického stavu těhotné (Dubová a Zikán, 2019).

Poradna pro rizikovou a patologickou graviditu

Do této poradny jsou odesílány gynekologem těhotné, u nichž je průběh těhotenství rizikový nebo patologický. Tyto těhotné vyžadují zcela individuální péči závislou na jejich rizicích, potížích, onemocněních a možných komplikacích. V těchto poradnách jsou k dispozici speciálně vyškolení lékaři s vysokou erudicí a praxí, kteří pracují s potřebnou a kvalitní přístrojovou technikou, která umožňuje včasné odhalení těhotenské patologie u těhotných žen s rizikovými faktory. Návštěvami této poradny

dochází ke snížení rizika vzniku patologie včetně možného poškození zdraví matky či plodu a zvýšení kvality péče (Dubová a Zikán, 2019).

2.4.1 Těhotenství po konizaci

Většina těhotenství po konizaci probíhá naprosto fyziologicky a není potřebná žádná nadstandardní péče nebo častější kontroly v prenatalní poradně. Pokud nastanou v průběhu těhotenství komplikace, například v podobě zkracování děložního čípku s hrozícím předčasným porodem, jedná se již o těhotenství rizikové. (Dubová a Zikán, 2019).

2.5 Prenatální péče o ženy po konizaci

U fyziologického průběhu těhotenství se provádí klinická a laboratorní vyšetření při poskytování prenatalní péče pravidelně, při každé návštěvě gynekologa a nepravidelně, pouze v určitém týdnu těhotenství. Nejpozději do konce 12. týdne jsou provedena komplexní prenatalní vyšetření s následným vystavením těhotenské průkazky (Roztočil et al., 2020).

- Diagnostika gravidity: rychlotest z moče, odběr krve k laboratornímu vyšetření hCG (potvrzení gravidity nad 200 j/l), ultrazvukové vyšetření, stanovení délky současného těhotenství a výpočet termínu porodu a zhodnocení, zda je těhotenství fyziologické, rizikové, patologické (Roztočil et al., 2020)

2.5.1 Všeobecný screening

Zahrnuje odběr osobní, gynekologické, rodinné a porodnické anamnézy. Podstatou je zjištění rizikových faktorů, které působily již před graviditou a detekce rizikových faktorů působících v průběhu gravidity. Prenatální péče je zaměřená na důslednou primární i sekundární prevenci, což napomáhá k odhalení odchylek od fyziologického těhotenství a vyhledávání či prevenci rizikového či patologického těhotenství. Tento screening napomáhá snížení perinatální morbidit. Péče zahrnuje edukaci těhotné o významu pravidelných prohlídek. Ženy mohou trpět závažným onemocněním již před otěhotněním, což lze zjistit odběrem anamnézy. Patří zde onemocnění hematologická, endokrinní, neurologická, psychiatrická, interní. Nezbytné je také provedení základních vyšetření, čímž můžeme u těhotné detekovat rozvoj Rh-

isoimunizace, vaginální infekce, celková infekční onemocnění, maligní onemocnění hrdla děložního (Roztočil et al., 2020).

2.5.2 Specifický screening

Tento screening již konkrétně upřesňuje, zda rizikové faktory vedou k rozvoji patologického průběhu těhotenství (Roztočil et al., 2020).

Neinvazivní metody

Zahrnují pravidelná ultrazvuková vyšetření (1. do 14. týdne, 2. ve 20. – 22. týdnu, 3. ve 30. – 32. týdnu) (Dubová a Zikán, 2019).

- **Screening v 1. trimestru**

Kombinovanou (biochemickou a ultrazvukovou) metodou ultrazvukové diagnostiky v 1. trimestru lze stanovit míru rizika vzniku VVV plodu. Může se jednat o anatomické či chromozomální odchylky plodu. Prostřednictvím tohoto screeningu je možné stanovit riziko předčasného porodu, intrauterinní růstové retardace, preeklampsie a zejména Downova syndromu (Dubová a Zikán, 2019).

První část screeningu zahrnuje odběr krve, nejčastěji v 10. tt, při prvním vyšetření v poradně. Vyšetření krve je zaměřeno na koncentraci biochemických markerů, jejichž hodnoty uvádí míru rizika VVV (glykoproteiny PAPP-A a beta free hCG) (Dubová a Zikán, 2019).

Trisomy testem je možné neinvazivně a nejspolehlivěji odhalit riziko Downova, Edwardsova a Patauova syndromu. Existuje i Trisomy test +, kterým je možné odhalit i více poruch genetických informací (Dubová a Zikán, 2019).

Neinvazivní screening chromozomálních poruch plodu (NIPT, NIPS, cfDNA)

Jedná se o neinvazivní, spolehlivé prenatální testování k záchytu aneuploidii (trisomie 21, 18, 13 i aneuploidie pohlavních chromosomů), které lze provést do 10 tt. Také umožňuje zjistit i pohlaví plodu. Z odběru žilní krve matky, lze vyšetřit volnou DNA plodu (Roztočil et al., 2020).

Následuje ultrazvukové vyšetření mezi 12. – 14. tt, které je zaměřeno na ultrazvukové kontrolní vyšetření délky plodu, orgánů, končetin a množství plodové vody. Ultrazvuk se zaměřuje zejména na množství volné tekutiny v záhlaví plodu, tedy na míru šíjového projasnění (NT). Vyšší riziko postižení plodu je signalizováno výrazně zvýšenou hodnotou NT, chybějící nosní kůstkou, kratšími stehenními kostmi a vadami srdce (Dubová a Zikán, 2019).

Pro výpočet individuálního rizika postižení plodu pomocí počítačového programu, je nutné znát základní údaje z anamnézy, biochemické ukazatele z krve a výsledky ultrazvukového měření. U velké části těhotných je riziko postižení plodu nízké, jelikož je výskyt Downova syndromu 1:500 až 1 000 živě narozených dětí a morfologické a drobné vady se vyskytují u 2–3 % novorozenců. Výsledky screeningu informují pouze o míře pravděpodobnosti rizika. Nejedná se tedy o přesnou diagnózu postižení a dítě se i přes pozitivní výsledky screeningu může narodit zcela zdravé (Dubová a Zikán, 2019).

- **Screening v 2. trimestru**

Mezi 20.–22. tt je ultrazvukový screening zaměřen na odhalení vrozených vad orgánů, ověření správného vývoje plodu, odhad množství plodové vody, posouzení uložení a funkce placenty. Je provedeno měření velikosti plodu a dle průměrných hodnot, obvodu hlavičky, břicha, délky stehenní a pažní kosti je posouzen růst plodu (Roztočil et al., 2020).

Dále se hodnotí vývoj mozku dítěte, jeho tvář včetně vyloučení rozštěpu rtu, profil obličeje, anatomie srdce, vývoj plic a hrudníku, břicho včetně ledvin, močového měchýře a žaludku, páteř, držení končetin a prstů (Roztočil et al., 2020).

- **Screening ve 3. trimestru**

Poslední ultrazvukový screening se provádí mezi 30. – 32. tt. Opět je stanovena odhadována hmotnost plodu, poloha plodu, uložení placenty a množství plodové vody. Kontrolují se všechny orgánové systémy a končetiny plodu. Zjišťuje se také funkce placenty, pomocí dopplerovského vyšetření, kterým se hodnotí průtok krve v cévách mozku a pupečníku. Dále je možné provést 3D/4D ultrazvuk (Roztočil et al., 2020).

Invazivní metody vyšetření

Vyšetření spočívá v získání vzorku tkáně plodu k molekulárně–genetickému vyšetření a vyšetření karyotypu. Těhotné tato vyšetření podstupují jen na základě speciální indikace. Nevýhodami těchto metod je riziko předčasných porodů (Roztočil et al., 2020).

- **Odběr chlorinových klků (CVS)**

K tomuto invazivnímu vyšetření jsou odesílány těhotné, u kterých je odhalena pravděpodobnost postižení vyšší než 1:100. Tímto odběrem lze odhalit chromozomální účinky, prostřednictvím odebrání vzorku tkáně z placenty. Odběr je prováděn před amniocentézou, mezi 10–13 tt. Odběr se provádí pod ultrazvukovou kontrolou, kdy je zavedena odběrová jehla, skrz břišní stěnu. Vzorek je odeslán na cytogenetické

vyšetření ke kultivačnímu vyšetření buněk choria a karyotypu. Pokud dojde k potvrzení chromozomálních odchylek, je nutné k potvrzení provést i amniocentézu (Roztočil et al., 2020).

- **Odběr plodové vody amniocentéza (AMC)**

Další specifickou metodou prováděnou mezi 16–18 tt je vyšetření karyotypu plodu po kultivaci, biochemické vyšetření plodové vody s hodnocením hladiny AFP. Podstatou je odběr vzorku plodové vody. Odběr se provádí pod ultrazvukovou kontrolou, kdy je zavedena odběrová jehla, skrz břišní stěnu. Následně je vzorek odeslán k biochemickému vyšetření a k vyšetření buněk plodové vody (Roztočil et al., 2020).

- **Genetické vyšetření**

Jedná se o vyšetření prováděné po odběru CVS a AMC.

Zahrnuje vyšetření:

- karyotypu (klasická cytogenetika): kultivace v živném médiu, mikroskopické vyšetření, sestavení karyogramu pomocí počítače. Trvá 10–14 dní.
- QF-PCR (kvantitativní fluorescenční PCR): rychlá prenatalní detekce nejčastějších aneuploidií u chromozomů 13, 18, 21, X a Y. Výsledky do 2. dne.
- array CGH: principem je porovnání kontrolní DNA od zdravého člověka s DNA testovanou; cílem je odhalení malých nebalancovaných přestaveb na chromozomech, které nezachytí konvenční cytogenetika.
- SNP array: celogenomový screening s 1000krát větší rozlišovací schopností než klasický karyotyp. Není třeba kultivace, vyšetření následuje po přímé izolaci DNA z nativní tkáně a vyhodnocení počítačem (Roztočil et al., 2020).
- **Kordocentéza (CC)**

Vyšetření je prováděno od 18. tt, pod ultrazvukovou kontrolou, kdy je speciální jehlou provedena punkce pupečnicku s následným odběr fetální krve z pupečnickové vény. Ze získaného vzorku je možné stanovit karyotyp plodu, krevní skupinu, detekovat infekci, aloimunizaci plodu, provést molekulárně genetické, imunologické a biochemické vyšetření. Výsledek je do 48–72 hodin (Roztočil et al., 2020).

2.5.3 Genetická konzultace

Některé těhotné ženy mohou být odeslány gynekologem na konzultaci do genetické poradny. V rámci této konzultace je těhotným ženám doporučeno podstoupení

dalších specifických a podrobnějších prenatalních vyšetření (invazivní metody, podrobné ultrazvukové vyšetření, fetální echokardiografie, fetální MRI). Pokud je potvrzena diagnóza, je zvolen další individuální postup a těhotná i nadále navštěvuje genetickou poradnu (Roztočil et al., 2020) (Dubová a Zikán, 2019).

Návštěva této poradny je indikována v případech:

- Výskytu VVV či dědičných chorob v rodinné, osobní anamnéze
- Pozitivního výsledku prenatalního screeningového vyšetření (kombinovaný screening I. trimestru, biochemický screening II. trimestru, či integrovaný screening)
- abnormálního nálezu na ultrazvukovém vyšetření plodu (přímé známky VVV či jiných abnormalit plodu, abnormality množství plodové vody apod.)
- těhotenství od 35 let věku výše, z důvodu rostoucího rizika chromozomálních aberací (Roztočil et al., 2020) (Dubová a Zikán, 2019).

Doporučená frekvence návštěv v prenatalní poradně v průběhu fyziologického těhotenství

- do 23. týdne co 4 týdny
- 24.-32. týden co 3 týdny
- 33.-36. týden co 2 týdny
- 37.-40. týden co 1 týden
- po termínu porodu co 2 dny (CTG) (Roztočil et al., 2020)

Každá prohlídka zahrnuje:

- Hodnocení hmotnostního přírůstku
- Kontrolu otoku končetin a křečových žil na nohou
- Měření krevního tlaku
- Test papírkem na přítomnost cukru a bílkovin v moči
- Kontrola vitality plodu pomocí ultrazvuku
- Zhodnocení celkového stavu včetně vaginálního vyšetření (Roztočil et al., 2020)

Doporučení základních vyšetření v těhotenství

10.-12. tt

Vstupní vyšetření:

- Odběr krve KS + Rh faktor (protilátky), glykémie na lačno, HBsAg, HIV, BWR (sérologicky)

- Rubeola, pokud není doloženo povinné očkování
- Toxoplazmóza u rizikových skupin
- Gonorrhoea kultivačně u rizikových skupin
- Onkologická cytologie, kolposkopie čípku, event. biopsie

Základní opakované vyšetření:

- TK, P, tělesná hmotnost, moč chemicky papírkem

Doporučená vyšetření:

- UZ vyšetření, včetně nuchální translucence (NT), beta-hCG, PAPP-A, pH pochvy papírkem, vyšetření prsů

Porodnické vyšetření:

- Akce srdeční plodu od 14. týdne těhotenství
- Měření vzdálenosti fundus – spona, měření obvodu břicha
- Pelvimetrie

Vaginální vyšetření:

- Cervix skóre

16. tt

- Tripple-test (hCG, AFP, E3) - program Alpha a základní opakovaná vyšetření
- U těhotných nad 35 let, amniocentéza bez ohledu na výsledek triple testu

Doporučená vyšetření:

- Poševní alkalizační test s užitím KOH (k detekci bakteriální vaginózy)

20. tt

- U Rh-negativních žen protilátky
- KO včetně trombocytů a základní opakovaná vyšetření
- UZ screening

24. tt

- Orální glukózový toleranční test (oGTT) a základní opakovaná vyšetření

28. tt

- U Rh-negativních žen-protilátky a základní opakovaná vyšetření

28. až 32. tt

- 2. UZ screening (u vícečetné gravidity vždy flowmetrie) a základní opakovaná vyšetření

36. tt

- HIV, BWR, gonorrhoea (u rizikových skupin)

- U Rh-negativních žen - protilátky
- CTG (u rizikových skupin)
- 2. KO (včetně trombocytů)
- Kultivace pochvy (GBS) a základní opakovaná vyšetření

37. tt

- CTG (u rizikových skupin) a základní opakovaná vyšetření

38. až 40. tt

- CTG a základní opakovaná vyšetření
- Speciální vyšetření u rizikových skupin (interní, neurologické, ortopedické, vnitřní vyšetření pánve)

po 40 tt až porod (prodloužená gravidita)

- CTG co 2 dny
- Vaginální kontrola 2x týdně
- UZ biometrie k upřesnění TP

10. den po TP

- Oxytocinový zátěžový test (OZT)

41+5 až 42 tt

- Ukončený týden gravidity (hospitalizace a indukce) (Roztočil et al., 2020)

2.6 Komplikace po konizaci související s těhotenstvím

Hlavní komplikací v těhotenství po konizaci je významné zkrácení čípku s odstraněním tkáně do hloubky. Příčinou je výkon, který je proveden nešetrně nebo zbytečně radikálně prostřednictvím nevhodné nebo zastaralé metody. Zejména, u dříve nerodících pacientek, může vést k samovolnému potratu, předčasnému porodu (Roztočil et al., 2020).

2.6.1 Potrat

Potraty dělíme na samovolné, které proběhnou časně nebo pozdně. Možné je i umělé ukončení těhotenství na žádost pacientky nebo ze zdravotní indikace ze strany matky nebo plodu (Dubová a Zikán, 2019).

Pozdní spontánní potrat

Kritériem je vypuzení plodu po 12. týdnu, který neprojevuje známky života. Hmotnost plodu nižší než 500g nebo délka trvání těhotenství méně než 22 týdnů (Slezáková et al., 2017).

Mezi možné příčiny potratu řadíme:

- Vady dělohy dané vývojem, plodové vejce napadené infekcí, celková onemocnění matky
- Špatná funkce děložního hrdla zvaná inkompetence může být vrozená, ale ve většině případů způsobená poškozením například při konizaci (Hájek et al., 2004)

Příznaky tohoto potratu jsou spíše jako u porodu. Zahrnují pravidelné kontrakce dělohy, možný je i odtok plodové vody. Dochází ke změnám na děložním hrdle, projevující se zkracováním a otevíráním čípku. Změny lze zjistit ultrazvukovou cervikometrií (Slezáková et al., 2013).

Terapie zahrnuje:

- Podání léků: antibiotika při známkách infekce, magnezium vhodné pro tlumení děložní činnosti
- Klidový režim zahrnující pracovní neschopnost nebo hospitalizaci, v případě potratu například revize dutiny děložní (Slezáková et al., 2011).

Důležitým aspektem při pozdním potratu, jestliže se blíží týden těhotenství hranici možného přežití dítěte mimo dělohu, je zvážení možnosti záchrany novorozence dle aktuálního stavu plodu (Slezáková et al., 2013).

2.6.2 Předčasný porod

Jako předčasný porod označujeme těhotenství ukončené mezi 24. – 37. týdnem těhotenství. Většina předčasných porodů proběhne bez zjevné příčiny (asi 50 %). Porod může být vyvolán předčasným nástupem děložní činnosti, předčasným odtokem plodové vody. Tento porod může být také indukován z důvodu onemocnění matky nebo plodu (Roztočil et al., 2020).

Riziko předčasného porodu se zvyšuje, pokud se v anamnéze těhotné uvádí předchozí prodělaný předčasný porod. Významným rizikem je také výskyt přetrvávajících a opakujících se infekcí. Také insuficience děložního čípku, vzniklá

například po konizaci. Tyto rizika mohou vést až k předčasnému odtoku plodové vody (Roztočil et al., 2020).

Indukce z důvodu onemocnění matky:

- Různé infekce vedoucí ke chorioamnionitidě
- Onemocnění matky, které nelze stabilizovat: srdeční, endokrinní, apendicitida, preeklampsie
- Děložní příčiny: vývojové vady, inkompetence hrdla, myomy, hypoplazie
- Celkový stav matky zahrnující podvýživu, hypovitaminózu, intoxikaci, věk matky pod 18 let, nad 35 let (Roztočil et al., 2017)

Indukce z důvodu onemocnění plodu:

- Získaná infekce přestupem z děložního hrdla do dělohy
- Více plodů v děloze
- Patologické umístění nebo funkce placenty

Kombinace obou předchozích:

- Intolerance mezi plodem a matkou z imunogenetického důvodu a inkompatibilita Rh (Roztočil et al., 2017)

Diagnostika

- Anamnestické údaje pacientky
- Průkaz činnosti dělohy
- Průkaz zkrácení a dilatace hrdla, pomocí UZ vaginální sondy
- Porodnické vyšetření
- Průkaz PROM (Roztočil et al., 2017)

K jak velkému zkrácení hrdla došlo, je možné určit vaginálním vyšetřením s výsledným cervix skóre. Přesnější je stanovení délky hrdla ultrazvukem pomocí vaginální sondy, tzv. cervikometrií. Pokud je hrdlo zkráceno pod 25 mm a dochází k dilataci vnitřní děložní branky, jedná se o průkaz hrozícího předčasného porodu (Hájek, 2011).

Cervikální příčina předčasného porodu

Jednou z příčin ukončení těhotenství ve 2. trimestru je insuficience děložního čípku a hrdla. Insuficience může být zapříčiněna například hypoplazií, opakovanými dilatacemi a chirurgickým traumatem, jako je konizace (Hájek, 2011).

Postup v případě předčasného porodu

Při podezření na předčasný porod je důležitá okamžitá hospitalizace a zabezpečení klidového režimu. Podání antibiotik a tokolytik omezujících děložní činnost, nejčastěji MgSO₄. Před 33. týdnem podání kortikoidů, alespoň 24 h před porodem k urychlení vývoje nezralých plic plodu. Pokud již nelze předčasnému porodu zabránit, je nutný okamžitý převoz ženy do specializovaného centra, ještě před porodem. Porod by měl probíhat co nejšetrněji, nejčastěji císařským řezem. Pokud žena rodí vaginálně, je nutná epiziotomie a při nutnosti rychle ukončit porod se použijí porodnické kleště. Tímto dítě chráníme před zvýšeným rizikem infekce, hypoxie a porodního traumatu (Roztočil et al., 2017).

2.6.3 PROM

Jedná se o porušení plodových obalů a odtok plodové vody více než 1 hodinu před nástupem pravidelných děložních kontrakcí. PROM (Premature rupture of Membranes) může nastat v termínu, což znamená těhotenství starší než 37 týdnů s názvem TermPROM. Také k němu může dojít před termínem, což znamená v těhotenství před ukončeným 37. tt s názvem PretermPROM. PPROM je komplikací 4–14 % všech porodů a přibližně ve 30 % těhotenství je příčinou předčasných porodů. Pokud se PPROM prokáže pomocí různých diagnostických testů a vyšetření, tento stav je považován za začátek porodu či potratu. Těhotná žena s prokázaným PPROM by měla být vždy hospitalizována dle aktuálního týdne těhotenství v perinatologickém centru intenzivní nebo intermediární péče (Landon et al, 2021).

Rizikové faktory pro předčasný odtok plodové vody jsou:

- především infekce
- vícečetná těhotenství
- STD
- předčasný porod v anamnéze
- krvácení
- konizace, inkompetence hrdla
- VVV dělohy (Landon et al, 2021)

Nezbytné je ihned při příjmu provést kultivaci a začít s profylaktickou antibiotickou terapií. Pokud výsledky kultivace neznají známky infekce, nepřidává se

další antibiotická léčba. Pokud je infekce potvrzena, přechází se na cílenou léčbu antibiotiky, dle výsledků kultivace (Roztočil et al., 2017).

- PPRM u 37 tt a více, bez známek infekce či distresu plodu indukce porodu za 24 h
- PPRM u 32.–36. tt transport in utero do perinatologického centra do 34. tt. Bez známek infekce či distresu plodu indukce porodu u 32. až 34. gestačního týdne za 48 hodin, u 35. až 36. tt za 24 hodin.
- PPRM u 28.–31. tt transport in utero do perinatologického centra. Bez známek infekce či distresu plodu indukce porodu za 72 hodin po odtoku plodové vody (za 24 hodin po ukončení indukce plicní zralosti) Aplikace preventivní tokolýzy, podání kortikosteroidů, profylaktické podávání antibiotik.
- PPRM před 28. tt transport in utero do perinatologického centra. Bez známek infekce či distresu volíme vždy individuální postup. Aplikace preventivní tokolýzy, podání kortikosteroidů, profylaktické podávání antibiotik (Roztočil et al., 2017).

2.7 Hospitalizace žen po konizaci v průběhu těhotenství

Důvodů pro hospitalizaci těhotných žen existuje mnoho. Jedná se například o onemocnění matky, jako je vysoký krevní tlak, cukrovka, onemocnění srdce, jater, preeklamsie a vícečetné těhotenství (Dubová a Zikán, 2019).

Těhotné ženy po konizaci jsou hospitalizovány zejména z důvodu hrozícího předčasného porodu. Důvodem počínajícího předčasného porodu u žen po konizaci je předčasné zkracování děložního čípku, zapříčiněné předchozí konizací, kdy byla odstraněna velká část děložního čípku. Ženy byly z tohoto důvodu hospitalizovány spíše v minulosti, jelikož byla konizace prováděna nešetrnými technikami (CKC). Nyní jsou tyto komplikace zapříčiněné předchozí konizací méně časté, z důvodu používání modernějších a šetrnějších metod (Dubová a Zikán, 2019).

Hranice pro předčasný porod je stanovena od 24. tt do ukončeného 37. tt. Podstatné je přijít do nemocnice včas, aby bylo možné případně co nejdříve tlumit děložní kontrakce. Těhotná je hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství nebo na gynekologicko–porodnickém oddělení. Ženy dodržují absolutní klid na lůžku, ženám je doporučeno ležet na levém boku pro zlepšení krevního oběhu nebo

v Trendelenburgově poloze pro snížení tlaku na děložní hrdlo. Pacientkám jsou podávány tokolytika k tlumení děložních stahů (Dubová a Zikán, 2019)

V extrémních případech u žen s velmi zkráceným čípkem může lékař doporučit cerkláž děložního hrdla, která dokáže ustálit otevírající se hrdlo. Pokud již došlo k předčasnému odtoku plodové vody nebo se u matky projevuje infekce, nasazuje se antibiotická léčba. Dále je nezbytné podávat matce kortikoidy, díky kterým lze významně snížit morbiditu novorozenců. Některé ženy zůstávají hospitalizovány až do porodu. Pokud dojde ke zlepšení stavu, mohou být ženy propuštěny do domácí péče, kde musí dodržet klid na lůžku a omezení pohlavního styku. Dále ženy do konce těhotenství užívají magnezium, které zabraňuje vzniku děložních stahů (Dubová a Zikán, 2019).

Rozdělení prenatální péče v lůžkovém zařízení

- Bazální péče spadá do lůžkového zařízení 1. typu, vedoucí pouze fyziologické porody. Jsou zde hospitalizovány pouze nezávažné těhotenské patologie.
- Stanice intermediární péče hospitalizují lehké a středně závažné těhotenské patologie, zejména ze svého okolí. Jsou zde hospitalizovány ženy s rizikem předčasného porodu (od 33. týdne do dokončeného 36. týdne gravidity).
- Perinatologická centra koncentrují závažné těhotenské patologie z širokého okolí. Jsou zde hospitalizovány ženy s rizikem předčasného porodu (od 23. týdne do ukončeného 32. týdne těhotenství) (Roztočil et al., 2017).

2.8 Cervix score (Bishopovo skóre děložního hrdla)

Každá návštěva prenatální poradny zahrnuje kontrolu děložního čípku, prostřednictvím vaginálního vyšetření s následným zaznamenáním tzv. Cervix score do anamnézy. Také tato metoda hodnotí také připravenost organismu těhotné k indukcii vaginálního porodu. Kdy score 8 bodů a více značí, připravenost organismu těhotná k vaginálnímu porodu. U primipar začíná nejprve zkracování hrdla, dokud zcela nezanikne. Poté následuje otevírání děložní branky. U multipar dochází k otevírání branky současně při zkracování hrdla (Slezáková et al., 2020).

Na děložním čípku je hodnocena jeho délka. Zda se zkracuje a jestli je uzavřený nebo se otevírá. Dále jeho konzistence, zda je tuhý, zjizvený či měkký. Z naměřených hodnot je lékař schopen pomocí cervix score zjistit, zda je stav čípku fyziologický a odpovídá danému tt (Slezáková et al., 2020).

Cervix score je stanoveno na základě následujících parametrů:

- Dilatace hrdla děložního v cm
- Zkrácení hrdla děložního
- Vzdálenost vedoucího bodu pod rovinou procházející spinae ischiadicae (cm)
- Konzistence hrdla děložního
- Pozice hrdla děložního (Slezáková et al., 2020)

Výsledné Cervix score se pohybuje v rozmezí 0–10 bodů.

- 0 bodů: hrdlo uzavřeno, není dilatováno, není zkráceno nebo jen minimálně (má více než 1,5 cm), naléhající část plodu se nachází nad vchodem pánevním. Čípek je tuhý a lokalizovaný sakrálně. Naproti tomu
- 10 bodů: hrdlo je více než 1 cm dilatováno a zkráceno pod 50 % (má méně než 1,5 cm), naléhající část je sestupuje do vchodu pánevního. Čípek je měkký a lokalizovaný ventrálně (Slezáková et al., 2020)

Tabulka 4 Originální cervix skóre dle Bishopa

BODOVÉ HODNOCENÍ	BODY			
	0 b	1 b	2 b	3 b
Dilatace hrdla děložního v cm	<1	1–2	3–4	5–6
Zkrácení hrdla děložního v %	0–30	40–50	60–70	80
Vzdálenost vedoucího bodu pod rovinou procházející spinae ischiadicae (cm)	-3	-2	-0,1	+1, +2
Konzistence hrdla děložního	Tuhá	Polotuhá	Měkká	
Pozice hrdla děložního	Zadní	Střední	Přední	

Zdroj: HOSTINSKÁ, E. et al. Cervix skóre dle Bishopa a jeho modifikace. *Česká gynekologie* [online]. Olomouc: Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc, 2016, vol. 81, č. 6, s. 427. [cit. 25. 06. 2021]. Dostupné z: <https://www.lubusky.com/clanky/110.pdf>.

Tabulka 5 Modifikované cervix skóre dle Bishopa

BODOVÉ HODNOCENÍ				
	0 b	1 b	2 b	3 b
Dilatace hrdla děložního v cm	<1	1–2	3–4	5–6
Zkrácení hrdla děložního v cm	<3	<2	<1	<0
Vzdálenost vedoucího bodu pod rovinou procházející spinae ischiadicae (cm)	-3	-2	-0,1	+1, +2
Konzistence hrdla děložního	Tuhá	Polotuhá	Měkká	
Pozice hrdla děložního	Zadní	Střední	Přední	

Zdroj: HOSTINSKÁ, E. et al. Cervix skóre dle Bishopa a jeho modifikace. *Česká gynekologie* [online]. Olomouc: Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc, 2016, vol. 81, č. 6, s. 427. [cit. 25. 06. 2021]. Dostupné z: <https://www.lubusky.com/clanky/110.pdf>.

2.9 Cerkláž děložního hrdla

Tato metoda se v dnešní době používá minimálně, ale v nevyhnutelných případech ji těhotné ženy stále podstupují mezi 16.–26.tt. Indikací k zákroku je nedostatečná funkce a inkompetence děložního čípku a jeho předčasné zkracování v průběhu těhotenství. Stav čípku se hodnotí dle tzv. cervix score. Předčasné zkracování a otevírání čípku může být zapříčiněno například předchozí konizací, při které bylo odstraněno značné množství tkáně čípku nebo byla použita nevhodná technika konizace (studeným nožem). Nedostatečná funkce čípku může skončit potratem, předčasným porodem nebo předčasným odtokem plodové vody. Při výkonu je aplikován steh, do tkáně děložního čípku v oblasti děložního hrdla a v závislosti na stavu těhotné a plodu se steh většinou ponechává nejpozději do 38. týdne těhotenství. Poté je steh odstraněn při rutinní prohlídce na gynekologii. Riziko výkonu je spojeno se vznikem předčasných děložních stahů, předčasným odtokem plodové vody, rigiditou čípku (Slezáková et al., 2020).

3 POROD PO KONIZACI DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Porod je závěrečnou fází těhotenství, kdy je plod z dělohy matky pomocí kontrakcí dělohy vytlačen mimo tělo matky. Společně s plodem dochází k vypuzení plodových obalů a poté i placenty (Hájek et al., 2014).

Narození živého dítěte

Pokud plod po narození projevuje alespoň jednu ze známek života jako puls a pohyb kosterního svalstva, jedná se o živě narozené dítě. Nebere se v úvahu délka trvání těhotenství (Roztočil et al., 2020).

Narození mrtvého dítěte

Pokud plod po narození neprojevuje známky života a jeho hmotnost je 500 g a více, jedná se o mrtvě narozené dítě (Roztočil et al., 2020).

Rozdělení porodu

Porod v rozmezí 38.–42. týdne těhotenství se označuje jako porod v termínu. Porod do 38. týdne je porod předčasný. Porod po 42. týdnu je již porod opožděný (Binder et al., 2011).

3.1 Klasifikace porodu

Spontánní porod

Tento porod je označován jako přirozený či samovolný. Porodník nezasahuje do průběhu porodu. Celý porod je od počátku do konce ovlivněn pouze změnami v organismu ženy (Roztočil et al., 2017).

Medikamentózní porod

Porod je zahájen samovolně. Porod je ovlivněn pomocí léčebných prostředků, k podpoře a zvýšení účinnosti kontrakcí dělohy či tlumení bolesti (Roztočil et al., 2017).

Indukovaný porod

K počátku porodu nedochází samovolně. Aplikují se léky, které vyvolají kontrakce dělohy. Indikací z medicínského důvodu je potermínové těhotenství a nemedicínským důvodem je ukončení fyziologického těhotenství programovaným porodem (Slezáková et al., 2017).

Operativní porod

Používá se při nutnosti rychlého ukončení těhotenství nebo porodu operativní cestou. Důvodem je ohrožení života matky, plodu nebo obou. Při vaginální metodě

probíhá porod pomocí kleští (forceps) nebo pomocí podtlakového zvonu (VEX). Abdominální metoda je porod císařským řezem (Slezáková et al., 2017).

3.2 Komplikace po konizaci související s porodem

Porody žen, které před těhotenstvím podstoupily konizaci, mohou být komplikovány rigiditou zjizveného děložního čípku, která vede k protražovanému porodu až ruptuře děložního čípku. Příčinou zjizvení čípku je výkon, který je proveden nešetrně nebo zbytečně radikálně prostřednictvím nevhodné nebo zastaralé metody (Roztočil et al., 2020).

3.2.1 Protražovaný porod

Tento porod definujeme jako porod, při němž porod trvá déle než 20 hod u primipar a více než 14 hod u multipl. Také pokud dvě až tři vaginální vyšetření v dvouhodinových intervalech neprokáží rozvíjení branky dělohy. V těchto případech je řešením aktivní ukončení těhotenství. Příčinou protražovaného porodu u těhotných žen po konizaci je cervikokorporální dystokie zapříčiněná rigiditou čípku (Roztočil et al., 2020).

Cervikokorporální dystokie (neprogredující porodní nález)

Při dystokii jsou děložní kontrakce nepravidelné a různé intenzity. Důvodem je nekoordinovanost horního a dolního děložního segmentu. Nedochozí k fyziologickému zkracování a otevírání děložního čípku (Roztočil et al., 2020).

- Příčinou dystokie je rigidita děložního čípku, která je zapříčiněna zjizvením tkáně čípku. Rigidní čípek vzniká u starších primipar, dále jako následek předchozí ruptury čípku, také po konizaci nebo po amputaci čípku a po cerclage (Roztočil et al., 2020).
- Řešením je aplikace epidurální analgezie, spazmolytik, infúze s oxytocinem, neuroplegické analgezie nebo paracervikální analgezie, které napomáhají uvolnění svaloviny a tím i rigidity čípku. Tyto farmakologické metody zcela nahradily, dříve používaný nástřih branky a mechanické dilatátory. Při přetrvávající dystokii během 1. doby porodní je nezbytné provést do dvou hodin ukončení porodu císařským řezem, aby se předešlo závažným komplikacím. Tato komplikace je třetí nejčastější indikací k císařskému řezu (Roztočil et al., 2020).

- Závažné komplikace jsou roztržení dělohy při silných kontrakcích nebo zástava porodu, z důvodu vyčerpání děložní svaloviny (atonie děložní). Pokud porod trvá více než 24 hodin, rostou rizika pro plod i matku. Plod je ohrožen infekcí, asfyxií a traumatem. Vyčerpáním svalů dělohy v průběhu dlouhého porodu, hrozí poporodní porucha retrakce dělohy, což může vést k obtížně zastavitelnému poporodnímu krvácení matky (Roztočil et al., 2020).

3.2.2 Ruptura děložního čípku

Ruptura může vzniknout častěji v průběhu porodu u rodiček, u kterých je porod komplikován rigiditou děložního čípku. U těchto žen je čípek nepružný, nepoddajný a nedochází k jeho otevírání v 1. době porodní. Ve spojitosti s předčasnou snahou rodičky tlačit, může dojít až k ruptuře (Roztočil et al., 2020).

3.3 Vedení porodu po konizaci

Průběh porodu u žen, které podstoupily před otěhotněním konizaci, může být naprosto fyziologický a bez komplikací. V tomto případě se postupuje při vedení porodu naprosto standardně. Dále se mohou, vyskytnout různé komplikace, které však nemají žádnou spojitost s konizací. U některých žen ke komplikacím souvisejícím s předchozí konizací dochází. Jedná se zejména o protrahovaný porod. V případě protrahovaného porodu v 1. době porodní, kdy nedochází k otevírání a zkracování čípku, je řešením farmakologická podpora porodu a při selhání císařský řez (Slezáková et al., 2017).

V průběhu protrahovaného porodu se nedoporučuje stoj a sed rodičky. Možné je pohupování na balónu, stejně jako poloha na všech čtyřech. Doporučuje se teplá koupel, vana, přikládání teplých pomůcek na podbřišek, jelikož teplo působí analgeticky a spasmolyticky. Od bolesti může ulevit také masáž zad a podbřišku. Aplikují se spasmolytika, analgetika, tokolytika. Žena je v pravidelných intervalech vaginálně vyšetřována pro hodnocení děložního čípku. Sleduje se stav plodu pomocí KTG s pečlivým vyhodnocením a kontrolou. Pokud žena pociťuje bolestivé neefektivní děložní kontrakce, je schvácená, porod nepostupuje a hrozí rozvoj hypoxie plodu, přistupuje se k sekci. Jestliže dojde k selhání farmakologické terapie, aplikované pro uvolnění rigidního čípku a nepomáhá ani pokus o manuální uvolnění čípku prstem, přistupuje se včas k sekci (Slezáková et al., 2017).

4 KONIZACE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

4.1 Děložní hrdlo

Děložní hrdlo neboli cervix uteri se řadí mezi vnitřní ženské pohlavní orgány a je také jednou z částí dělohy. Toto děložní hrdlo válcovitého tvaru, které je členěno na horní a dolní pysk o rozměrech přibližně 3,5–4 cm je svou dolní částí v kontaktu s pochvou. Tato část hrdla je nazývána děložním čípkem. Část hrdla, která již není, v kontaktu s pochvou přechází do těla dělohy tzv. děložní úžinou. Dále je děložní dutina spojena s pochvou děložním kanálem, který vytváří svým zúžením vnitřní branku u děložní úžiny a zevní branku u pochvy. Důležitou funkcí hrdla je produkce cervikálního hlenu pomocí hlenotvorných žlázek (Slezáková et al., 2017).

4.2 Diferenciální diagnostika nálezů na děložním čípku a hrdle

Důležité je nálezy diagnostikovat. Tím určit, zda se jedná o zhoubný nádor nebo o lézi s rizikem progresse maligním směrem. Pokud se taková diagnóza potvrdí, jedná se většinou o dlaždicobuněčné prekancerózy (HSIL) a prekancerózy žlázového epitelu (AIS) (Čepický et al., 2018).

Diagnostikovat můžeme různé nálezy od abnormálních, jako jsou prekancerózy a invazivní nádory po zánětlivé a infekční nálezy. Dále benigní nádory, polypy, změny po operacích a zánětech, zranění, vrozené anomálie a změny způsobené endometriózou (Herle et al., 2016).

Základní diagnostiku provádíme pomocí prebioptických vyšetření, prostřednictvím cytologického stěru, kolposkopie a testu detekujícího přítomnost papillomavirové infekce (HPV). Pokud je výsledek vyšetření abnormální, následuje stanovení onkologické rizikovosti fakultativní metodou pomocí biomarkerů, cervikografie, spektroskopie. K definitivnímu stanovení diagnózy je proveden odběr vzorku k histopatologickému vyšetření. U odběru metodou minibiopsie formou punch biopsie, elize, endocervikální kyretáže hrozí odběr nedostatečné množství tkáně nebo zvolení nesprávné lokalizace. Řešením je odběr většího množství vzorku pod kolposkopickou kontrolou (Herle et al., 2016).

4.2.1 Cytologické vyšetření

Je jednou z nejdůležitějších pravidelně prováděných screeningových vyšetřovacích metod v gynekologii pro odhalení změn na děložním čípku, které mohou

vést ke konizaci. Vyšetření je doporučeno provádět každý rok, od 15 let (Slezáková et al., 2013).

Odebraný vzorek se nanáší na sklo, nebo se odběr provádí do tekutiny metodou Liquid based cytology (LBC). Výhodou odběru LBC spočívá v možnosti vyšetření přítomnosti HPV ze stejného odběru. Cytologickým vyšetřením není možné stanovit přesnou histologickou diagnózu, protože je zde riziko vysoké falešné negativity 15–40 % (Čepický et al., 2018).

Onkologická cytologie (OC), PAP test

Funguje na principu stěru z děložního čípku, kontroly a hodnocení buněk v odebraném vzorku a slouží zejména k vyhledávání buněk, které mohou být podezřelé z nádorového bujení. Tento vzorek složený z povrchových epitelů v exocervixu se odebírá např. Ayrovou špátlí. Další vzorek buněk endocervixu z kanálku čípku pomocí kartáčku Cytobrush. Tyto vzorky se následně nanáší na čisté podložní sklíčko, které je ihned fixováno pomocí roztoku 96% alkoholu. K vyhodnocení výsledků cytologie se užívá klasifikace Bethesda. Hlavní skupina cytologických abnormalit je tvořena dlaždicovými buňkami (Slezáková et al., 2017).

Systém Bethesda

Hodnocení se odvíjí od kvality stěru. K hodnocení je potřeba provést dostatečný stěr z exocervixu, endocervixu, transformační zóny. Stěr, který je nedostatečný a nevyhodnotitelný obsahuje poškozené buňky, z důvodu špatné fixace. Neobsahuje buňky z exocervixu, endocervixu, transformační zóny (Čepický et al., 2018).

Interpretace cytologického nálezu uvádí zhodnocení přítomnosti mikroorganismů, hormonálního stavu, popis nenádorových změn, zhodnocení dlaždicových a žláзовých buněk (Herle et al., 2016).

Abnormální dlaždicové buňky:

- Normální nálezy jsou nálezy bez neoplastických intraepiteliálních změn a malignity: NILM
- Atypické dlaždicové buňky nejasného významu: ASC-US
- Low-grade dlaždicová intraepiteliální léze: LSIL
- Atypické dlaždicové buňky, které nevyklučují high-grade dlaždicovou intraepiteliální lézi: ASC-H
- High-grade dlaždicová intraepiteliální léze: HSIL
- High-grade dlaždicová intraepiteliální léze nevyklučující invazi

- Dlaždicobuněčný karcinom (Herle et al., 2016)

Abnormální žlázoové buňky:

- NILM
- Blíže nespecifikované atypie: AGC–NOS
- Spíše neoplastické atypické buňky: AGC–NEO
- Adenokarcinom in situ: AIS
- Invazivní adenokarcinom (Herle et al., 2016)

Následuje závěrečné doporučení cytopatologa. Pokud je stěr nedostatečný, doporučuje se kontrola za 3 měsíce. Při výsledku NILM je kontrola za 12 měsíců. U následujících abnormálních nálezů ASC–US je kontrola za 6 měsíců a HPV test. Při výsledku ASC–H, AGC–NOS je kontrola za 3 měsíce, provedení expertní kolposkopie a HPV test. U LSIL je kontrola za 3–6 měsíců. Pokud je vyhodnoceno HSIL, AGC–NEO, AIS, invazivního adenokarcinomu a dlaždicobuněčného karcinomu je nutná expertní kolposkopie (Čepický et al., 2018).

4.2.2 HPV

Onemocnění virem HPV je nejčastější pohlavně přenosnou chorobou s inkubační dobou 3–12 měsíců. Do kontaktu se s ní dostane asi 80 % populace. Přenos je možný nejčastěji pohlavním stykem. Přenos z matky na dítě přes placentu nebo v průběhu porodu. Existuje více než 200 typů HPV, z nichž se na pohlavním onemocnění podílí asi 30 z nich. Rozlišujeme dva typy HPV dle maligního potenciálu. Onkogenními typy zvanými high risk jsou 16, 18, 31, 33 atd. Neongenními typy čili low risk jsou například 6, 11 (Herle et al., 2016).

HPV test

Pomocí testu na přítomnost HPV je možné identifikovat onkogenní papillomavirové genotypy v organismu. K průkazu přítomnosti HPV infekce je nutné detekovat DNA HPV nebo mRNA HPV pomocí testů, které jsou analyticky senzitivní. Klinicky podstatnější je diagnostika high risk HPV, jehož přítomnost se potvrdí průkazem proteinu p 16 v infikovaných buňkách. Význam tohoto testování je v použití v rámci sekundární prevence u žen s cytologickými abnormalitami, po léčbě nebo návratu cervikálních lézí. Testování napomáhá také při nerozhodných výsledcích cytologických stěrů a u imunokompromitovaných žen (Čepický et al., 2018).

Proti tomuto onemocnění se lze částečně chránit prostřednictvím očkování. Očkování dokáže zabránit rozvoji infekce nejzávažnějšími typy HPV. Největší efektivita je prokázána u jedinců, kteří se ještě s infekcí HPV nesečkali. Doporučuje se očkovat mezi 12 a 15 lety, pokud možno ještě před zahájením pohlavního života. Očkovat je možné děti od 9 let. Výjimkou nejsou ani starší ženy, které již žijí pohlavním životem (Dubová a Zikán, 2019).

Tyto profylaktické vakcíny snižují riziko vzniku dysplazií a karcinomu děložního hrdla. V České republice jsou k dispozici vakcíny SILGARD a CERVARIX. Vakcíny se aplikují ve třech dávkách. SILGARD je vakcína účinná proti lidským papillomavirům typu 6, 11, 16, 18. CERVARIX je vakcína účinná proti lidským papillomavirům typu 16, 18 (Dubová a Zikán, 2019).

4.2.3 Kolposkopie

„Kolposkopie je binokulární optické vyšetření sloužící k diagnostice patologií dolního genitálního traktu“ (Čepický et al., 2018, s. 116).

Ke kolposkopii se přistupuje za účelem ověření abnormálního výsledku cytologického vyšetření. Důvodem provedení je také zjištění rozsahu a druhu léze s odběrem biopsie. Kolposkopie je doporučena u pacientek, kterým hrozí operační zákrok na hrdle. Dále v případě výsledků cytologického vyšetření, které značí možnou přítomnost závažné léze (Turyna a Sláma, 2010).

Průběh kolposkopie je časově náročný, jelikož se hodnotí změny na hrdle za určitý čas. Nejdříve se odstraní hlen z hrdla a hrdlo je prohlédnuto v malém zvětšení. Tato úvodní fáze se nazývá nativní kolposkopií. Poté následuje rozšířená kolposkopie, kdy jsou lokalizované léze prohlíženy blíže za použití barevných clon. Na hrdlo se nanáší roztok 3–5% kyseliny octové, což vede ke zblednutí pozorované oblasti v místech s hustější koncentrací jaderných proteinů a projeví se ocet pozitivita. Tímto dojde ke snížené schopnosti průchodu paprsku skrz buňky epitelu a menšímu prosvítání kapilár. Lze aplikovat také Lugolův roztok, který identifikuje jód negativní části epitelu neobsahující glykogen. Tento nátěr je užitečný pro vymezení plochy léze (Herbeck et al., 2011).

V průběhu kolposkopie se pozoruje průběh celé transformační zóny (TZ). Transformační zónou označujeme jako oblast krytou metaplastickým dlaždicovým epitelem. Dále průběh skvamokolumnární junkce (SCJ), která tvoří přechod mezi

dlaždicovým epitelem exocervixu a žláznovým epitelem endocervixu. Úplně přehledná TZ určuje, že se jedná o adekvátní kolposkopii. Při nepřehledné TZ je kolposkopie neadekvátní. Nepřehlednost TZ může být způsobena zánětem, krvácením, zjizvením. Pozoruje se celý rozsah TZ s hodnocením jejího povrchu a okrajů. V identifikované lézi jsou pozorovány a hodnoceny kolposkopické znaky spojené s epitelem a cévami (Herbeck et al., 2011).

Nálezy na děložním hrdle

Nejprve se hodnotí adekvátnost kolposkopie dle viditelnosti SCJ a TZ. Dále vzhled, rozsah a typ TZ, SCJ. Mezi normální nálezy patří původní dlaždicový epitel. Cylindrický epitel ve formě ektropia. Metaplasticky změněný dlaždicový epitel, kdy dojde k náhradě jednovrstevného cylindrického epitelu mnohvrstevným dlaždicovým epitelem. U abnormálních nálezů hodnotíme, zda se léze nachází uvnitř nebo vně TZ. Rozsah a velikost léze v procentech (Turyna a Sláma, 2010).

Při stanovení Grade 1 minor, se objevuje mírné zblednutí po aplikaci kyseliny octové s nepravidelným okrajem a zobrazením jemné mozaiky a puntíčkování. U Grade 2 major, se objevuje výrazné zblednutí po aplikaci kyseliny octové s rychlým nástupem. Okraj léze je ostrý a je viditelná hrubá mozaika a puntíčkování. Jako suspektní a varující znaky před invazivním karcinomem se objevují atypické a křehké cévy, nepravidelný povrch, makroskopicky viditelný nádor, nekróza až ulcerace (Turyna a Sláma, 2010).

Můžeme hodnotit také nespecifické leukoplakie jako keratózy a eroze. Výsledkem kolposkopie včetně závažných lézí může být nález kondylomat, zánětu, vrozené anomálie, polypu či endometriózy (Herbeck et al., 2011).

Znaky hodnocené při kolposkopii

Po aplikaci kyseliny octové dojde k bílému zbarvení daných oblastí. Při výraznějším, rychlejším a déletrvajícím obarvení tkáně vzniká podezření na závažnější lézi. Viditelnost zbarvení více než 120 sekund svědčí pro HSIL nebo invazivní karcinom. Cévy vytvářejí obraz připomínající mozaiku s různou strukturou. Kapiláry se zobrazují v podobě hrubých nebo jemných teček. Mohou se objevit atypické cévy, které připomínají čárky, spirály. Nález eroze a ulcerace. Na děložním hrdle lze pozorovat chybějící epitel, vznikající důsledkem traumat, atrofí, prekanceróz, karcinomu, zánětu (Turyna a Sláma, 2010).

4.2.4 Biopsie děložního hrdla

Jedná se o diagnostický výkon. Než dojde k odběru vzorku k biopsii, vybírá se nejvhodnější metoda odběru.

Minibiopsie (punch biopsie)

Prostřednictvím různých cervikálních bioptických nástrojů, zejména kleští se provádí odběr tkáně k histologickému vyšetření. Minibiopsie je indikována u exocervikálních lézí, které jsou dle odhadu cytologického a kolposkopického nálezu CIN 1, 2. Není vhodná k posouzení hloubky léze. Odběry různého množství tkáně, dle druhů použitých kleští, se provádí pod kolposkopickou kontrolou, ambulantně, bez anestezie a sutury (Sharmila, 2019).

Kolposkopicky cílená excize

Pomocí skalpelu v celkové anestezii pod kolposkopickou kontrolou je provedena excize do endocervikálního kanálu. Excize by měla zasahovat do hloubky minimálně 7 mm a plocha excize je závislá na kolposkopickém nálezu. Pokud léze zasahovala do endocervikálního kanálu je vhodné provést rovnou i kyretáž hrdla, poté se aplikuje sutura. Tento výkon volíme v případě, kdy biopsie exocervixu značí vyšší stupeň CIN nebo karcinom (Sharmila, 2019).

Endocervikální kyretáž (ECC), abraze cervikálního kanálu

Speciální endocervikální kyretou je provedena abraze cervikálního kanálu. Indikací k provedení je výsledek cytologie značící vyšší stupeň léze nebo karcinom a normální výsledek cytologie exocervixu. Při zúženém kanálu lze provést dilataci hrdla do 6–7 mm. Provedení abraze nebo ECC je doporučeno po LETZ pro endocervikální lézi (Sharmila, 2019).

4.3 Prekancerózy děložního čípku a hrdla

Většina prekancerózních změn jsou asymptomatické, ale může se objevit například výtok, krvácení po pohlavním styku. Jsou diagnostikovány u žen nejčastěji mezi 30. až 40. rokem věku. (Slezáková et al., 2011).

Jestliže dojde k posunutí cylindrického epitelu z endocervixu vně na exocervix, začne působením poševního prostředí proces metaplazie a dochází k přeměně na dlaždicový epitel. Rozhraní určeno junkční zónou se mění po porodech a vlivem věku. Takto změněný epitel je více ohrožený působením karcinogenů a následně vznikem prekancerózy (Dubová a Zikán, 2019).

Klasifikace

Prekancerózy můžeme rozdělit na žlázové a dlaždicové cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN). Ty dělíme dle závažnosti:

- 1.–3. stupeň
- Low grade (LSIL), high grade (HSIL) (Sharmila, 2019)

Rizikové faktory

- CIN 1 a LSIL: příčina vzniku je ve 25 % infekce high risk HPV typu 16 a 18
- CIN 2–3, dlaždicobuněčný karcinom in situ (CIS), adenokarcinom in situ (AIS) a HSIL: příčina vzniku je v 50 % infekce high risk HPV typu 16 a 18
- Dalšími faktory jsou: časný začátek sexuálního života, kouření, imunosuprese, promiskuita a STD (Sharmila, 2019)

Ošetření prekanceróz hrdla děložního

Nejdůležitější je určit co nejpřesněji druh a rozsah léze, typ atypické TZ, aby mohla být zvolena nejvhodnější léčba. Přehnaná léčba může skončit až neplodností a nedostatečná léčba může zase ohrozit zdraví až život nemocných (Beckmann et al., 2010).

Dispenzarizace spočívá v kolposkopickém a cytologickém vyšetření po uplynutí 3–6 měsíců. Pokud je výsledek vyšetření nepříznivý, následuje úplné odstranění léze (Slezáková et al., 2017).

4.4 Maligní nádory děložního čípku a hrdla

Ve formě maligních nádorů se vyskytují nejčastěji spinocelulární karcinom a adenokarcinom. Časná stádia jsou většinou bezpříznaková, později se objevuje zapáchající výtok, krvácení po styku. Při metastázách se objevují příznaky, jako jsou bolest, anemie, kachexie, které jsou spojeny s rozpadem nádoru a následnou otravou organismu (Roztočil et al., 2011).

Nádory lokalizované na děložní hrdlo, je možné vyléčit ve více než 90 %. U pokročilejších stádií je úspěšnost nižší. Jsou diagnostikovány u žen nejčastěji mezi 30. až 50. rokem věku, výjimkou nejsou ani ženy mladé či starší (Slezáková et al., 2017).

Maligní nádor vzniká z abnormálního prekancerózního epitelu. Rozlišujeme spinocelulární karcinom z dlaždicového epitelu (cca 75–80 %) a adenokarcinom ze žlázového epitelu (cca 20–25 %). Forma exofytická prorůstá do okolí a vzhledově

připomíná bradavčité či květákovité útvary rozpadající se na povrchu. Forma endofytická se infiltruje přes stěnu děložního hrdla do hloubky a následuje rozpad a vznik krvácejícího vředu (Frühaufová a Hulvert, 2017).

Rizikové faktory

Nelze pojmenovat přesné příčiny onemocnění, lze uvést pouze faktory ovlivňující vznik. Mezi tyto faktory spadá například příliš brzký začátek sexuálního života, promiskuitní chování, hormony, imunosupresivní vliv, kouření, chronické zánětlivé změny na čípku a sexuálně přenosné nemoci. Dále má zde vliv genetická mutace buňky a kancerogeny. Kancerogeny rozlišujeme do skupin fyzikálních, chemických a biologických. Významné jsou zejména biologické, hlavním biologickým karcinogenem je sexuálně přenosný typ HR HPV (Čepický et al., 2018)

Řada těchto činitelů vede ke zhoubné transformaci buňky a tím i ke změně genetické. Dochází ke vzniku nádorových protilátek na povrchu buňky. Při selhání imunitního systému začne tkáň nekontrolovatelně bujit (Čepický et al., 2018).

Diagnostika

Provede se základní gynekologické vyšetření se sběrem anamnézy. Již při vyšetření v zrcadlech jsou viditelná závažnější stádia. Provede se stěr na cytologii a test na HR HPV. Následuje kolposkopie s bioptickým odběrem tkáně. Provádí se vyšetření, které pomohou doplnit diagnózu. Ultrazvuk pánve, jater, ledvin. MR, CT malé pánve, rektoskopie. RTG srdce a plic. Odběr krve k základnímu laboratornímu a na tumorové markery (Beckmann et. al., 2010).

Pro volbu léčebného postupu je výchozím bodem TNM klasifikace. V případě nižších stádií je volena léčba chirurgická s následnou radioterapií. U závažnějších stádií se využívá spíše konzervativní léčba ve formě radioterapie, chemoterapie nebo kombinovaných metod (Frühaufová, k. a Hulvert, 2017).

Chirurgická léčba

Odvíjí se od stagingu nádoru a také požadavku k zachování plodnosti (Frühaufová, k. a Hulvert, 2017).

Dle těchto informací se volí různé druhy léčby:

- Konizace děložního hrdla u nádorů, které prorůstají tkáň v okolí do 3 mm
- Radikální trachelektomie u nádorů, které prorůstají tkáň v okolí do 20 mm Při tomto zákroku je amputováno hrdlo s odstraněním místních mízních uzlin.
- Prostá hysterektomie, kdy je odstraněna děloha

- Rozšířená hysterektomie, kdy je odstraněná děloha a okolní tkáň (Čepický et al., 2018)

4.4.1 Klasifikace maligních nádorů podle rozsahu

Klasifikace FIGO

Pomocí této klasifikace, lze onemocnění členit do 4 stádií na základě klinických a histopatologických vyšetření

- Stadium 1: onemocnění, které je časné a ohraničené v místě vzniku
- Stadium 2: onemocnění, kdy dochází k progresi mimo místo vzniku a tím jsou zasaženy i okolní tkáň
- Stadium 3: onemocnění se šíří extenzivněji, ale stále lokálně
- Stadium 4: onemocnění je již považováno za metastatické (Čepický et al., 2018)

Klasifikace TNM

Tato klasifikace rozděluje onemocnění do 3 částí, dle anatomického rozsahu.

- T (tumor): označuje velikost primárního nádoru
- N (nodus): označuje, zda onemocnění metastazovalo do regionálních lymfatických uzlin
- M (metastáza): označuje, zda onemocnění metastazovalo do vzdálených orgánů (Čepický et al., 2018)

Klasifikace karcinomu děložního hrdla

- 1. st.: nádor pouze na děložním hrdle
- 2. st.: nádor se šíří na pochvu nebo do parametria
- 3. st.: nádor se šíří až do dolní části pochvy nebo k pánevním stěnám
- 4. st.: nádor se šíří do okolních orgánů a vzdáleně metastazuje (Slezáková et al., 2013)

4.5 Techniky ošetření děložního čípku

Techniky dělíme na destrukční, kam patří laserová vaporizace, kryoterapie a excizní neboli ablační. V dnešní době byly destrukční výkony nahrazeny excizními metodami.

4.5.1 Destrukční výkony na děložním čípku

- Laserová vaporizace

Pod kolposkopickou kontrolou dochází ke karbonizaci a odpaření tkáně laserovým paprskem, s využitím oxidu uhličitého. Výhodou je možnost přesné destrukce léze, což minimalizuje nadměrnou ztrátu zdravé tkáně a bezproblémové hojení. Tato metoda se volí, pokud léze přecházejí z exocervixu do poševních kleneb a u mladých dívek s low grade lézí (Herle et al., 2016).

- Kryoterapie

Je prováděna minimálně. Využívá se tekutý dusík a je možné ji provést i ambulantně. Indikace je u exocervikálně lokalizovaných prekanceróz. Následné komplikace a poškození léze, která není možná následně vyšetřit histopatologicky jsou nevýhodou (Herle et al., 2016).

4.5.2 Excizní výkony na děložním čípku

Mezi excizní výkony patří radiochirurgické metody (LEEP, LETZ, LLETZ, NETZ a cylindrická disekce), metody s použitím studeného nože (konizace, amputace hrdla, tracheoplastika) a kombinované tzv. „Kovbojský klobouk“ neboli metoda dvou řízků (Herle et al., 2016).

Pro odstranění prekanceróz a mikroinvazivních karcinomů jsou v dnešní době preferovány zejména excizní techniky. Podstatné je, aby tyto techniky nebo jejich kombinace vedly k minimalizaci nežádoucích dopadů zákroků s úspěšným onkologicky bezpečným řešením (Turyna a Sláma, 2010).

Před provedením výkonu je potřeba od pacientky zjistit, zda plánuje těhotenství. Od tohoto požadavku se odvíjí volba techniky provedení zákroku, velikost a hloubka odstraněné tkáně. Pokud si žena přeje po zákroku otěhotnět, je zvolena nejšetnější technika provedení a odstraňuje se co nejmenší část čípku, kterou je nutno odstranit. Pokud není z tohoto důvodu odstraněno dostatečné množství tkáně a okraje řezů jsou pozitivní, jedná se o významný rizikový faktor pro budoucí recidivu, což může v budoucnu vést až k nutnosti provedení dalšího zákroku. Pokud dojde k recidivě, opět mají významnou roli pro léčbu reprodukční plány ženy. U žen plánujících těhotenství je preferencí konzervativní postup. Pokud ženy již těhotenství neplánují, přistupuje se k provedení výkonu s radikálnějším odstraněním tkáně (Herle et al., 2016).

U řezu, který je proveden laserem nebo elektrochirurgicky nesmí dojít k tepelnému poškození linie řezu, proto se nastavují nízké hodnoty (40–60W). Při použití skalpelu nebo u hlubokých excizí se předchází peroperačnímu krvácení aplikací roztoku s vazokonstrikčním účinkem. Nezbytné je excizi odebrat celý rozsah TZ. Odstraněná tkáň by měla zůstat v celku, poté se rozvine a vypne na podložku. Fixuje se a je odeslána k histologickému vyšetření. Po provedení excize se pokračuje endocervikální kyretáží nebo použitím cytobrush. Vzniklá rána po excizi se neošetřuje stehem, ale nechává se volně zhojit. Krvácející místa na spodině rány se ošetřují koagulací. Při použití vazokonstrikčních přípravků je vhodné koagulaci provést v oblasti celé ranné plochy, jako prevenci časného pooperačního krvácení. Spodina rány je na závěr ošetřena lokálními hemostyptiky (Monsel pasta, tamponáda, gellaspon) (Turyna a Sláma, 2010).

- Cylindrická disekce

Výkon lze provést skalpelem, vysokofrekvenční elektrickou jehlou, praporkem nebo laserem. Využíváme dvou přístupů závislých na reprodukčních plánech žen. Pokud žena již neplánuje těhotenství, zvolí se radikální přístup, sloužící pro diagnostiku a léčbu adenolézi. Musí být odstraněny minimálně 2/3 délky cervikálního kanálu (20–25 mm). U žen plánujících těhotenství, mladých žen s adenolézi, dlaždicobuněčných endocervikálních lézí a recidiv se volí přístup individuální. Anatomické poměry a rozsah léze určuje hloubku excize (Turyna a Sláma, 2010).

- Prostá vaginální trachelektomie

Výkon lze provést kombinací skalpelu nebo elektrofekvenční jehly a nůžek. Provádí se u žen, které plánují těhotenství s nálezem invazivního nádoru, s možným konzervativním řešením. Ponechává se alespoň 10 mm funkční tkáň čípku, proto je nutné předem stanovit délku děložního hrdla. Na spodinu děložního hrdla se aplikuje steh (Turyna a Sláma, 2010).

- Konizace

Výkon je možné provést prostřednictvím skalpelu (CKC), vysokofrekvenční elektrické kličky a praporku (LEEP, LLETZ, LOOP), vysokofrekvenční elektrické jehly (NETZ, SWETZ), laseru, kombinovaných technik (jehla a nůžky, různé velké kličky cowboy hut, klička a laser) (Turyna a Sláma, 2010).

4.5.3 Konizace

Častým zákrokem je konizace, kdy je různými technikami odstraněna část děložního hrdla ve tvaru kužele za účelem diagnostickým či terapeutickým. Excize může být plošná nebo hluboká. Pro odstranění celé transformační zóny je vhodné použití elektrochirurgické kličky. Při excizi tkáně volíme z několika dostupných metod a technik. Aktuálně je indikována zejména konizace vysokofrekvenčním elektrochirurgickým nástrojem, který se volí dle typu TZ (klička, jehla, praporek). Alternativním způsobem je konizace laserem (Herle et al., 2016).

Excizní metody jsou nejvyužívanější díky nesporným výhodám a dostupnosti, na rozdíl od destrukčních metod. Hlavní výhodou této metody je získání vzorku tkáně, který lze histologicky vyšetřit a posoudit závažnost nálezu. Také se kontroluje stav chirurgických exocervikálních i endocervikálních okrajů vzorků (Turyna a Sláma, 2010).

Predikcí pro výběr vhodné metody zákroku s adekvátními nástroji je posouzení typu TZ při zvýraznění pomocí Lugolova roztoku. V průběhu zákroku je podstatné brát v úvahu plošný rozsah a hloubku léze. Řez by měl být veden ve zdravé tkáni, aby bylo dosaženo úplného odstranění léze. Minimální hloubka preparátu by měla být vždy 6 mm, jelikož dochází k atypické dysplazii i hlouběji v tkáni. Laterální řez by měl být veden minimálně 2 mm od viditelného okraje léze. Úspěšnost odstranění celé léze, včetně okrajů lze při zákroku ověřit aplikací kyseliny octové pod kolposkopickou kontrolou. Po výkonu je místo koagulačně ošetřeno, což sníží riziko pooperačního krvácení (Turyna a Sláma, 2010).

V případě krátké celkové anestezie u hlubokých excizi zasahujících endocervikálně, cylindrické disekce a konizace skalpelem se aplikují vazokonstrikční preparáty Adrenalin nebo Tellipresin, které zmírňují krvácení z operačního pole. Kontraindikací pro použití těchto preparátů je supraventrikulární tachykardie, tachyarytmie a glaukom (Turyna a Sláma, 2010).

Důležité je, aby byla konizace provedena atestovaným gynekologem nebo expertem na kolposkopické vyšetření s licenci F 017. Žena je k provedení zákroku odeslána do specializovaných ambulancí, center onkologické prevence nebo gynekologických ambulancí. Pracoviště by mělo provádět stovky konizací ročně (Čepický et al., 2018)

Konizace je indikovaná v těchto případech:

- Dysplastické léze na cervixu jako HSIL, LSIL přetrvávající nebo symptomatická
- Karcinom děložního hrdla T1A1 u žen plánujících otěhotnět (Čepický et al., 2018)

Anestezie

Konizaci lze výjimečně podstoupit v celkové anestezii, kdy žena po zákroku zůstává hospitalizována. Častěji se konizace provádí v krátké celkové anestezii bez intubace. Žena je po pozorování propuštěna za cca 2 hodiny po zákroku. Přednostně se zákrok provádí ambulantně nebo v režimu jednodenní chirurgie, s použitím lokální anestezie opichem, kdy žena po zákroku odchází cca za 10 minut domů. Pro lokální anestezii čípku je využíván Mesocain, Marcain nebo Supracain. Alergie na místní anestetika je kontraindikací lokální anestezie. (Roztočil et al., 2011).

Techniky provedení

1. Konizace kličkou

Jedná se o radiochirurgické metody, označovány jako LOOP techniky, s využitím různých druhů LOOP kliček. Výkony se označují zkratkami LLETZ, LETZ a LEEP. Využitím vysokofrekvenčních zdrojů vzniká termicky minimálně poškozený vzorek, který lze kompletně histopatologicky vyšetřit. Volba u exocervikálních lézí (TZ typ 1) a úzkých endocervikálních lézí v TZ (typ 2). Kličkou polokruhovitěho tvaru se vytíná celá TZ až za hranici léze s následnou koagulací spodiny. Odstraněná tkáň má miskovitý tvar. Při tomto zákroku není nutná retence hrdla, ale je možné použít k retenci jednozubé americké kleště. Mezi nevýhody použití kličky patří omezená možnost ošetření lézí nacházejících se endocervikálně. Provedením hluboké excize kličkou hrozí nadměrná ztráta zdravé tkáně až amputace hrdla. Výhodné je ambulantní provedení s lokální anestezii, dobrý efekt po zhojení, cenová dostupnost a časová nenáročnost zákroku (Sharmila, 2019).

2. Konizace tzv. kovbojský klobouk, cowboy hut

Pokud je po exocervikální konizaci větší kličkou použita další klička menšího průměru endocervikálně, označujeme tuto techniku cowboy hut. Touto technikou, nazývanou LETZ, získáme možnost ošetření lézí nacházejících se i endocervikálně (TZ 2, 3). Následuje správná orientace a fixace obou konusů. Poté se odesílá k histologickému vyšetření (Turyna a Sláma, 2010).

3. Konizace praporkem

Jedná se o nejuniverzálnější nástroj vhodný pro většinu lézí a všechny typy TZ. Při tomto zákroku není nutná retence hrdla, ale pro usnadnění manipulace je možné hrdlo zachytit. Po umístění praporku k lézi, docílíme otáčením praporku vytnutí celé TZ. Náklonem praporku lze ovlivnit rozsah excize exocervikálně a posunutím praporku hloubku excize (Sharmila, 2019).

4. Konizace jehlou, NETZ

Univerzální nástroj vhodný pro všechny typy TZ. Avšak při jeho použití je potřeba více zkušeností, jelikož je použití technicky náročnější. Vhodný k hlubší excizi endocervikálních lézí, lézí s větším rozsahem, lézí asymetrických a zasahujících poševní klenby. Provádí se zároveň i kyretáž endocervixu nebo cytobrush na cytologické vyšetření.

Při tomto zákroku je vhodná retence hrdla a asistence, jelikož se provádí jemná preparace elektrofrekvenční jehlou v délce 30 mm. Jehlou se provede mělké obkroužení léze, následuje preparace konusu, zachycení kleštěmi a vytažení tkáně. K zástavě krvácení se používá koagulace kuličkou (Sharmila, 2019).

5. Konizace skalpelem, CKC

Tato technika se v dnešní době skoro již nepoužívá, z důvodu následného komplikovaného hojení čípku po zákroku a prokazatelně vyšší frekvence negativních dopadů na následnou graviditu. Konizaci studeným nožem v současné době nahrazují radiochirurgické techniky. Dříve, při použití této techniky docházelo ke zjizvení a nadměrnému odstranění tkáně čípku, z důvodu použití skalpelu na excizi hlubokých endocervikálních lézích s následnou aplikací sutur. Nicméně konizace skalpelem může být provedena s pozitivními výsledky i v dnešní době. Možnost provedení řezu bez způsobení termického poškození linie řezu, je velkou výhodou. Konizace skalpelem je indikována u rekonizací, prováděných z důvodu opakovaných recidiv a perzistencí nálezů. Avšak musí být dodržen postup stejný jako při konizaci jehlou. Při tomto zákroku je důležité šetrné provedení s respektováním rozsahu léze, technická zručnost a zkušenosti. Rizikem je peroperační i pooperační krvácení, které lze eliminovat aplikací vazokonstrikčních preparátů místo aplikace sutury (Turyna a Sláma, 2010).

6. Konizace laserem CO₂, LC

Tato mikrochirurgická metoda s nekomplikovaným hojením a bez vlivu na reprodukční schopnost je vhodná pro ženy, které plánují otěhotnět. Provedení konizace laserem není v praxi příliš časté. Laserová technika je nahrazována technikou LETZ a

konizací jehlou. Hlavní nevýhodou je tepelné poškození preparátu. Tato technika je časově, finančně i technicky náročná. Výhoda této konizace v porovnání s elektrofrequenčními technikami je v možnosti kombinace excizní a destrukční metody. Jestliže se nachází prekancerózy i na poševních klenbách je konizace laserem nejvhodnější. Výkon je prováděn pod kolposkopickou kontrolou s aplikací kyseliny octové pro vymezení přesného rozsahu léze. Není potřeba aplikovat vazokonstrikční přípravek, jelikož lze laserem provést cílenou koagulaci rány. Postupuje se jako při konizaci jehlou s asistencí. Vrchol konizátu je na závěr odstraněn nůžkami, jelikož hrozí riziko tepelného poškození tkáně. Při výkonu personál používá ochranné brýle, ústenku, antireflexní nástroje a odsává plyny v průběhu zákroku (Sharmila, 2019).

7. Kombinované výkony

Kombinace nástrojů může být někdy výhodnější, než provedení zákroku jednou technikou. Kombinace se uplatňuje u neobvyklých lézí, u kterých je třeba provést širokou nebo hlubokou excizi. Také při vzniku zjizvení u opakovaných zákroků. Dalším příkladem je použití nůžek k odstřížení vrcholu konizátu u jehlové, laserové konizace. Možná je kombinace excizní metody a laser vaporizace u plošně rozsáhlých lézí přecházejících až do poševní klenby (Turyňa a Sláma, 2010).

Specifická rizika konizace

Porušením celistvosti čípku, s vyšším rizikem potratu ve II. trimestru těhotenství. Zjizvení tkáně děložního čípku a vznik rigidní porodnické branky při porodu, či zhoršení přístupu do dělohy při nitroděložních výkonech v budoucnu. Nezastavitelné krvácení s větší krevní ztrátou vedoucí až k podání krevní transfuze nebo odstranění dělohy. Vznik opožděného krvácení z děložního čípku po propuštění s nutností nechirurgického nebo chirurgického ošetření za hospitalizace. Riziko krvácení je nejvyšší za cca 10-14 dnů od zákroku, kdy se hojí a odlučuje tkáň z povrchu čípku. Infekce dělohy a orgánů malé pánve s podáním antibiotické terapie. Dále provedení rekonizace z důvodu neúplného odstranění patologického nálezu na děložním čípku. Také neúmyslné poranění tkáně nebo orgánů v okolí výkonu. Například poranění močového měchýře, střevní poranění. Může se objevit projev alergické reakce na léčivo nebo dezinfekční prostředek. Pokud je zvolena celková anestezie, hrozí komplikace po celkové anestézii (Dubová a Zikán, 2019).

4.6 Ošetřovatelská péče o ženu po konizaci

Režim pacientky před konizací

Pokud se konizace provádí v celkové anestezii, žena od půlnoci nejí, nepije a nekouří. Nutné je informovat lékaře o stavech, které by mohly způsobit komplikace při výkonu. Jedná se o poruchy srážlivosti krve, alergie, závažné interní a akutně probíhající onemocnění, AIDS, infekce, dlouhodobě užívané léky, komplikace po předchozí anestezii (Slezáková et al., 2017).

V případě krátkodobé anestezie je nutno být nalačno. Minimálně 6 hodin nejíst, 3 hodiny nepít a nekouřit. Při lokálním umrtvení není třeba žádná speciální příprava před výkonem. Vhodné je provedení dostatečné očisty a oholení genitálu (Slezáková et al., 2011).

Režim pacientky bezprostředně po konizaci

Po výkonu v celkové anestezii nesmí pacientka 2 hodiny jíst, pít. Smí vstát po 2 hodinách z lůžka v doprovodu sestry. Konizace v krátkodobé anestezii a s lokálním umrtvením tkáně nevyžaduje hospitalizaci. Stačí pouze krátkodobé pozorování pacientky po výkonu. Po krátkodobé anestezii je žena propuštěna za 2 hodiny po výkonu. Po konizaci v lokálním umrtvení žena odchází již po 10 minutách po výkonu (Slezáková et al., 2013).

Po zákroku se sleduje bolest a podávají se analgetika na její zmírnění. Bezprostředně po zákroku se monitorují základní životní funkce. Sleduje se krvácení, bilance tekutin, močení, homeostáza vnitřního prostředí. Dodržuje se klidový režim, včetně psychické pohody a dostatečného spánku. Vhodné je také dodržení dietního režimu, prevence podchlazení, TEN, infekce a vzniku dekubitů. Žena je vertikalizována co nejdříve po zákroku, s následnou rehabilitací a cvičením (Roztočil et al., 2011).

Propuštění pacientky do domácí péče

Po zákroku je nutné dodržet klidový režim po dobu 5–7 dní. Minimální doba pro zhojení čípku je 4–6 týdnů. V průběhu 10–14 dnů při hojení se může objevit špinění nebo i zvýšený výtok. Po dobu 3 týdnů je doporučeno omezit sportovní aktivitu, nezvedat těžká břemena, nekoupat se ve veřejných bazénech (riziko infekce), nemít pohlavní styk (riziko krvácení). Za 1–2 měsíce lze mít pohlavní styk s prezervativem. Bezproblémové hojení lze podpořit aplikací vaginálních tablet Betadine a vaginálních čípků Cicatridina (Slezáková et al., 2011).

Zdravotní sestra provede edukaci pacientky o:

- Dodržování klidového režimu a omezení fyzické zátěže
- Zvýšení hygienického režimu
- Absenci pohlavního styku
- Nevhodnosti užívání menstruačních tampónů
- Rehabilitaci a dietním režimu (Slezáková et al., 2011)

Pokud se objeví silné krvácení z rodidel, bolesti v podbřišku či zvýšená tělesná teplota je nutné vyhledat lékařskou pomoc. Důležité je počkat s počítím alespoň půl roku po zákroku, než dojde k úplnému zhojení děložního čípku. Žena po zákroku dochází na pravidelné kontroly, dle doporučení lékaře (Roztočil et al., 2011).

Psychosociální potřeby pacientky po konizaci

Po konizaci je vhodné, aby se sestra zaměřila také na psychosociální potřeby ženy. Gynekologické problémy vedou ke změnám v sebepojetí. Žena může vnímat obavy ze zhoršeného sexuálního prožívání nebo ovlivnění reprodukční schopnosti.

Ženy plánující po konizaci otěhotnět, mohou mít obavy spojené s otěhotněním, průběhem těhotenství a porodem (Slezáková et al., 2013).

Úkolem sestry je podat pacientce dostatečné informace o problematice, možných komplikacích a případně o možnostech řešení těchto problémů. Problémy mohou spočívat v omezené schopnosti reprodukce, z důvodu zjizvení tkáně na hrdle děložního čípku po konizaci. V průběhu těhotenství hrozí riziko předčasného porodu, z důvodu inkompetence a nadměrného zkrácení děložního hrdla po konizaci. Může dojít také k protrahovanému porodu, kdy v první době porodní nedochází k fyziologickému otevírání čípku z důvodu zjizvení tkáně (Slezáková et al., 2013).

Dispenzarizace pacientky po konizaci

Před zařazením ženy, která podstoupila zákrok na děložním hrdle, zpět do screeningových kontrol je po určité době nutná její dispenzarizace v kratších intervalech. Žena je po zákroku vždy sledována častěji, bez ohledu na závažnost patologického nálezu (Turyna a Sláma, 2010).

První kontrolu po operaci je možné provést až po dokončení většiny reparačních změn, kdy se v místě zákroku vytvořil opět nový epitel. Tímto snížíme riziko falešné negativity nebo positivity. Ke zhojení a diferenciaci tkáně dochází postupně po uplynutí minimálně 3 měsíců. Proto je termín první kontroly stanoven až za 4–6 měsíců po

zákroku. V rámci kontroly je provedena kolposkopie s odběrem cytologie (Turyna a Sláma, 2010).

Pokud jsou výsledky z první kontroly s negativním výsledkem, následující kontrola je naplánována za 6–12 měsíců po operaci. Provádí se opět cytologie s kolposkopií a je vhodné provést také test na HPV (Turyna a Sláma, 2010).

Jestliže pacientka po ošetření dlaždicobuněčných lézí (CIN 1, 2, 3, CIS) má po dvou předchozích kontrolách výsledky vyšetření negativní, postačí již standardní roční kontroly. Pacientku po konzervativním ošetření prekanceróz je možné zařadit do ročního screeningového programu, pokud má negativní výsledky čtyř po sobě jdoucích vyšetření v intervalu šesti měsíců (Turyna a Sláma, 2010).

5 EMPIRICKÁ ČÁST

5.1 Formulace problému

Z dostupné české i zahraniční literatury byly specifikovány možné dopady konizace na početí, těhotenství, porod a komplikace po konizaci. Stěžejními autory byly: Dubová a Zikán, 2019; Roztočil et al., 2020; Landon et al., 2021; Slezáková et al., 2020.

Komplikace hrozí zejména u žen, kterým bylo nutné při výkonu odstranit větší část tkáně děložního čípku, zejména do hloubky, dále u žen, kterým byla konizace provedena nešetrně (nezkušeným operátérem) nebo byla zvolena nevhodná technika provedení konizace (použití zastaralé metody např. CKC). Také nedodržení léčebného režimu může mít za následek vznik komplikací.

Možný dopad konizace na početí

- Patologické zhojení tkáně čípku po konizaci se vznikem jizev, což může zhoršovat komplexní funkci hrdla děložního při oplodnění.
- Čípek je tuhý a zjizvená tkáň znemožňuje spermií proniknout přes čípek do dělohy a oplodnit vajíčko.
- Tuto komplikaci je většinou možné vyřešit v rámci asistované reprodukce pomocí intrauterinní inseminace.

Možný dopad konizace na těhotenství

- Zejména, u dříve nerodících pacientek, může vést předchozí konizace k samovolnému potratu ve 2. trimestru těhotenství nebo předčasnému porodu.

Možný dopad konizace na porod

- Ženám po konizaci, u kterých došlo k zjizvení děložního čípku, hrozí v důsledku rigidní porodnické branky protražovaný porod (v 1. době porodní) až ruptura děložního čípku.

Komplikace po konizaci

- Zhoršení přístupu do dělohy při nitroděložních výkonech v budoucnu, při zjizvení čípku v důsledku patologického zhojení.
- Nezastavitelné krvácení bezprostředně po konizaci s větší krevní ztrátou vedoucí až k podání krevní transfuze nebo odstranění dělohy.

- Vznik opožděného krvácení z děložního čípku po propuštění s nutností nechirurgického nebo chirurgického ošetření za hospitalizace.
- Infekce dělohy a orgánů malé pánve s nutností podání antibiotické terapie.
- Následné provedení rekonizace, z důvodu nekompletního odstranění patologického nálezu na děložním čípku (např. z důvodu požadavku na zachování fertility).
- Neúmyslné poranění tkáně nebo orgánů v okolí výkonu.
- Projev alergické reakce na léčivo nebo dezinfekční prostředek a v případě konizace v celkové anestezii, hrozí komplikace po celkové anestézii.

5.2 Hlavní cíl práce

Hlavním cílem empirické části práce je pomocí kvalitativního šetření zjistit, jaký vliv má konizace děložního čípku na otěhotnění a průběh těhotenství.

5.3 Dílčí cíle

Cíl č. 1: Zjistit, zda měly respondentky obavy z možných komplikací spojených s početím, těhotenstvím a porodem po konizaci

Cíl č. 2: Zjistit, zda měla dle respondentek konizace vliv na početí

Cíl č. 3: Zjistit, jak dlouho trvalo respondentkám otěhotnět po konizaci

Cíl č. 4: Zjistit, zda měla dle respondentek konizace vliv na průběh těhotenství

Cíl č. 5: Zjistit, zda respondentky po konizaci porodily předčasně

Cíl č. 6: Zjistit, zda měly respondentky v průběhu těhotenství komplikace

Cíl č. 7: Zjistit, zda měla dle respondentek konizace vliv na porod

Cíl č. 8: Zjistit, zda měly respondentky v průběhu 1. doby porodní problém s otevíráním porodních cest

Cíl č. 9: Zjistit, zda bylo u respondentek těhotenství po konizaci ukončeno císařským řezem

Cíl č. 10: Zjistit, jak dlouho trvaly porody respondentek po konizaci

5.4 Metodika výzkumu

5.4.1 Metoda sběru dat

Pro výzkumné šetření v empirické části byla zvolena kvalitativní metoda, a to konkrétně formou strukturovaného rozhovoru, kde bylo použito 33 otázek, které

vycházely ze stanovených dílčích cílů vytyčených v úvodu bakalářské práce a jejichž formulace byla dopředu přesně stanovená s jednoznačným pořadím.

Pomocí rozhovorů bylo zjišťováno: zda měly ženy obavy z možných komplikací spojených s početím, těhotenstvím a porodem po konizaci, zda měla dle respondentek konizace vliv na početí, jak dlouho trvalo respondentkám otěhotnět, zda měla dle respondentek konizace vliv na průběh těhotenství, zda respondentky porodily předčasně, zda měly respondentky v průběhu těhotenství komplikace, zda měla dle respondentek konizace vliv na porod, zda měly respondentky v průběhu 1. doby porodní problém s otevíráním porodních cest, zda bylo u respondentek těhotenství ukončeno císařským řezem a jak dlouho trvaly porody respondentek.

Při vedení standardizovaného rozhovoru se využívá otázek, které jsou předem připravené a formulované v určitém pořadí. Podstatou kvalitativního výzkumu je výběr malého množství respondentů, s možností individuálního zaměření na každého respondenta. Odpovědi respondentek zaznamenány v průběhu rozhovoru pomocí nahrávacího zařízení budou přepsány v přesném znění (Kutnohorská, 2009).

5.5 Plán výzkumného šetření

Vyhledávání a výběr relevantních studií k tomuto tématu probíhal v září 2020. Základem pro výzkumnou část bylo zpracování teoretické části práce, které probíhalo od října do prosince 2020. Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2020 do března 2021. Delší časový úsek šetření byl ovlivněn volbou kvalitativní metody výzkumu, která je časově náročnější. Některé respondentky rozhovor odmítly z důvodu pracovní vytíženosti. Určité omezení při tomto šetření vzniklo vlivem probíhající pandemie Covid-19. Všechny respondentky odmítly osobní setkání, kvůli strachu z přenosu tohoto onemocnění a nařízení vlády. Jediným řešením situace bylo uskutečnění online rozhovoru prostřednictvím aplikace Skype nebo Messenger. Respondentky poskytly ústní souhlas s pořízením záznamu ze schůzky, za účelem pozdějšího přesného přepisu informací do bakalářské práce. Online rozhovor bohužel není tak osobní, jako schůzka tváří v tvář, při níž by bylo možné lépe zaznamenat emoce a řeč těla respondentek.

5.6 Sběr dat

Z důvodu individuality tématu těhotenství po konizaci děložního čípku byla pro sběr dat zvolena kvalitativní metoda formou strukturovaných rozhovorů. V rozhovorech bylo použito 33 otázek. Před každým rozhovorem bylo respondentkám poskytnuto

prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu a jeho nahráváním. Respondentky si mohly zvolit, zda chtějí v práci vystupovat anonymně nebo uvést své křestní jméno. Byly také informovány o tom, že bude celý rozhovor nahráván.

Otázky z rozhovoru byly pokládány v určitém pořadí a respondentkám bylo poskytnuto dostatek času pro zamyšlení se nad otázkami a následné odpovědi. Každý rozhovor trval přibližně 60 minut.

Před zahájením rozhovoru ženy odpovídaly na demografické otázky týkající se věku, vzdělání, rodinného stavu, bydliště, zaměstnání a počtu dětí. Během rozhovoru s jednotlivými respondentkami byl s jejich svolením pořízen audiozáznam, který byl po doslovném přepsání rozhovorů smazán. Následoval doslovný přepis informací z nahrávek, který obsahuje také nespisovné výrazy, pocity a nálady zkoumané osoby.

5.7 Výzkumný vzorek respondentů a jeho výběr

Cílovou skupinu tvořily ženy, které podstoupily konizaci děložního čípku a následně otěhotněly. Ženy splňující tuto podmínku pro výzkum byly vyhledávány pomocí internetového prohlížeče. Ženy byly vybírány metodou náhodného výběru. Byly nalezeny různé webové stránky, obsahující diskuzní fóra, zabývající se tímto tématem. Následně byly ženy účastníci se těchto diskuzí osloveny s prosbou o účast ve výzkumném šetření v rámci této bakalářské práce. Byly stanoveny podmínky pro provedení rozhovoru a ženy byly informovány. Po vzájemné domluvě na termínu online rozhovoru byly rozhovory provedeny. Všechny respondentky se rozhodly zůstat v anonymitě.

Výzkumný vzorek tvořilo 6 žen, které podstoupily konizaci a následně otěhotněly. Věk respondentek se pohyboval od 33 let do 40 let.

Tabulka 6 Základní charakteristika respondentek

	Věk	Vzdělání	Rodinný stav	Bydliště	Zaměstnání	Počet dětí
Respondentka č. 1	40 let	VŠ (Bc.)	Vdaná	Město (panelový dům)	Učitelka (nyní rodičovská dovolená)	3 (po konizaci 3)
Respondentka č. 2	35 let	VŠ (Mgr.)	Rozvedená	Město (činžovní dům)	OSVČ (marketingová firma)	3 (po konizaci 2)
Respondentka č. 3	33 let	SŠ (Maturita)	Vdaná	Vesnice (rodinný dům)	Prodavačka (nyní rodičovská dovolená)	2 (po konizaci 1)
Respondentka	37 let	SŠ	Rozvedená	Vesnice	Kosmetička	5 (po

č. 4		(Maturita)		(rodinný dům)	(nyní rodičovská dovolená)	konizaci 2)
Respondentka č. 5	33 let	SŠ (Maturita)	Vdaná	Město (panelový dům)	Zástupkyně manažera	2 (po konizaci 2)
Respondentka č. 6	38 let	SOU (výuční list)	Vdaná	Město (rodinný dům)	Asistentka pedagoga	1 (po konizaci 1)

5.8 Metodika vyhodnocení dat a prezentace výsledků

Audiozáznamy, které zachytily doslovné rozhovory s respondentkami, byly převedeny do písemné podoby. Z každého z rozhovorů v písemné podobě byl proveden rozbor (informací), dat ve vztahu ke stanoveným výzkumným otázkám a dílčím cílům (kategorizování dat) a následně bylo provedeno třídění, souhrnná analýza dat a identifikování a definování problémů v konkrétních oblastech (kategoriích). Ve finální fázi byla provedena interpretace, prezentace výsledků (diskuze) a vytvořeno doporučení pro praxi.

6 ROZHOVORY A JEJICH INTERPRETACE

6.1 Rozhovor 1, první respondentka

První respondentka má 40 let. Úspěšně dokončila vysokoškolské vzdělání s titulem bakalář. Je vdaná a žije s rodinou v panelovém domě ve větším městě. Dříve byla zaměstnána jako učitelka na základní škole, ale nyní je od roku 2013 na rodičovské dovolené se svými třemi dětmi.

První menstruaci měla v 11 letech a první pohlavní styk v 16 letech. Respondentka uvedla jako první den poslední menstruace 12. 11. 2020. Na poslední preventivní gynekologické prohlídce byla respondentka v září 2020 a dochází na PP pravidelně 1x ročně. Ultrazvukový screening prsů podstoupila v říjnu 2020 a podstupuje jej pravidelně 1x ročně. U žen v rodině první respondentky nebyl potvrzen výskyt HPV infekcí, zánětů, prekanceróz či nádorů děložního čípku.

Dříve měla intrauterinní tělísko Mirenu a nyní bere hormonální antikoncepci Mirelle. Respondentka se chránila před sexuálně přenosnými chorobami, prostřednictvím prezervativu a měla stálé partnery. Byla očkována v rámci prevence a ochrany před infekcí HPV po první konizaci ve 31 letech, vakcínou Silgard.

Respondentka byla těhotná 3x. Z toho 3x rodila spontánně a nebyl u ní nikdy proveden císařský řez. Nepotratila, nepodstoupila umělé přerušování těhotenství a léčbu v centru asistované reprodukce. Podstoupila následující gynekologické operační zákroky a vyšetření: konizaci, kyretáž, kolposkopii, punch biopsii, cytologii, stěr na HPV.

Konizace

Tato kategorie obsahuje základní informace o konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 18, 19, 20, 21, 22.

Respondentka č. 1 konizaci podstoupila v roce 2012 ve 31 letech. Byl proveden v rámci PP cytologický stěr s výsledkem HSIL, dále byl odebrán stěr na HPV s negativním výsledkem. Žena byla odeslaná do centra onkogynekologické prevence, kde byla provedena kolposkopická expertíza s punch biopsií. Výsledek histologie značil nález CIN III, nález byl povrchový a zasahoval i do děložního hrdla. Poté byla provedena konizace elektrickou smyčkou LEEP a elektrickou jehlou NETZ v celkové anestezii.

„Gynekoložka mi zavolala po preventivní prohlídce, protože se jí nějak nezdály výsledky stěrů z čípku. Říkala, že musím ještě na nějaké další vyšetření do nemocnice.

Tam si pan doktor prohlížel čípek nějakou speciální kamerou a něčím ho natřel. Potom čekal a zase si ho prohlížel. Když začal kroutit hlavou a řekl mi, že se mu to taky nezdá, začala jsem se docela bát.“ Hlas respondentky zněl mírně podrážděně. *„Říkala jsem si, že to přece nemůže být tak vážné, když chodím pravidelně na kontroly a snažím se dodržovat vše, co mi poradí.“*

Poté se respondentka usmála a se smíchem řekla: *„Najednou doktor vytáhl nějaké dlouhé kovové kleště jako z hororu a řekl, že mi s tím jenom uštípne kousek z čípku. Začala jsem protestovat a bát se jako malé dítě. Že to přece bude takovými kleštěmi bolet a určitě to bude hrozně krváčet. Že mi to musí nějak předtím aspoň umrtvit.“* Dále respondentka pokračovala klidným hlasem: *„Naštěstí byl pan doktor moc hodný a měl se mnou trpělivost. Ujistil mě, že to ani neucítím a krvácení bude minimální. Při odchodu mi řekla sestra, že si mám zavolat za 3 týdny na výsledky.“* Respondentka na chvíli mlčela a poté tichým, rozpačitým hlasem dodala: *„Ty tři týdny pro mě byly hrozné, pořád jsem na to musela myslet a hlavou se mi honilo, jestli budu muset na operaci? Co když to je rakovina? Co když mi vezmou dělohu a už nebudu mít děti?“*

Období bezprostředně po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o bezprostředním období po konizaci, které byly získány z odpovědi respondentky na otázky č. 23, 24.

U respondentky č. 1 se neobjevily bezprostředně po konizaci žádné komplikace. Nepoužívala žádné léčebné přípravky, dodržovala pouze asi 7 dní klidový režim. Dbala na zvýšený hygienický režim.

„Po konizaci jsem neměla žádné problémy. Nikdo mi nedoporučil žádné čípky nebo tabletky, které bych si měla po konizaci koupit. Takže jsem nepoužívala žádné speciální přípravky, jenom jsem byla na sebe víc opatrná. Nezvedala jsem těžké věci, neměla jsem pohlavní styk, než se čípek zahojil a tak...“

Psychika žen po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o psychickém rozpoložení ženy po konizaci, které byly získány z odpovědi respondentky na otázku č. 25. Tato kategorie se vztahuje k dílčímu cíli č. 1.

Respondentka č. 1 pociťovala po konizaci nejistotu a uvedla obavy z neplodnosti a potratu po konizaci.

„Když mi pan doktor řekl, že mám jít na konizaci, hodně jsem nad tím přemýšlela. Po konizaci jsem se cítila nejistá, jestli bylo moje rozhodnutí jít na konizaci správné.“

Při položení otázky na pocity a obavy po konizaci spojené s těhotenstvím potřebovala respondentka více času, než odpověděla. Se smutným výrazem a vážným hlasem řekla: *„Víte, bylo by mi líto, kdybych nemohla otěhotnět. Ale horší by pro mě bylo, kdybych otěhotněla, ale nebyla bych schopná miminko donosit a umřelo by mi.“*

Početí po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o početí po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 26. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 2 a č. 3.

Respondentka č. 1 po konizaci otěhotněla třikrát. U prvního těhotenství počkala 6 měsíců, než došlo k úplnému zhojení čípku po konizaci. Poté otěhotněla po půl roce snažení (za rok po konizaci). Podruhé a potřetí otěhotněla ihned po prvním pokusu. Nemyslí si, že měla konizace vliv na otěhotnění.

„Než jsem otěhotněla poprvé po konizaci trvalo to asi půl roku. Vím, že to není dlouhá doba, ale když to po pár pokusech nevyšlo, už jsem začala být nervózní. Začala jsem myslet na to, co budu dělat, když fakt nebudu moct mít miminko. Milým překvapením pro mě bylo, že další dvě děti se povedlo počít hned na první pokus“

Těhotenství po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace průběhu těhotenství po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 27, 28, 29, 30. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 4, 5, 6.

Respondentka č. 1 neměla v průběhu tří těhotenství po konizaci žádné komplikace, nebyla hospitalizována a nebyla u ní provedena cerclage. Po konizaci neporodila předčasně (1. těh. do 39 tt, 2. těh. do 41 tt, 3. těh. do 41 tt) a nepotratila. Podle respondentky neměla předchozí konizace vliv na průběh těhotenství.

„Na všechny těhotenství moc ráda vzpomínám, protože jejich průběh byl úplně bezproblémový. Moc jsem si je užívala a těšila jsem se, až se mi mimčo konečně narodí. Netrápilo mě žádné krvácení, nevolnosti nebo problémy s čípkem.“

Porod po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o průběhu porodu po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 31, 32, 33. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 7, 8, 9, 10.

Respondentka č. 1 po konizaci třikrát spontánně porodila v termínu (1. porod ve 39 tt, 2. porod ve 41 tt, třetí porod ve 41tt). Při všech porodech probíhalo otevírání a zkracování děložního čípku bez problému. 1. porod byl vaginální a trval 8 hodin a předcházel mu samovolný odtok plodové vody. 2. porod byl vaginální a trval 3 hodiny a předcházel mu samovolný odtok plodové vody. 3. porod byl vaginální a trval 6 hodin, ale byla nutná umělá dirupce vaku blan. Respondentka si myslí, že konizace neměla na porod vliv.

„Všechny moje porody po konizaci byly bez komplikací, rodila jsem přirozeně a vše probíhalo podle plánu. První dítě se mi narodilo za 8 hodin od prasknutí vody. Druhé dítě se narodilo do 3 hodin od prvních kontrakcí. U třetího porodu mi nepraskla voda a museli mi s tím pomoci v porodnici. Potom už šlo vše dobře a dítě se narodilo do 6 hodin od prasknutí vody.“ Na otázku zda si myslí, že byl její porod ovlivněn konizací odpověděla: *„U některých žen podle mě může konizace způsobit nějaké problémy, ale to nebyl můj případ. U mě bylo vše bez problému.“*

6.2 Rozhovor 2, druhá respondentka

Druhá dotazovaná respondentka má 35 let. Její vzdělání je vysokoškolské s titulem magistr. Je rozvedená a žije se svými dětmi, které má ve své péči, ve městě v činžovním domě. Respondentka vlastní marketingovou firmu a je tedy vedena jako OSVČ. Má tři děti.

První menstruaci měla v 12 letech a první pohlavní styk v 16 letech. Respondentka uvedla jako první den poslední menstruace 26. 11. 2020. Na poslední preventivní gynekologické prohlídce byla respondentka v dubnu 2020 a dochází na PP pravidelně 1x ročně. Ultrazvukový screening prsů podstoupila v březnu 2020 a podstupuje jej pravidelně 1x ročně. U žen v rodině první respondentky nebyl potvrzen výskyt HPV infekcí, zánětů, prekanceróz či nádorů děložního čípku.

Dříve užívala hormonální antikoncepci Luisea a nyní má zavedeno intrauterinní tělísko Mirena. Respondentka se chránila před sexuálně přenosnými chorobami, prostřednictvím prezervativu a měla stále partnery. Byla očkována v rámci prevence a ochrany před infekcí HPV ve 25 letech, vakcínou Silgard.

Respondentka byla těhotná 3x. Z toho 1x rodila spontánně a následující dvě těhotenství byla ukončena císařským řezem. Nepotratila, nepodstoupila umělé přerušování těhotenství a léčbu v centru asistované reprodukce. Podstoupila následující gynekologické operační zákroky a vyšetření: konizaci, revizi dutiny děložní, kyretáž, hysteroskopii, laparotomickou operaci (císařský řez), kolposkopii, punch biopsii, cytologii, stěr na HPV.

Konizace

Tato kategorie obsahuje základní informace o konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 18, 19, 20, 21, 22.

Respondentka č. 2 konizaci podstoupila v roce 2014 ve 28 letech. Byl proveden v rámci PP cytologický stěr s výsledkem HSIL, dále byl odebrán stěr na HPV s negativním výsledkem. Žena byla odeslaná do centra onkogynekologické prevence, kde byla provedena kolposkopická expertíza s punch biopsií. Výsledek histologie značil nález CIN III, nález byl pouze povrchový. Poté byla provedena konizace elektrickou smyčkou LEEP v celkové anestezii.

„Myslím si, že každá žena by měla pravidelně chodit na preventivní prohlídky ke svému gynekologovi. Já tam pravidelně chodím a v jistém smyslu můžu říct, že mi to zachránilo život. Díky vyšetření u mojí gynekoložky, která mi udělala stěr z čípku, bylo zjištěno, že je něco špatně. Doporučila mi návštěvu specializovaného centra a tam mi udělali kolposkopii, odebrali mi vzorek z čípku a poslali ho na vyšetření. Potom jsem musela čekat na výsledek. Říkala jsem si, že to určitě dopadne dobře. Ale nakonec jsem musela jít na konizaci.“ Respondentka se zamyslela a s úsměvem dodala: *„Neměla jsem ani obavy z vlastní konizace. Nejvíce jsem se vlastně bála toho, že mi zákrok budou dělat v celkové anestezii, ale moje obavy byly zbytečné.“*

Komplikace bezprostředně po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o bezprostředním období po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 23, 24.

U respondentky č. 2 se neobjevily bezprostředně po konizaci žádné komplikace. Nepoužívala žádné léčebné přípravky. Nedodržovala žádný klidový režim, jelikož jí byla konizace provedena 4 měsíce po porodu musela pečovat o dítě. Dodržela 6 týdnů sexuálního půstu. Dbala na zvýšený hygienický režim.

„Po konizaci jsem neměla žádné komplikace. Po propuštění domů mě nic nebolelo, nekrvácela jsem, ani nic jiného.“ Na otázku ohledně rekonvalescence odpověděla: *„Konizace mi byla provedena 4 měsíce po prvním porodu, takže klidový*

stav jsem nedodržovala žádný. Měla jsem tou dobou malé miminko a partner byl doma až večer po práci, takže jsem miminko normálně zvedala, nosila, přebalovala, chodila s kočárkem atd. Čípky ani globule jsem žádné nepoužívala. A dodržela jsem akorát po operaci zvýšenou hygienu a cca 6 neděl z hlediska sexuálního půstu.“

Pocity žen po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o psychickém rozpoložení ženy po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 25. Tato kategorie se vztahuje k dílčímu cíli č. 1.

Respondentka č. 2 pociťovala po konizaci strach a uvedla obavy z potratu a komplikovaného průběhu porodu po konizaci.

„Měla jsem strach, aby při dalším těhotenství můj čípek mimčo udržel a aby nebyl natolik slepený, že se bude během porodu špatně rozevírat. Oboje obavy byly plané, druhý porod byl v termínu a čípek se otevíral dobře.“

Početí po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o početí po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 26. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 2 a č. 3.

Respondentka č. 2 po konizaci otěhotněla dvakrát. U prvního těhotenství počkala 6 měsíců, než došlo k úplnému zhojení čípku po konizaci. Poté otěhotněla až za 4 roky snažení (za 4 roky a 6 měsíců po konizaci). Podruhé otěhotněla neplánovaně 5 měsíců po porodu císařským řezem. Myslí si, že konizace mohla mít vliv na otěhotnění.

„Po konizaci mi trvalo otěhotnět 4 roky. Asistovanou reprodukci jsme nezkoušeli. Pomohla akupunktura. Dle mého názoru konizace u mě mohla mít z části vliv na to, že jsem po konizaci otěhotněla po dlouhé době. Paradoxně, když už jsme pak žádné další dítě neplánovali, otěhotněla jsem brzy po druhém porodu potřetí.“

Průběh těhotenství po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace průběhu těhotenství po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 27, 28, 29, 30. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 4, 5, 6.

Respondentka č. 2 neměla v průběhu prvního těhotenství po konizaci žádné komplikace, nebyla hospitalizována a nebyla u ní provedena cerclage. První těhotenství nebylo ukončeno předčasně (1. těh. do 41 tt) a nepotratila.

Druhé těhotenství již bylo označeno jako rizikové a v průběhu celého těhotenství se objevovaly komplikace v podobě krvácení, u kterého nebyla zjištěna jasná příčina.

Respondentka byla v průběhu 2. těhotenství několikrát hospitalizovaná po dobu asi 4 měsíců, kvůli neustávajícímu krvácení. Nebyla u ní provedena cerclage a nepotratila. Těhotenství bylo ukončeno předčasně (2. těh. do 34 tt). Avšak podle respondentky neměla předchozí konizace vliv na průběh těhotenství, problémem bylo spíše zhoršení jejího autoimunitního onemocnění.

„Po konizaci se u mě v tom těhotenství s 2. dítětem nevyskytly vůbec žádné komplikace. Ale ve třetím těhotenství jsem celou dobu krvácela, byla vedená jako riziková a rodila jsem ve 34. týdnu. Nevím, jestli to souviselo s konizací, spíš si myslím, že s mým autoimunitním onemocněním.“

Poté respondentka začala popisovat detailněji své těhotenství: *„U druhého těhotenství, jako prvního těhotenství po konizaci jsem byla naprosto fit, na miminko jsem se těšila. Hlavně jsem tou dobou byla relativně zdravá, respektive moje nemoc byla tou dobou pod kontrolou. U třetího těhotenství, takže druhé po konizaci jsem byla hospitalizovaná několik týdnů. Asi 4 měsíce přerušovaně. Důvodem bylo krvácení. Nejdřív se zdálo, že je z placenty, pak že je z dělohy, pak že z čípku a nakonec se vlastně na příčinu nepřišlo. Podle mě může být na vině brzké těhotenství po tom druhém porodu, který skončil císařem, nebo špatný zdravotní stav, protože moje autoimunitní nemoc tou dobou byla rozjetá.“*

Respondentka se smutným výrazem dodala: *„Takže jsem pořád přejížděla mezi domovem a nemocnicí. Byla jsem 2 týdny v nemocnici, pak 4 dny doma, týden zase v nemocnici, 2 dny doma, potom 2 týdny v nemocnici a pořád dokola. Bylo to hrozně vyčerpávající, jak fyzicky tak psychicky. Ani jsem si nemohla těhotenství užívat, protože jsem měla pořád strach o miminko.“*

Průběh porodu po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o průběhu porodu po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 31, 32, 33. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 7, 8, 9, 10.

Respondentka č. 2 po konizaci porodila dvakrát. První porod byl v termínu (ve 41 tt) a druhý porod byl předčasný (ve 34 tt). V průběhu obou porodů se neobjevil problém s otevíráním a zkracováním čípku. U 1. porodu došlo k samovolnému odtoku plodové vody. Byl zakončen akutní sekci, jelikož dítě nesestupovalo a došlo k náhlému zhoršení srdeční funkce dítěte. U 2. porodu nedošlo k samovolnému odtoku plodové vody. Byl zakončen akutní sekci, z důvodu velkého krvácení z dělohy. Respondentka si myslí, že konizace neměla na porod vliv.

„Druhý porod, tedy první po konizaci začal samovolným odtokem vody, následovaly silné kontrakce a otevření na 10 cm během 2 hodin. Problémem bylo, že miminko neseštopilo a spadly mu ozvy. Proto bylo nutné porod zakončit akutní sekci. Třetí porod, takže druhý po konizaci byl předčasný ve 34 týdnu těhotenství. Trápilo mě neobjasněné krvácení celé těhotenství, ale jednou večer jsem začala krváčet mnohem víc, než bylo u mě běžné. Hned jsme jeli do nemocnice, kde mě vyšetřily. Ještě tu noc mi udělali akutní sekci. Mé porody byli komplikované, ale důvodem byly jiné problémy, než předchozí konizace.“

6.3 Rozhovor 3, třetí respondentka

Další z respondentek má 33 let. Má středoškolské vzdělání s maturitou v oboru ekonomika a podnikání. Je vdaná a bydlí na vesnici s rodinou ve zrekonstruovaném domě. Byla zaměstnána jako prodavačka a nyní svůj čas tráví na rodičovské dovolené se svými dvěma dětmi.

První menstruaci měla v 12 letech a první pohlavní styk v 15 letech. Respondentka uvedla jako první den poslední menstruace 4. 1. 2021. Na poslední preventivní gynekologické prohlídce byla respondentka v listopadu 2020 a dochází na PP pravidelně 1x ročně. Ultrazvukový screening prsů podstoupila v lednu 2019, ale nepodstupuje jej pravidelně. U žen v rodině první respondentky nebyl potvrzen výskyt HPV infekcí, zánětů, prekanceróz či nádorů děložního čípku.

Nyní užívá hormonální antikoncepci Lindynette. Respondentka se chránila před sexuálně přenosnými chorobami, prostřednictvím prezervativu a měla stálé partnery. Nebyla očkována v rámci prevence a ochrany před infekcí HPV.

Respondentka byla těhotná 4x. Z toho 2x porodila spontánně a 2x spontánně potratila v 8 tt. Nebyl u ní proveden císařský řez, nepodstoupila umělé přerušování těhotenství ani léčbu v centru asistované reprodukce. Podstoupila následující gynekologické operační zákroky a vyšetření: konizace, revizi dutiny děložní, kyretáž, hysteroskopii, kolposkopii, punch biopsie, cytologii, stěr na HPV.

Konizace

Tato kategorie obsahuje základní informace o konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 18, 19, 20, 21, 22.

Respondentka č. 3 konizaci podstoupila v roce 2017 ve 29 letech. Byl proveden v rámci PP cytologický stěr s výsledkem HSIL, dále byl odebrán stěr na HPV s negativním výsledkem. Byla provedena kolposkopická expertíza s punch biopsií.

Výsledek histologie značil nález CIN III, nález byl pouze povrchový. Poté byla provedena konizace elektrickou smyčkou LEEP v lokální anestezii.

„Měla jsem problémy, jako krvácení po styku a silnou bolestivou menstruaci, tak jsem se rozhodla jít ke gynekologovi. Vyšetřil mě a udělal stěry. Potom mi volal, že mám abnormální výsledek stěru z čípku, tak že mám přijít a domluvíme se co dál. Udělal mi další vyšetření čípku a poslal vzorek na histolku. Kvůli potvrzeným změnám na čípku jsem musela podstoupit konizaci v nemocnici. Zákrok byl rychlý a bezbolestný, jen mi čípek opíchli, udělali konizaci a šla jsem domů“

Komplikace bezprostředně po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o bezprostředním období po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 23, 24.

U respondentky č. 3 se objevilo třetí den po konizaci pozdní krvácení. Byla nutná týdenní hospitalizace a zákrok k zastavení krvácení v celkové anestezii. Nepoužívala žádné léčebné přípravky. Poté dodržela více než týden klidový režim. Dbala na zvýšený hygienický režim.

„Třetí den po konizaci jsem najednou začala dost krváčet. Manžel mě odvezl do nemocnice a tam si mě nechali. Zastavovali mi tam krvácení v celkové anestezii. Zůstala jsem tam ležet týden.“ Ohledně následné rekonvalescence uvedla: *„Klidový a hygienický režim jsem dodržovala docela dlouho, měla jsem po tom krvácení docela strach. Jinak jsem žádné přípravky na podporu hojení neměla. Vlastně jsem o nich ani nebyla informovaná.“*

Pocity žen po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o psychickém rozpoložení ženy po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 25. Tato kategorie se vztahuje k dílčímu cíli č. 1.

Respondentka č. 3 nepocítovala žádné negativní emoce a neměla žádné obavy.

„Po konizaci jsem neměla žádné obavy, ani zvláštní pocity. Neřešila jsem to. Přistupuji k takovým věcem pozitivně. Bylo nutné jít na zákrok, abych byla zdravá, tak jsem prostě šla. Neřešila jsem, co bude dál. Vždycky si říkám co se má stát, tak se stane.“

Početí po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o početí po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 26. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 2 a č. 3.

Respondentka č. 3 po konizaci otěhotněla třikrát. Počkala 6 měsíců, než došlo k úplnému zhojení čípku po konizaci. Poté otěhotněla hned po prvním pokusu (za 6 měsíců po konizaci). Poté otěhotněla po 6 měsících snažení a naposledy otěhotněla neplánovaně hned po prvním pokusu. Myslí si, že konizace neměla vliv na otěhotnění.

„S otěhotněním jsem neměla žádný problém, podařilo se to u dvou těhotenství hned na první pokus. Jen po prvním potratu to trvalo trochu déle, asi půl roku. Podle toho, jak rychle se mi povedlo otěhotnět, si nemyslím, že měla konizace nějaký negativní vliv na otěhotnění.“

Průběh těhotenství po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace průběhu těhotenství po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 27, 28, 29, 30. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 4, 5, 6.

Respondentka č. 3 po konizaci byla těhotná třikrát. První dvě těhotenství skončila samovolným potratem v 8 tt. V průběhu třetího těhotenství po konizaci neměla žádné komplikace, nebyla hospitalizována a nebyla u ní provedena cerclage. Ve třetím těhotenství neporodila předčasně (3. těh. do 40 tt). Podle respondentky neměla předchozí konizace vliv na průběh těhotenství.

Pro respondentku bylo o průběhu těhotenství složité hovořit, kvůli dvěma potratům. Potřebovala více času na odpověď. „Moje první dvě těhotenství po konizaci bohužel dopadly špatně, potratila jsem. Stalo se to v obou případech v 8. týdnu těhotenství. Nestalo se to ale kvůli předchozí konizaci, nejednalo se o žádný problém s čípkem.“ V obličejí respondentky byl vidět smutek a začaly se jí hrnout do očí slzy. *„Bylo to pro mě těžké, protože jsem otěhotněla po konizaci rychle a měla jsem velkou radost. Potom přišla po osmi týdnech rána, když jsem potratila. Řekla jsem si, že život jde dál a musím se s tím nějak srovnat. Začali jsme se tedy pokoušet, abych otěhotněla znovu. Po půl roce se to povedlo a říkala jsem si, že už jsem si tím nejhorším prošla a teď mě čeká už jen krásné období. Bohužel opak byl pravdou. V osmém týdnu těhotenství se scénář opakoval. To mě položilo na kolena, nemohla jsem tomu uvěřit. Byla jsem z toho psychicky špatná, ale spása přišla, když jsem zjistila, že jsem opět těhotná. Měla jsem zase alespoň nějakou naději a říkala jsem si, že musím přijmout vše, co přijde a že si budu užívat každé chvíle těhotenství.“* Po chvíli respondentka pokračovala dál a v jejím výrazu se objevila jiskra radosti. *„Byla jsem neskutečně vděčná a šťastná, že poslední těhotenství proběhlo naprosto bez komplikací. Věřila jsem*

ve šťastný konec a povedlo se. Dnes mi ten malý rošťák vynahrazuje všechny ten smutek a zklamání, které jsem zažila kvůli prvním dvěma neúspěšným těhotenstvím.“

Průběh porodu po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o průběhu porodu po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 31, 32, 33. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 7, 8, 9, 10.

Respondentka č. 3 po konizaci porodila jednou a dvakrát spontánně potratila. Porod byl spontánní a v termínu (ve 40 tt). V průběhu porodu se neobjevil problém s otevíráním a zkracováním čípku. Došlo k samovolnému odtoku plodové vody, žena rodila vaginálně a porod trval 6 hodin. Respondentka si myslí, že konizace neměla na porod vliv.

„Porod probíhal dobře. Doma mi praskla voda, jeli jsme do porodnice a tam jsem porodila přirozeně za 6 hodin. Vše probíhalo normálně, neměla jsem žádný problém s čípkem nebo otevíráním. Takže ani v tomto případě neměla konizace na nic vliv.“

6.4 Rozhovor 4, čtvrtá respondentka

Základní charakteristika

Následující respondentka má 37 let a absolvovala střední školu s maturitou v oboru kosmetických služeb. Je rozvedená a po rozvodu se odstěhovala z města na vesnici do rodinného domu po svých rodičích. Tam žije s přítelem a svými dětmi, které má ve střídavé péči. Ve městě byla zaměstnána jako kosmetička a nyní je na rodičovské dovolené. Vychovává pět dětí.

První menstruaci měla v 11 letech a první pohlavní styk v 15 letech. Respondentka uvedla jako první den poslední menstruace 16. 2. 2021. Na poslední preventivní gynekologické prohlídce byla respondentka v prosinci 2020 a dochází na PP pravidelně 1x ročně. Ultrazvukový screening prsů podstoupila v červnu 2020 a podstupuje jej pravidelně 1x ročně. U žen v rodině čtvrté respondentky nebyl potvrzen výskyt HPV infekcí, zánětů, nádorů děložního čípku. Prekancerózy byly potvrzeny u matky a dvou sester respondentky, které také podstoupily konizaci.

Nyní má zavedeno intrauterinní tělísko Kyleena. Respondentka se chránila před sexuálně přenosnými chorobami, prostřednictvím prezervativu a měla stálé partnery. Nebyla očkována v rámci prevence a ochrany před infekcí HPV.

Respondentka byla těhotná 5x. Z toho 3x rodila spontánně a následující dvě těhotenství byla ukončena císařským řezem. Nepotratila, nepodstoupila umělé přerušování těhotenství a léčbu v centru asistované reprodukce. Podstoupila následující gynekologické operační zákroky a vyšetření: konizaci, revizi dutiny děložní, kyretáž děložního hrdla, dilatace čípku, hysteroskopii, laparotomická operaci (císařský řez), kolposkopii, punch biopsii, cytologii, stěr na HPV

Konizace

Tato kategorie obsahuje základní informace o konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 18, 19, 20, 21, 22.

Respondentka č. 4 konizaci podstoupila v roce 2004 ve 20 letech. Byl proveden v rámci PP cytologický stěr s výsledkem HSIL, dále byl odebrán stěr na HPV s pozitivním výsledkem. Byla provedena kolposkopická expertíza s punch biopsií. Výsledek histologie značil nález CIN III, nález byl povrchový a zasahoval i do děložního hrdla. Poté byla provedena konizace skalpelem v celkové anestezii.

„Je to už dlouho co jsem byla na konizaci, proto si moc věcí přesně nepamatuju. Ale myslím si, že tehdy se to tak neřešilo jako dnes. Šla jsem na kontrolu a potom mi doktor řekl, že mě musí poslat na zákrok, protože mi něco našli na čípku a mám pozitivní test na HPV. Brala jsem to normálně, neřešila jsem to. Prostě jsem šla do nemocnice na zákrok, kde mě uspali. Vím, že mi to dělali tehdy ještě skalpelem a museli mi to potom i zašít. Zůstala jsem tam pár dní, šla jsem domů a život šel dál.“

Komplikace bezprostředně po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o bezprostředním období po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 23, 24.

U respondentky č. 4 se neobjevily bezprostředně po konizaci žádné komplikace. Používala vaginální čípky Cicatridina. Poté dodržela více než týden klidový režim a dodržela 6 týdnů sexuálního půstu. Dbala na zvýšený hygienický režim.

„Snažila jsem se dodržovat klid, co to jenom šlo, ale víte jak to je. Měla jsem tehdy doma půlroční dítě a musela jsem skákat kolem něj, manžel chodil do práce a bylo třeba se postarat i o domácnost. Každopádně jsem dodržovala hygienu a šestinedělí. Koupila jsem si a užívala čípky Cicatridina, které mi poradila kamarádka.“

Pocity žen po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o psychickém rozpoložení ženy po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 25. Tato kategorie se vztahuje k dílčímu cíli č. 1.

Respondentka č. 4 pociťovala úzkost a uvedla obavy z recidivy nálezů a případné rekonizace.

„V tu dobu po konizaci jsem nepřemýšlela, že bych mohla mít problém s případným otěhotněním. Měla jsem strach spíš z výsledků histologie a později jsem pociťovala úzkost, jestli mi znovu něco nenajdou a budu muset znovu do nemocnice.“

Početí po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o početí po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 26. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 2 a č. 3.

Respondentka č. 4 po konizaci otěhotněla dvakrát. Počkala 6 měsíců, než došlo k úplnému zhojení čípku po konizaci. Poté poprvé otěhotněla za 3 roky snažení (za 3 roky a 6 měsíců po konizaci) a podruhé po 6 měsících snažení. Žena si myslí, že konizace měla vliv na otěhotnění. Jelikož bylo u ní nutné po konizaci provést dilataci čípku s kyretáží hrdla, z důvodu zjizvení děložního čípku.

„Po konizaci jsem měla velké srůsty, jež mi dělaly obrovské problémy při menstruaci. Měla jsem velké bolesti, krev se hromadila a neměla kudy odtékat. Poté po dvou dnech menstruace krev vytekla a menstruace byla potom strašně silná a prodlužovala se až na 10–12 dní. Můj gynekolog to moc neřešil, tvrdil, že je to kojením, protože jsem měla doma půl ročního prcka. Až na kontrolních odběrech v centru onkologické prevence jsem se o tom zmínila lékaři. Ten řekl, že mám velké srůsty, jež musely být odstraněny a rozrušeny v narkóze s následnou kyretáží. Nešlo mi tedy ani otěhotnět, takže u mě měla konizace jasný vliv na otěhotnění. Po dilataci čípku v narkóze, přišla úleva při menstruaci a následné otěhotnění. Otěhotněla jsem na konci šestinedělí po té dilataci.“

Průběh těhotenství po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace průběhu těhotenství po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 27, 28, 29, 30. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 4, 5, 6.

Respondentka č. 4 po konizaci byla těhotná dvakrát. V prvních týdnech prvního těhotenství se objevilo krvácení bez zjevné příčiny. Komplikace byla vyřešena nasazením Utrogestanu, poté se již krvácení neobjevilo. U druhého těhotenství se opět v prvních týdnech objevilo krvácení, které bylo také řešeno podáním Utrogestanu, což pomohlo. V průběhu obou těhotenství nebyla hospitalizována, nepotratila a nebyla u ní provedena cerclage. Nedošlo v žádném ze dvou těhotenství k předčasnému porodu

(1. těh do 38+4 tt, 2. těh. do 39+5 tt) Podle respondentky měla předchozí konizace vliv na průběh těhotenství.

„V prvním těhotenství po konizaci jsem krvácela ze začátku, ale nevědělo se proč. Nasadili mi Utrogestan a pomohlo to, donosila jsem potom již bez komplikací zdravou dceru. Další, poslední těhotenství opět začalo krvácením a po nasazení Utrogestanu pokračovalo již bez problémů. Nebyl zjištěn jasný důvod krvácení, ale myslím si, že to mohlo mít spojitost s předchozími zákroky na čípku, myslím tím konizaci, rozrušení srůstů a kyretáž.“

Průběh porodu po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o průběhu porodu po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 31, 32, 33. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 7, 8, 9, 10.

Respondentka č. 4 po konizaci rodila dvakrát. 1. porod byl v termínu (ve 38+4 tt) a vyvolávaný, z důvodu odeznění děložních kontrakcí. Děložní čípek se nezkracoval a neotevíral, z důvodu zjizvení po konizaci. Byla podána medikamentózní terapie k uvolnění čípku, ale bez efektu. Porod byl protrahovaný a trval 20 h, následně byl ukončen akutní sekci.

2. porod byl v termínu (ve 39+5 tt) a ukončen plánovanou sekci. Sekce byla respondentce doporučena z důvodu komplikací v průběhu předchozího porodu, spojených se zjizveným čípkem. Respondentka si myslí, že konizace měla na porod vliv.

„Při prvním těhotenství jsem začala cítit ve 38+4 týdnu těhotenství pravidelné kontrakce a necítila jsem se moc dobře. Jeli jsme s manželem hned do porodnice, tam mi řekli, že se jedná o začátek porodu, ale nález na čípku nebyl žádný. Po přijetí na porodní sál, ale bolesti samy odezněly. Druhý den se rozhodli pro vyvolávání, čípek se stále neotevíral a dcera byla navíc koncem pánevním. Dávali mi čípky, epidurál, injekce na povolení čípku, bohužel ani po několika hodinách bolesti čípek se přes zjizvenou tkáň neotevíral a bylo nutné ukončit porod akutní sekci. Dcerku museli potom hned resuscitovat, byl to ten nejhorší pocit, ale naštěstí to dopadlo dobře. Ten porod trval 20 hodin a za neúspěšným průběhem porodu stál zjizvený čípek, díky předchozí konizaci. Druhý porod mi bylo doporučeno ukončit plánovaným císařem ve 39+5 týdnu těhotenství. Pan primář říkal, že je velká pravděpodobnost toho, že se čípek zase neotevře. Byla jsem za císařský řez vlastně ráda, protože i po termínu byl můj čípek

stále zavřený. Po předchozím dlouhém komplikovaném porodu, kdy museli dcerku po císaři resuscitovat, jsem se už neodvážila родit přirozeně. “

6.5 Rozhovor 5, pátá respondentka

Další respondentkou je 33 letá žena se středoškolským vzděláním s maturitou v oboru ekonomika a podnikání. Je vdaná a bydlí ve městě s rodinou v panelovém domě. Nyní pracuje jako zástupkyně manažera. Má dvě děti.

První menstruaci měla v 13 letech a první pohlavní styk v 17 letech. Respondentka uvedla jako první den poslední menstruace 20. 1. 2021. Na poslední preventivní gynekologické prohlídce byla respondentka v říjnu 2020 a dochází na PP pravidelně 1x ročně. Ultrazvukový screening prsů podstoupila květnu 2016 a nepodstupuje jej pravidelně. U žen v rodině první respondentky nebyl potvrzen výskyt HPV infekcí, zánětů, prekanceróz či nádorů děložního čípku.

Nyní má zavedeno intrauterinní tělísko Levosert. Respondentka se chrání před sexuálně přenosnými chorobami, prostřednictvím prezervativu a měla stálé partnery. Byla očkována po konizaci ve 24 letech, vakcínou Silgard v rámci prevence a ochrany před infekcí HPV.

Respondentka byla těhotná 4x. Z toho 2x rodila spontánně a 2x spontánně potratila v 9. a 11. tt. Nebyl u ní proveden císařský řez, nepodstoupila umělé přerušování těhotenství a léčbu v centru asistované reprodukce. Podstoupila následující gynekologické operační zákroky a vyšetření: konizaci, revizi dutiny děložní, kyretáž, hysteroskopii, kolposkopii, punch biopsii, cytologii, stěr na HPV

Konizace

Tato kategorie obsahuje základní informace o konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 18, 19, 20, 21, 22.

Respondentka č. 5 konizaci podstoupila v roce 2011 ve 23 letech. Byl proveden v rámci PP cytologický stěr s výsledkem LSIL, dále byl odebrán stěr na HPV s negativním výsledkem. Žena byla odeslána do centra onkogynekologické prevence, kde byla provedena kolposkopická expertíza s punch biopsií. Výsledek histologie značil nález CIN II, nález byl povrchový. Poté byla provedena konizace elektrickou smyčkou LEEP v krátké celkové anestezii.

„Když jsem šla na prohlídku k mé gynekoložce, udělala mi vyšetření jako obvykle. Potom mi zavolala, že by se mnou potřebovala osobně mluvit ohledně výsledků. Říkala, že se nemusí jednat o nic závažného, ale že by bylo vhodné, abych podstoupila

další vyšetření v nemocnici. Tak jsem tam šla, udělali mi tam podrobnější vyšetření čípku a čekala jsem na výsledky biopsie. Když jsem si volala, jak to dopadlo, říkali, že se jedná o mírnější nález, ale doporučili mi konizaci. Měla jsem z toho trochu obavy, protože jsem nikdy na žádném zákroku nebyla. Bylo to ale v pohodě, všechno mi vysvětlili a udělali mi konizaci v krátké celkové anestezii.“

Komplikace bezprostředně po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o bezprostředním období po konizaci, které byly získány z odpovědi respondentky na otázky č. 23, 24.

U respondentky č. 5 se neobjevily bezprostředně po konizaci žádné komplikace. Dodržela klidový režim 14 dní, měsíc se pouze sprchovala a nekoupala. Užívala kapsle Indonal woman. Dodržela 6 týdnů sexuálního půstu. Dbala na zvýšený hygienický režim.

„Žádné komplikace jsem po konizaci neměla. Po konzultaci s ošetřující gynekoložkou jsem dodržela klidový režim nad rámec doporučení. V tom období jsem dodržela dva týdny klidového režimu, šest týdnů bez styku, měsíc pouze sprcha, žádné koupele. Žádné čípky mi doporučeny nebyly. Sama jsem si koupila tabletky Indonal woman k užívání.“

Pocity žen po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o psychickém rozpoložení ženy po konizaci, které byly získány z odpovědi respondentky na otázku č. 25. Tato kategorie se vztahuje k dílčímu cíli č. 1.

Respondentka č. 5 pocítovala po konizaci strach a uvedla obavy z potratu.

„Pocítovala jsem obavy a strach, že budou problémy s těhotenstvím, hlavně s jeho udržením a zdárným donošením dítěte.“

Početí po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o početí po konizaci, které byly získány z odpovědi respondentky na otázku č. 26. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 2 a č. 3.

Respondentka č. 5 po konizaci otěhotněla čtyřikrát. Počkala 6 měsíců, než došlo k úplnému zhojení čípku po konizaci. Poté poprvé otěhotněla za 6 měsíců snažení (za rok po konizaci). Podruhé a potřetí otěhotněla po půl roce snažení. Po čtvrté otěhotněla po roce snažení. Nemyslí si, že konizace měla vliv na otěhotnění.

„Neměla jsem s otěhotněním žádné velké problémy, tak si myslím, že na to konizace vliv neměla. Než jsem po konizaci otěhotněla poprvé, trvalo to asi půl roku, ale

předtím jsme museli počkat ještě další půl rok, než se mi úplně zahojil čípek. V případě druhého a třetího těhotenství jsem otěhotněla taky po půl roce snažení. Naposledy, po čtvrté se nám povedlo otěhotnět až po roce snažení.“

Průběh těhotenství po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace průběhu těhotenství po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 27, 28, 29, 30. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 4, 5, 6.

Respondentka č. 5 po konizaci byla těhotná čtyřikrát. V průběhu prvního těhotenství se objevila komplikace v podobě předčasného zkracování a otevírání čípku od 32tt, nebyla hospitalizována a nepodstoupila v žádném těhotenství cerclage. Těhotenství bylo vedeno jako rizikové a skončilo předčasným porodem (1. těh. do 36+5tt).

Druhé a třetí těhotenství skončilo spontánním potratem (2. těh. do 9 tt, 3. těh. do 11 tt). Poté byla žena hospitalizována pro revizi dutiny děložní.

Čtvrté těhotenství bylo také vedeno jako rizikové a komplikováno krvácením s následovným předčasným odtokem plodové vody ve 35 tt. Poté hospitalizace, kvůli předčasnému odtoku plodové vody. Čtvrté těhotenství skončilo také předčasně (4. těh. do 35+3 tt). Podle respondentky měla předchozí konizace vliv na průběh těhotenství.

„První těhotenství bylo ze začátku bez problému, ale potom se mi začal předčasně zkracovat a otevírat čípek od 32 týdne těhotenství. Potom bylo moje těhotenství rizikové a nakonec jsem porodila předčasně. Druhé a třetí těhotenství bohužel nedopadly dobře a v obou případech jsem potratila. Druhé těhotenství trvalo do devátého týdne a třetí do jedenáctého. Potom jsem byla v nemocnici, kvůli revizi dělohy. Ve čtvrtém těhotenství jsem měla opět komplikace a bylo rizikové. Krvácela jsem a potom mi předčasně odtekla voda ve 35 týdnu, zůstala jsem v nemocnici a opět následoval předčasný porod. Protože jsem měla problémy v těhotenství s čípkem, tak si myslím, že to mohlo být i konizací.“

Průběh porodu po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o průběhu porodu po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 31, 32, 33. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 7, 8, 9, 10.

Respondentka č. 5 po konizaci rodila dvakrát a dvakrát spontánně potratila. 1. porod byl předčasný (ve 36+5 tt), došlo k předčasnému zkracování a otevírání

děložního čípku. Porod začal spontánně odtokem plodové vody a žena porodila vaginálně. Již na začátku porodu byl děložní čípek téměř zaniklý, porod trval 4 hodiny.

2. porod byl také předčasný (ve 35+5 tt) a spojený s předčasným zkracováním a otevíráním děložního čípku a krvácením. Porod začal předčasným odtokem plodové vody, Byla použita medikamentózní terapie k oddálení porodu, ale bez efektu. Žena porodila vaginálně za 12 h po odtoku plodové vody. Respondentka si myslí, že konizace měla na porod vliv.

„První porod byl rychlý, měla jsem už několik týdnů téměř zaniklý čípek, porodila jsem od odtoku plodové vody za 4 hodiny. Rodila jsem přirozeně, ale porod byl předčasný ve 36+5 týdnu. Druhý porod byl delší, pro předčasný odtok plodové vody jsem byla hospitalizovaná a dali mi kapačky hořčičku. Ale i přes kapačky se porod rozeběhl. Rodila jsem přirozeně, ale miminko špatně sestupovalo. Druhá doba porodní trvala téměř hodinu, celkově od odtoku plodové vody porod trval 12 hodin. Porodila jsem zase předčasně ve 35+3 týdnu. Myslím si, že problémy s čípkem po konizaci, které jsem měla v těhotenství, vedly k předčasnému odtoku vody a předčasným porodům.“

6.6 Rozhovor 6, šestá respondentka

Poslední z dotazovaných žen je 38 letá žena s výučním listem, získaným na středním odborném učilišti. Je vdaná a žije s rodinou v nově postaveném domě v malém městě. Pracuje jako asistentka pedagoga v místní škole a má jedno dítě.

První menstruaci měla v 12 letech a první pohlavní styk v 18 letech. Respondentka uvedla jako první den poslední menstruace 21. 2. 2021. Na poslední preventivní gynekologické prohlídce byla respondentka v červenci 2020 a dochází na PP pravidelně 1x ročně. Ultrazvukový screening prsů podstoupila v březnu 2020 a podstupuje jej pravidelně 1x ročně. U žen v rodině poslední respondentky nebyl potvrzen výskyt HPV infekcí, zánětů, prekanceróz či nádorů děložního čípku.

Nyní užívá hormonální antikoncepci Adele. Respondentka se nijak nechránila před sexuálně přenosnými chorobami. Byla očkovaná po první konizaci ve 20 letech, vakcínou Cervarix v rámci prevence a ochrany před infekcí HPV.

Respondentka byla těhotná 1x. Z toho 1x rodila spontánně. Nepodstoupila císařský řez. Nepotratila, nepodstoupila umělé přerušování těhotenství a léčbu v centru asistované reprodukce. Podstoupila následující gynekologické operační zákroky a vyšetření: konizaci, rekonizaci, kolposkopii, punch biopsii, cytologii, stěr na HPV.

Konizace

Tato kategorie obsahuje základní informace o konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 18, 19, 20, 21, 22.

Respondentka č. 6 konizaci podstoupila v roce 2008 ve 25 letech. Byl proveden v rámci PP cytologický stěr s výsledkem HSIL, dále byl odebrán stěr na HPV s pozitivním výsledkem. Žena byla odeslaná do centra onkogynekologické prevence, kde byla provedena kolposkopická expertíza s punch biopsií. Výsledek histologie značil nález CIN III. Poté byla provedena konizace skalpelem v celkové anestezii.

„Nevím, jestli si vzpomenu na všechno ohledně konizace, protože už je to třináct let, co jsem na ní byla. Pamatuju si, že jsem měla nějaké gynekologické problémy, už nevím přesně jaké, tak jsem šla k doktorovi. Zjistil, že mám nějaký nález na čípku a pozitivní výsledek HPV. Poslal mě do nemocnice, kde mi udělali kolposkopii, aby zjistili, o co se přesně jedná. Když byly výsledky vyšetření, šla jsem na konizaci. Tehdy mi ji ještě dělali v celkové anestezii a skalpelem.“

Komplikace bezprostředně po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o bezprostředním období po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 23, 24.

U respondentky č. 6 se neobjevily bezprostředně po konizaci žádné komplikace. Dodržela klidový režim 7 dní, měsíc se jen sprchovala a dodržela 6 týdnů sexuálního půstu. Dbala na zvýšený hygienický režim.

„Žádné problémy jsem po konizaci neměla, čípek se mi hojil normálně. Snažila jsem se dodržet vše, co mi doporučili. Jako zvýšenou hygienu, měsíc jen sprchování, šest týdnů sexuální abstinence, týden klidového režimu a podobně.“

Pocity žen po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o psychickém rozpoložení ženy po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 25. Tato kategorie se vztahuje k dílčímu cíli č. 1.

Respondentka č. 6 nepocítovala žádné negativní emoce a neměla žádné obavy.

„Neuvědomovala jsem si závažnost situace, dokud jsem nebyla těhotná. Po konizaci mě nic netrápilo a neměla jsem žádné obavy. Až jsem otěhotněla, tak jsem začala zpětně přemýšlet nad konizací.“

Početí po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o početí po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 26. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 2 a č. 3.

Respondentka č. 6 po konizaci otěhotněla jednou. Počkala 6 měsíců, než došlo k úplnému zhojení čípku po konizaci. Poté otěhotněla po roce a 6 měsících snažení (za 2 roky po konizaci). Nemyslí si, že konizace měla vliv na otěhotnění.

„Na otěhotnění konizace vliv neměla. Neměla jsem tehdy s čípkem žádný problém, počkala jsem šest měsíců, aby se dostatečně zahojil. Otěhotněla jsem po roce a půl snažení, ale problém byl u partnera. Již dříve byl na spermiogramu a jeho výsledky nedopadly zrovna nejlíp. Ale nakonec se to povedlo a otěhotněla jsem.“

Průběh těhotenství po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace průběhu těhotenství po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázky č. 27, 28, 29, 30. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 4, 5, 6.

Respondentka č. 6 po konizaci byla těhotná jednou. Těhotenství bylo komplikováno předčasným zkracováním a otevíráním čípku ve 29 tt a označeno jako rizikové. Byla nutná několika týdenní hospitalizace a následně do porodu klidový režim v domácím prostředí. Respondentce nebyla provedena cerclage a nepotratila. Těhotenství skončilo předčasně (těh. do 36+5 tt) Podle respondentky měla předchozí konizace vliv na průběh těhotenství.

„Na těhotenství však už konizace podle mého názoru vliv měla. Protože jsem začala mít ve 29 týdnu problémy s čípkem. Začal se mi předčasně zkracovat. Byla jsem několik týdnů v nemocnici a potom jsem byla na rizikovém těhotenství doma. Snažila jsem se být v klidu a většinu těhotenství jsem potom strávila v posteli. Nakonec jsem stejně porodila předčasně.“

Průběh porodu po konizaci

Tato kategorie obsahuje informace o průběhu porodu po konizaci, které byly získány z odpovědí respondentky na otázku č. 31, 32, 33. Tato kategorie se vztahuje k dílčím cílům č. 7, 8, 9, 10.

Respondentka č. 6 po konizaci rodila jednou. Porod byl předčasný (ve 36+5 tt), došlo k předčasnému zkracování a otevírání děložního čípku. Porod začal spontánně odtokem plodové vody a žena porodila vaginálně. Porod trval 6 hodin. Respondentka si myslí, že konizace měla na porod vliv.

„Začala jsem rodit předčasně ve 36+5 týdnu. Sama mi odtekla plodová voda a rodila jsem přirozeně šest hodin. Konizace u mě měla vliv i na porod, protože jsem porodila předčasně, kvůli čípku.“

6.7 Souhrnná analýza

Konizace

- Věk respondentek, kdy podstoupily konizaci se pohyboval v rozmezí od 20 do 31 let.
- U pěti z šesti respondentek byl nález, který vedl ke konizaci CIN III. U resp. č. 5 CIN II.
- Třem z šesti respondentek byla konizace provedena technikou LEEP. U resp. č. 1 byla použita kombinovaná technika LEEP a elektrická jehla. Resp. č. 4 a 6 podstoupily konizaci nyní již zastaralou technikou, pomocí skalpelu.

Tabulka 7 Přehled: konizace

KONIZACE	V kolika letech	Nález na čípku	Technika
Resp. č. 1	31	CIN III	LEEP a EL. JEHLA
Resp. č. 2	28	CIN III	LEEP
Resp. č. 3	29	CIN III	LEEP
Resp. č. 4	20	CIN III	SKALPEL
Resp. č. 5	23	CIN II	LEEP
Resp. č. 6	25	CIN III	SKALPEL

Komplikace bezprostředně po konizaci

- Pět z šesti respondentek nemělo po konizaci žádné komplikace. U resp. č. 3 se objevilo pozdní krvácení třetí den po konizaci a byla následně hospitalizována.
- Pět z šesti respondentek po konizaci dodrželo klidový režim (7–14 dní). Jedna z nich jej nedodržovala. Všechny respondentky dodržely zvýšený hygienický režim. Resp. č. 2, 4, 5 a 6 dodržely šest týdnů sexuální abstinence. Resp. č. 4 a 5 používaly léčebné prostředky.

Tabulka 8 Přehled: období po konizaci

OBDOBÍ BEZPROSTŘEDNĚ PO KONIZACI	Komplikace bezprostředně po konizaci	Období rekonvalescence
Resp. č. 1	NE	Klidový režim 7 dní, zvýš. hyg. režim
Resp. č. 2	NE	6 týdnů sex. půst, zvýš. hyg. režim
Resp. č. 3	Pozdní krvácení třetí den po konizaci s hospitalizací	Klidový režim 7 dní, zvýš. hyg. režim

Resp. č. 4	NE	Klidový režim 7 dní, 6 týdnů sex. půst, zvýš. hyg. režim, vag. čípky Cicatridina
Resp. č. 5	NE	Klidový režim 14 dní, 6 týdnů sex. půst, zvýš. hyg. režim, kapsle Indonal woman
Resp. č. 6	NE	Klidový režim 14 dní, 6 týdnů sex. půst, zvýš. hyg. režim

6.7.1 Vyhodnocení jednotlivých cílů

- **Obavy žen po konizaci**

Cíl č. 1: Zjistit, zda měly respondentky obavy z možných komplikací spojených s početím, těhotenstvím a porodem po konizaci

Resp. č. 1, 2 a 5 měly obavy z potratu. Resp. č. 1 měla navíc obavu z neplodnosti. Resp. č. 2 navíc obavu z komplikací při porodu. Resp. č. 4 měla obavy z recidivy nálezu a rekonizace. Resp. č. 3 a 6 neměly žádné obavy.

Tabulka 9 Přehled: vliv konizace na psychiku

VLIV KONIZACE NA PSYCHIKU	Pocity po konizaci	Obavy po konizaci
Resp. č. 1	Nejistota	Z neplodnosti, potratu
Resp. č. 2	Strach	Z potratu, komplikace při porodu
Resp. č. 3	Nic	Žádné
Resp. č. 4	Úzkost	Z recidivy nálezu a rekonizace
Resp. č. 5	Strach	Z potratu
Resp. č. 6	Nic	Žádné

- **Početí po konizaci**

Cíl č. 2: Zjistit, zda měla dle respondentek konizace vliv na početí

Dle resp. č. 2 a 4 měla u nich konizace vliv na početí. U resp. č. 1, 3, 5 a 6 neměla konizace vliv na početí.

Cíl č. 3: Zjistit, jak dlouho trvalo respondentkám otěhotnět poprvé po konizaci

Resp. č. 1, 3 a 5 poprvé po konizaci otěhotněly do jednoho roku. Resp. č. 6 do dvou let. Resp. č. 2 otěhotněla za 4 roky a 6 měsíců. Resp. č. 4 otěhotněla za 3 roky a 6 měsíců.

Tabulka 10 Přehled: otěhotnění po konizaci

OTĚHOTNĚNÍ PO KONIZACI	Vliv na početí	Za jak dlouho poprvé otěhotněly
Resp. č. 1	NE	Dodržela 6 měsíců pro zhojení čípku, 1. těh. po půl roce snažení (rok po konizaci)

Resp. č. 2	ANO	Dodržela 6 měsíců pro zhojení čípku, 1. těh. po 4 letech snažení (4 roky a 6 měsíců po konizaci)
Resp. č. 3	NE	Dodržela 6 měsíců pro zhojení čípku, 1. těh. hned (6 měsíců po konizaci)
Resp. č. 4	ANO (nutná dilatace čípku a kyretáž hrdla, kvůli zjizvení)	Dodržela 6 měsíců pro zhojení čípku, 1. těh. po 3 letech snažení (3 roky a 6 měsíců po konizaci)
Resp. č. 5	NE	Dodržela 6 měsíců pro zhojení čípku, 1. těh. po 6 měsících snažení (rok po konizaci)
Resp. č. 6	NE	Dodržela 6 měsíců pro zhojení čípku, 1. těh. po roce a 6 měsících snažení (2 roky po konizaci)

- **Průběh těhotenství po konizaci**

Cíl č. 4: Zjistit, zda měla dle respondentek konizace vliv na průběh těhotenství

Dle resp. č. 1, 2 a 3 neměla konizace vliv na průběh jejich těhotenství. Dle resp. č. 4, 5 a 6 měla konizace vliv na jejich průběh těhotenství.

Cíl č. 5: Zjistit, zda respondentky po konizaci porodily předčasně

U resp. č. 1, 3 a 4 žádné z jejich těhotenství neskončilo předčasně. U resp. č. 2 došlo k předčasnému porodu ve druhém těhotenství po konizaci. U resp. č. 5 došlo k předčasným porodům v prvním a druhém těhotenství po konizaci. U resp. č. 6 v prvním těhotenství po konizaci.

Cíl č. 6: Zjistit, zda měly respondentky v průběhu těhotenství komplikace

Pouze resp. č. 1 neměla v žádném z jejich těhotenství komplikace. Resp. č. 2 měla komplikace v druhém těhotenství. První a druhé těhotenství u resp. č. 3 skončilo potratem. Resp. č. 4 měla komplikace v prvním i druhém těhotenství. Resp. č. 5 měla komplikace v prvním i čtvrtém těhotenství, druhé a třetí těhotenství skončilo potratem. Resp. č. 6 měla komplikace v prvním těhotenství.

Tabulka 11 Přehled: těhotenství po konizaci

TĚHOTENSTVÍ PO KONIZACI	Vliv na průběh těhotenství	Předčasný porod	Komplikace v těhotenství
Resp. č. 1	NE	1. těh. do 39 tt–NE 2. těh. do 41 tt–NE 3. těh. do 41 tt–NE	Žádné
Resp. č. 2	NE	1. těh do 41 tt–NE 2. těh. do 34 tt–ANO	1. těh.– žádné 2. těh.–rizikové, krvácení bez zjevné příčiny v průběhu celého těh., hospitalizace

Resp. č. 3	NE	1. těh. do 8tt–NE (potrat) 2. těh. do 8 tt–NE (potrat) 3. těh. do 40 tt–NE	1. těh.–spont. potrat 2. těh.–spont. potrat 3. těh.–žádné
Resp. č. 4	ANO	1. těh. do 38+4 tt–NE 2. těh. do 39+5 tt–NE	1. těh.–krvácení na začátku těh. (Utrogestan) 2. těh.–krvácení na začátku těh. (Utrogestan)
Resp. č. 5	ANO	1. těh. do 36+5 tt–ANO 2. těh. do 9tt–NE (potrat) 3. těh. do 11 tt–NE (potrat) 4. těh. do 35+3 tt–ANO	1. těh.–rizikové, předčasné zkracování a otevírání čípku (od 32 tt) 2. těh.–spont. potrat 3. těh.–spont. potrat 4. těh.–rizikové, krvácení následované předčas. odtokem. pl. vody (ve 35 tt), hospitalizace
Resp. č. 6	ANO	1. těh. do 36+5 tt–ANO	1. těh.–rizikové, předčasné zkracování a otevírání čípku (od 29 tt), hospitalizace

- **Průběh porodu po konizaci**

Cíl č. 7: Zjistit, zda měla dle respondentek konizace vliv na porod

Dle resp. č. 1, 2 a 3 neměla konizace na porod vliv. Dle resp. č. 4, 5 a 6 měla konizace vliv na porod.

Cíl č. 8: Zjistit, zda měly respondentky v průběhu 1. doby porodní problém s otevíráním porodních cest

Resp. č. 4 měla problém s otevíráním porodních cest během 1. doby porodní. Resp. č. 1, 2, 3, 5 a 6 problém neměly.

Cíl č. 9: Zjistit, zda bylo u respondentek těhotenství po konizaci ukončeno císařským řezem

Těhotenství resp. č. 1, 3, 5 a 6 nebyla ukončena císařským řezem. Resp. č. 2 podstoupila u obou těhotenství císařský řez. Obě těhotenství resp. č. 4 byla ukončena císařským řezem.

Cíl č. 10: Zjistit, jak dlouho trvaly porody respondentek po konizaci

Porody resp. č. 1 trvaly od 3 do 8 hodin. Porod resp. č. 3 trval 6 hodin. Porody resp. č. 5 trvaly od 4 do 12 hodin. Porod resp. č. 6 trval 6 hodin. Porody resp. č. 2 a 4 skončily sekci.

Tabulka 12 Přehled: porod po konizaci

POROD PO KONIZACI	Délka porodu	Vliv na porod	Problémy s otevíráním por. cest	Císařský řez
Resp. č. 1	1. porod–8 h 2. porod–3h 3. porod–6h	NE	NE, jen umělá dírupce vaku blan u 3. porodu	NE
Resp. č. 2	1. porod– SEKCE 2. porod–SEKCE	NE	NE	1. porod–ANO (akutní sekce) 2. porod–ANO (akutní sekce)
Resp. č. 3	1. porod–6 h	NE	NE	NE
Resp. č. 4	1. porod–SEKCE 2. porod–SEKCE	ANO	ANO, zjizvený děl. čípek se neotevíral, protrahovaný porod (20 h)	1. porod–ANO (akutní sekce) 2. porod–ANO (plánovaná sekce)
Resp. č. 5	1. porod–4 h 2. porod–12 h	ANO	NE	NE
Resp. č. 6	1. porod–6 h	ANO	NE	NE

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Sběrem dat a získáním informací prostřednictvím výzkumného šetření jsem stanovila následující body, které tvoří návrh doporučení pro praxi.

- Edukace žen o důležitosti pravidelných gynekologických prohlídek po konizaci, z důvodu snížení pravděpodobnosti následných komplikací.
- Informovat ženy, které chtějí po konizaci otěhotnět, že není vhodné počít v krátkém časovém úseku po konizaci. Zdůraznit nutnost dostatečného zhojení děložního čípku po konizaci, což trvá minimálně 6 měsíců.
- Edukovat ženy o dodržování vhodného režimu po konizaci, který podpoří správné zhojení děložního čípku.
- Vydání odborných článků a studií v České republice, zabývajících se tímto tématem. Jelikož neexistuje mnoho české literatury obsahující toto téma a studie zaměřeny na tuto problematiku byly provedeny pouze v zahraničí.
- Vytvoření informačního letáku, který bude obsahovat doporučení pro ženy, které po konizaci děložního čípku chtějí otěhotnět nebo již otěhotněly. Leták by měl zahrnovat také přehled nejčastějších možných komplikací spojených s těhotenstvím po konizaci.

Informační leták by měl být vystaven a být k dispozici v gynekologických ambulancích, z důvodu zvýšení informovanosti žen všech věkových skupin o tomto tématu. Dále by měl být tento leták předáván všem ženám, u kterých se předpokládá následné otěhotnění, hned po provedení konizace.

Veškeré výsledky a zpracované informace v této bakalářské práci slouží pro informovanost široké veřejnosti o tomto tématu.

8 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá problematikou těhotenství po konizaci děložního čípku. V empirické části jsou stanoveny dílčí cíle, které zkoumají, zda konizace nějak ovlivnila následné početí, těhotenství a porod. Zkoumaný vzorek tvořilo 6 náhodně vybraných žen prostřednictvím internetu, které podstoupily konizaci a následně otěhotněly. Věk dotazovaných žen byl v rozmezí 33–40 let a konizaci podstoupily ve věku 20–31 let.

Následuje srovnání výsledků výzkumného šetření se zahraničními studiemi, které jsou uvedeny v teoretické části a příloze bakalářské práce. Ke srovnání výsledků výzkumného šetření byly zvoleny zahraniční studie, zejména z důvodu nedostatku české literatury a českých studií, zabývajících se konizací ve spojitosti s následným početím, těhotenstvím a porodem.

Dílčí cíl č. 1 se zaměřoval na zjištění, zda měly ženy po konizaci obavy z možných komplikací spojených s početím, těhotenstvím a porodem. Pomocí kvalitativního šetření bylo zjištěno, že resp. č. 1, 2 a 5 měly obavy z potratu. Resp. č. 1 měla navíc obavu z neplodnosti. Resp. č. 2 navíc obavu z komplikací při porodu. Resp. č. 4 měla obavy z recidivy nálezů a rekonizace. Resp. č. 3 a 6 neměly žádné obavy. Což znamená, že čtyři z šesti respondentek měly po konizaci obavy. Korelující výsledky uvádí i zahraniční studie ze Srbska z roku 2017, jejíž autory jsou Sparić, R. et al., uvádí, že přibližně jedna třetina žen po více než dvou letech po léčbě může trpět menším zájmem o pohlavní styk, má relativně větší úzkost a depresi a stále může mít obavy z možnosti progresu onemocnění. Závěrem lze říci, že dílčí cíl č. 1 byl splněn. Bylo zjištěno, že většina respondentek měla obavy z možných komplikací spojených s početím, těhotenstvím a porodem po konizaci.

Dílčí cíl č. 2 se zaměřoval na zjištění, zda měla dle respondentek konizace vliv na početí. Pomocí kvalitativního šetření bylo zjištěno, že dle resp. č. 2 a 4 měla konizace vliv na početí. Dle resp. č. 1, 3, 5 a 6 neměla konizace na početí žádný vliv. Což znamená, že dle čtyř z šesti žen neměla konizace vliv na otěhotnění. Podobné výsledky uvádí i zahraniční studie z Tchaj-wanu z roku 2020, jejíž autory jsou Lee, CY. et al., uvádí, že pacientky s počátečním stadiem rakoviny děložního čípku, které podstoupí operaci šetřící plodnost, mohou úspěšně otěhotnět a mít úspěšné těhotenství a porod. V doporučení tato studie uvádí, že pacientky musí před operací podstoupit podrobnou konzultaci a pravidelný pooperační dohled. Další zahraniční studie

z Londýna z roku 2014, jejíž autory jsou Kyrgiou, M. et al., uvádí, že neexistují žádné důkazy, které by naznačovaly, že léčba cervikální intraepiteliální neoplazie nepříznivě ovlivňuje plodnost. Závěrem můžeme říci, že dílčí cíl č. 2 byl splněn. Bylo zjištěno, že dle většiny respondentek neměla konizace vliv na početí.

Dílčí cíl č. 3 se zaměřoval na zjištění, jak dlouho trvalo respondentkám otěhotnět po konizaci. Pomocí kvalitativního šetření bylo zjištěno, že resp. č. 1, 3 a 5 poprvé po konizaci otěhotněly do jednoho roku. Resp. č. 6 do dvou let. Resp. č. 2 otěhotněla za 4 roky a 6 měsíců. Resp. č. 4 otěhotněla za 3 roky a 6 měsíců. Naše zjištění koreluje se zahraniční studií z Irsku z roku 2014, jejíž autory jsou Martyn, F. M. et al., která uvádí, že se nezdá, že by jedna excizní léčba CIN ovlivňovala následnou plodnost. Jejich studie neprokázala žádné zpoždění v početí a žádné zvýšené riziko problémů. Závěrem lze říci, že dílčí cíl č. 3 byl splněn. Polovina respondentek otěhotněla do jednoho roku. Dalším ženám trvalo otěhotnět déle.

Dílčí cíl č. 4 se zaměřoval na zjištění, zda měla dle respondentek konizace vliv na průběh těhotenství. Pomocí kvalitativního šetření bylo zjištěno, že dle resp. č. 1, 2 a 3 neměla konizace vliv na průběh jejich těhotenství. Dle resp. č. 4, 5 a 6 měla konizace vliv na jejich průběh těhotenství. Což znamená, že polovina z dotazovaných žen, si myslí, že konizace měla vliv na průběh těhotenství. Druhá polovina žen si myslí, že konizace na průběh těhotenství vliv neměla. Zahraniční studie z Norska z roku 2005, jejíž autory jsou Acharya, G. et al., uvádí, že konizace LEEP u žen s CIN významně nezvýšila riziko nízké porodní hmotnosti nebo předčasného porodu v následném těhotenství. Vyjímkou byly případy, kdy byla použita ke konizaci větší smyčka. Po hlubší konizaci LEEP byla prevalence těhotenských komplikací významně vyšší. Závěrem můžeme říci, že dílčí cíl č. 4 byl splněn. Polovina respondentek si myslí, že měla konizace vliv na průběh těhotenství. Druhá polovina si to nemyslí.

Dílčí cíl č. 5 se zaměřoval na zjištění, zda respondentky po konizaci porodily předčasně. Pomocí kvalitativního šetření bylo zjištěno, že žádné těhotenství resp. č. 1, 3 a 4 neskončilo předčasně. U resp. č. 2 došlo k předčasnému porodu ve druhém těhotenství po konizaci. U resp. č. 5 došlo k předčasným porodům v prvním a druhém těhotenství po konizaci. U resp. č. 6 v prvním těhotenství po konizaci. Což znamená, že u poloviny respondentek nikdy nedošlo k předčasnému porodu. Druhá polovina žen porodila předčasně, alespoň v jednom z jejich těhotenství. Problémem v průběhu jejich těhotenství bylo předčasné zkracování a otevírání děložního čípku, předčasný odtok plodové vody a krvácení, což mohlo mít spojitost s předchozí konizací. Existuje mnoho

zahraničních studií, které se zabývají touto spojitostí. Zahraniční studie z Itálie z roku 2019, jejíž autory jsou Maina, G. et al., odhaluje vztah mezi cervikální konizací a předčasným porodem. Další zahraniční studie z USA z roku 2017, jejíž autory jsou Gatta, L. et al, uvádí, že ženy s cervikální dysplazií mají zvýšené výchozí riziko předčasného porodu a chirurgická excize přináší další riziko. U Těhotných pacientek s pokročilou cervikální dysplazií nebo s anamnézou chirurgické excize by měly být považovány těhotenství za vysoce riziková. Závěrem můžeme říci, že dílčí cíl č. 5 byl splněn. Polovina respondentek porodila po konizaci předčasně. Druhá polovina ne.

Dílčí cíl č. 6 se zaměřoval na zjištění, zda měly respondentky v průběhu těhotenství komplikace. Pomocí kvalitativního šetření bylo zjištěno, že pouze resp. č. 1 neměla v žádném těhotenství komplikace. Resp. č. 2 měla komplikace v druhém těhotenství. První a druhé těhotenství u resp. č. 3 skončilo potratem. Resp. č. 4 měla komplikace v prvním i druhém těhotenství. Resp. č. 5 měla komplikace v prvním i čtvrtém těhotenství, druhé a třetí těhotenství skončilo potratem. Resp. č. 6 měla komplikace v prvním těhotenství. Což znamená, že u pěti z šesti respondentek se v těhotenství po konizaci objevily komplikace. S naším tvrzením koreluje zahraniční studie z Norska z roku 2016, jejíž autory jsou Bjørge, T. et al., uvádí, že léčba excizí, včetně LEEP, byla spojena se zvýšeným výskytem komplikací v těhotenství a to rizikem předčasného porodu a spontánního potratu. Riziko předčasného porodu bylo nejvyšší v raném gestačním věku a u žen s velkým množstvím vyříznuté tkáně při konizaci. V doporučení autoři uvádí, že by ženy měly být informovány o svém budoucím riziku nepříznivých výsledků těhotenství, zejména předčasného porodu, po excizní léčbě cervikálních lézí. Závěrem můžeme říci, že dílčí cíl č. 6 byl splněn. Bylo zjištěno, že většina žen měla v průběhu těhotenství komplikace.

Dílčí cíl č. 7 se zaměřoval na zjištění, zda měla dle respondentek konizace vliv na porod. Pomocí kvalitativního šetření bylo zjištěno, že dle resp. č. 1, 2 a 3 neměla konizace na porod vliv. Dle resp. č. 4, 5 a 6 měla konizace vliv na porod. Což znamená, že dle poloviny respondentek měla konizace vliv na porod. Druhá polovina respondentek si to nemyslí. Zahraniční studie z Turecka z roku 2014, jejíž autory jsou Sozen, H. et al., uvádí, že četnost perinatálních komplikací byla vyšší u skupiny žen, které podstoupily konizaci, oproti kontrolní skupině. Závěrem můžeme říci, že dílčí cíl č. 7 byl splněn. Polovina respondentek si myslí, že měla konizace vliv na porod. Druhá polovina si to nemyslí.

Dílčí cíl č. 8 se zaměřoval na zjištění, zda měly respondentky v průběhu 1. doby porodní problém s otevíráním porodních cest. Pomocí kvalitativního šetření bylo zjištěno, že resp. č. 4 měla problém s otevíráním porodních cest během 1. doby porodní. Resp. č. 1, 2, 3, 5 a 6 problém neměly. Což znamená, že pět z šesti respondentek problém nemělo. Suh-Burgmann, E. et al. ve své zahraniční studii z USA z roku 2000 potvrzuje spojitost s konizací a vznikem cervikální stenózy. Cervikální stenóza korelovala s anamnézou excize smyčkou a objemem odstraněné tkáně. Což naznačuje, že ženy, které podstoupily excizi podruhé nebo velkou excizi, je třeba upozornit, že jejich riziko stenózy může být vyšší. Závěrem můžeme říci, že dílčí cíl č. 8 byl splněn. Bylo zjištěno, že většina respondentek neměla v průběhu 1. doby porodní problém s otevíráním porodních cest.

Dílčí cíl č. 9 se zaměřoval na zjištění, zda bylo u respondentek těhotenství po konizaci ukončeno císařským řezem. Pomocí kvalitativního šetření bylo zjištěno, že těhotenství resp. č. 1, 3, 5 a 6 nebyla ukončena císařským řezem. Resp. č. 2 podstoupila u obou těhotenství císařský řez. Obě těhotenství resp. č. 4 byla ukončena císařským řezem. Což znamená, že u čtyř z šesti žen nebylo těhotenství ukončeno císařským řezem. Tento výsledek koreluje i se zahraniční studií z USA z roku 2013, jejíž autory jsou Frey, H. A et al., která uvádí, že LEEP konizace neovlivňuje způsob porodu v následujícím těhotenství. Závěrem lze říci, že dílčí cíl č. 9 byl splněn. Bylo zjištěno, že u většiny respondentek nebylo těhotenství ukončeno císařským řezem.

Dílčí cíl č. 10 se zaměřoval na zjištění, jak dlouho trvaly porody respondentek po konizaci. Pomocí kvalitativního šetření bylo zjištěno, že porody resp. č. 1 trvaly od 3 do 8 hodin. Porod resp. č. 3 trval 6 hodin. Porody resp. č. 5 trvaly od 4 do 12 hodin. Porod resp. č. 6 trval 6 hodin. Porody resp. č. 2 skončily akutní sekcí, příčina však neměla spojitost s děložním čípkiem. Porody resp. č. 4 skončily sekcí, důvodem byla rigidita děložního čípku, která vedla, k protrahovanému prvnímu porodu trvajícím 20 h. Což znamená, že pouze u jedné z šesti žen, došlo k protrahovanému porodu, z důvodu rigidního čípku. Délka porodů u ostatních žen byla fyziologická. Roztočil, A. et al. v Moderním porodnictví z roku 2017, uvádí, že pokud je v průběhu porodu 3 hodiny perzistentní nález na děložním čípku i při pravidelných kontrakcích jedná se o nepostupující porod. Aplikují se tokolytika a uterokinetika a pokud se nález na čípku stále nemění, přistupuje se k akutní sekci. Závěrem můžeme říci, že dílčí cíl č. 10 byl splněn. Bylo zjištěno, že délka porodů u většiny respondentek po konizaci byla fyziologická, s výjimkou žen, u kterých byl porod ukončen císařským řezem.

Pozitivním zjištěním bylo, že u čtyř z pěti respondentek byla použita moderní technika konizace, zejména metoda LEEP. Pouze u dvou dotazovaných byla konizace provedena skalpelem. V dnešní době je to již zastaralá a nevhodná metoda, která vedla k množství komplikací. Tyto dvě respondentky však konizaci skalpelem podstoupily již v roce 2004 a 2008. Toto zjištění poukazuje na rozvoj a modernizaci konizačních zákroků i v České republice. Tento fakt potvrzuje i to, že pouze u jedné z respondentek došlo k bezprostřední komplikaci v podobě krvácení po zákroku s nutností následné hospitalizace.

Zahraniční studie z Číny z roku 2018, jejíž autory jsou Zhuang, H. et al., uvádí, že cervikální konizace zvyšuje riziko předčasného porodu, PROM a tím i k nižší porodní hmotnosti, zejména u CKC. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu jsme i my dospěli ke zjištění, že u jedné z respondentek může být přímá souvislost mezi zastaralou metodou konizace, prostřednictvím skalpelu a předčasným porodem.

Dalším zjištěním v souvislosti s použitím zastaralé metody konizace skalpelem byly komplikace v průběhu první doby porodní. Použitím této radikálnější metody došlo k patologickému zhojení děložního čípku a vzniku jizev, což způsobilo rigiditu čípku během porodu a protrahovaný porod. Díky čemuž musela resp. č. 4 podstoupit při obou těhotenstvích císařský řez.

9 ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce obsahuje kapitoly o těhotenství a porodu po konizaci. Tyto kapitoly zahrnují například komplikace po konizaci související s početím, těhotenstvím a porodem. Dále rozdělení těhotných z hlediska rizikovitosti, prenatální péči o ženy po konizaci, hospitalizaci žen po konizaci v průběhu těhotenství a vedení porodu po konizaci. Další část byla zaměřena na konizaci děložního čípku, zde jsou popsány gynekologická diagnostická vyšetření, které napomáhají k odhalení prekanceróz či malignit v oblasti děložního čípku i hrdla. Dále tyto prekancerózy a malignity tvoří samostatné kapitoly. Na závěr je uvedeno rozdělení chirurgických výkonů na děložním čípku i hrdle a také detailněji popsány druhy technik. Následuje kapitola zabývající se ošetrovatelskou péčí o ženu po konizaci.

V empirické části byla pro výzkum zvolena kvalitativní metoda formou standardizovaného rozhovoru s šesti respondentkami ve věku 33–40 let, které podstoupily konizaci ve věku 20–31 let a následně otěhotněly. Poté byly odpovědi respondentek zpracovány a rozkategorizovány. Výsledky výzkumného šetření byly uvedeny ve formě tabulek a zhodnoceny.

Úvod empirické části obsahuje základní charakteristiku respondentek, která je zpracována ve formě tabulky. V tabulce jsou uvedeny informace o věku, vzdělání, rodinném stavu, bydlišti, zaměstnání, počtu dětí žen. Z těchto informací například vyplývá, že respondentky jsou ve věku od 33 do 40 let a že porodily 1 až 5 dětí.

Výsledky výzkumu byly rozděleny do šesti kategorií, zaměřující se na konizaci, komplikace bezprostředně po konizaci, obavy žen po konizaci, početí po konizaci, průběh těhotenství po konizaci a průběh porodu po konizaci.

V první kapitole o konizaci jsou popsány informace o věku, kdy podstoupily ženy konizaci, o technice provedení konizaci a nálezu, jež vedl ke konizaci. Z těchto informací například vyplývá, že ženy podstoupily konizaci ve věku od 20 do 31 let a konizace byla provedena pouze u dvou z šesti žen zastaralou technikou, prostřednictvím skalpelu.

Druhá kapitola o komplikacích bezprostředně po konizaci informuje o vzniklých komplikacích po výkonu. Z těchto informací například vyplývá, že většina žen dodržovala dostatečně klidový a léčebný režim a pouze u jedné se po konizaci objevilo krvácení, jež skončilo hospitalizací.

Třetí kategorie obsahující informace o obavách žen po konizaci se vztahuje k dílčímu cíli č. 1. Čtvrtá kategorie obsahující informace o početí po konizaci se vztahuje k dílčím cílům 2 a 3. Pátá kategorie obsahující informace o průběhu těhotenství se vztahuje k dílčím cílům 4, 5 a 6. Poslední kategorie obsahující informace o průběhu porodu po konizaci se vztahuje k dílčím cílům 7, 8, 9 a 10.

Při zpracování kvalitativního výzkumného šetření se ukázalo, že konizace děložního čípku může ovlivnit v některých případech početí, těhotenství a porod.

U dílčího cíle č. 1, který se vztahoval k obavám respondentek z možných komplikací spojených s početím a těhotenstvím po konizaci, jsme došli k závěru, že většina žen po konizaci obavy měla.

U dílčího cíle č. 2, který se zabýval vlivem konizace na početí. Závěrem bylo zjištěno, že dle většiny respondentek neměla konizace na početí vliv.

Dílčí cíl č. 3, zabývající se otázkou, jak dlouho trvalo respondentkám po konizaci otěhotnět, byl vyhodnocen tak, že polovina respondentek otěhotněla do jednoho roku. Dalším ženám trvalo otěhotnět déle. Nejdéle to trvalo u resp. č. 2 a to 4 roky a 6 měsíců snažení.

U dílčího cíle č. 4, který se zabýval vlivem konizace na průběh těhotenství, bylo zjištěno, že polovina respondentek si myslí, že měla konizace vliv na průběh těhotenství. Druhá polovina si to nemyslí.

U dílčího cíle č. 5, který se zabýval předčasným porodem po konizaci, bylo zjištěno, že polovina respondentek porodila po konizaci předčasně. Druhá polovina ne.

U dílčího cíle č. 6, který se zabýval komplikacemi v průběhu těhotenství, bylo zjištěno, že většina žen měla v průběhu těhotenství komplikace.

Dílčí cíl č. 7, zabývající se vlivem konizace na porod, byl vyhodnocen tak, že polovina respondentek si myslí, že měla konizace vliv na porod. Druhá polovina si to nemyslí.

U dílčího cíle č. 8, který se zabýval problémem s otevíráním porodních cest v průběhu 1. doby porodní u žen po konizaci, bylo zjištěno, že většina respondentek neměla v průběhu 1. doby porodní problém s otevíráním porodních cest.

U dílčího cíle č. 9, který se zabýval císařským řezem respondentek u žen po konizaci, bylo zjištěno, že u většiny respondentek nebylo těhotenství ukončeno císařským řezem.

Dílčí cíl č. 10, který se zabýval délkou porodů respondentek po konizaci, byl vyhodnocen s výsledkem, že délka porodů u většiny žen po konizaci byla fyziologická.

Závěrem lze říci, že jsme dosáhli všech vytyčených cílů. Zjistili jsme, že většina respondentek měla po konizaci obavy, spojené s početím, těhotenstvím a porodem. Dále, že dle většiny respondentek neměla konizace vliv na početí. Polovina z respondentek otěhotněla do roku po konizaci a ostatním to trvalo déle. Pouze jedna z respondentek uvedla přímou spojitost s problémy se zjizveným děložním čípkem po konizaci a početím. Dále jsme zjistili, že dle poloviny respondentek měla konizace vliv na průběh těhotenství.

Další zjištění se týkalo komplikací v průběhu těhotenství. Některé z dotazovaných žen měly rizikové těhotenství a došlo u nich v průběhu těhotenství ke krvácení, předčasnému odtoku plodové vody, předčasnému zkracování a otevírání děložního čípku. S tímto zjištěním souvisí také výskyt předčasného porodu u poloviny z dotazovaných žen.

Dále bylo zjištěno, že polovina z respondentek si myslí, že měla konizace vliv na porod. U většiny respondentek neměla konizace vliv na otevírání porodních cest v první době porodní. Tato komplikace se objevila pouze u jedné z nich, z důvodu rigidity čípku, který se v průběhu první doby porodní nezkracoval a neotevíral. Zjistili jsme, že většina z těhotenství respondentek nebyla ukončena císařským řezem. Závěrem bylo zjištěno, že délka porodů u dotazovaných žen byla fyziologická. Pouze jedna z nich měla protražený porod, z důvodu rigidního zjizveného čípku po konizaci, který skončil akutní sekcí.

Závěrem vyplývá, že v těhotenství po konizaci mohou vzniknout zejména následující komplikace. Problémem může být vznik zjizvené tkáně děložního čípku, což vede k rigiditě čípku. Důvodem vzniku zjizvení může být konizace provedena nezkušeným operáterem, nedodržení léčebného nebo klidového režimu a volba zastaralé techniky konizace, zejména skalpelem. Toto zjizvení čípku může způsobovat problém s otěhotněním, jelikož přes zjizvenou tkáň nepronikne spermie k vajíčku.

Další komplikace se objevuje v průběhu první doby porodní, kdy vzniklá rigidita čípku brání přirozenému zkracování a otevírání děložního čípku. Řešením může být použití medikamentózních prostředků. Pokud tato terapie selže, a nedejde k uvolnění svaloviny čípku, je nutné přistoupit k sekcí.

Dalším problémem vedoucím ke vzniku komplikací v průběhu těhotenství je inkompetence děložního čípku. Ta může být zapříčiněna příliš radikální konizací, kdy je odstraněna značná část čípku, zejména do hloubky, většinou ve tvaru kužele.

Výsledkem může být potrat, předčasný porod a předčasný odtok plodové vody, což bylo potvrzeno také zahraničními studiemi uvedenými v bakalářské práci.

Tyto komplikace jsou však již v dnešní době minimalizovány, jelikož došlo k rozvoji a modernizaci konizačních technik v České republice. Podstatné jsou také častější kontroly a dispenzarizace žen po konizaci. Pozitivní vliv má také dodržování klidového a léčebného režimu po konizaci. Metoda a rozsah konizace je volena zcela individuálně s ohledem na reprodukční plány žen a konizace je prováděna specializovaným operátorem, což také zvyšuje spolehlivost konizace a tím minimalizuje možný vznik komplikací při početí, těhotenství a porodu.

Závěrem lze říci, že konizace obecně může mít vliv na početí, těhotenství a porod. V bakalářské práci však byl zkoumán pouze malý vzorek respondentek a pro detailnější prozkoumání této oblasti by bylo vhodné provést studii na větším vzorku žen.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Knihy a monografické publikace

BECKMANN, CH. R. B. et al. *Obstetrics and gynecology*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2010. ISBN 978-0-7817-8807-6.

BINDER, T. et al. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.

ČEPICKÝ, P. et al. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-5604-2.

DUBOVÁ, O. a ZIKÁN M. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2019. ISBN 978-80-7345-599-6.

FRÜHAUFOVÁ, K. a HULVERT J. *Zachování fertility u onkologicky nemocných v praxi*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0368-3.

HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

HÁJEK, Z. Definice a patofyziologie předčasného porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Předčasný porod. Praha: LEVRET, 2011, vol. 20, č. 3, s. 213–217. ISSN 1211-1058.

HÁJEK, Z. Zásady diagnostiky předčasného porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Předčasný porod. Praha: LEVRET, 2011, vol. 20, č. 3, s. 218–220. ISSN 1211-1058.

HERBECK, G. et al. *Atlas kolposkopie*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-249-0.

HERLE, P. et al. *Diferenciální diagnostika v gynekologii*. Praha: Raabe, 2016. ISBN 978-80-7496-207-3.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

LANDON, M. B. et al. *Gabbe's Obstetrics: normal and problem pregnancies*. 8th edition. Philadelphia: Elsevier, 2021. ISBN 978-0-323-60870-1.

ROZTOČIL, A. et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9757-6.

ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.

SHARMILA, A. B. *Clinical obstetrics and gynecology*. India: Wolters Kluwer Health, 2019. ISBN 978-93-88696-14-2.

SLÁMA, J. a TURÝNA, R. Technika excizních výkonů k ošetření abnormálních nálezů na děložním hrdle. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Cervikální prekancerózy. Praha: LEVRET, 2010, vol. 19, č. 3, s. 304–310. ISSN 1211-1058.

SLÁMA, J. Pooperační sledování po ošetření prekanceróz děložního hrdla. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Cervikální prekancerózy. Praha: LEVRET, 2010, vol. 19, č. 3, s. 311–315. ISSN 1211-1058.

SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7.

TURÝNA, R. a SLÁMA J. *Kolposkopie děložního hrdla*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-679-3.

Webové stránky

ACHARYA, G. et al. Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure for the management of cervical intraepithelial neoplasia. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [online]. 2005 [cit. 23. 05. 2021]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-005-0727-1>.

BJØRGE, T. et al. Adverse pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics and gynecology* [online]. 2016 [cit. 24. 05. 2021].

- Dostupné z:
https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2016/12000/Adverse_Pregnancy_Outcomes_After_Treatment_for.10.aspx.
- DUFKOVÁ, J. *Porod* [online]. Brno: Dugy, 2021 [cit. 12. 01. 2021]. Dostupné z: <http://www.dugy.cz/porod>.
- DVOŘÁK, D. *Koncepce oboru gynekologie a porodnictví* [online]. Jihlava: Nemocnice Jihlava, 2010 [cit. 22. 02. 2021]. Dostupné z: <https://www.nemji.cz/koncepce-oboru-gynekologie-a-porodnictvi/d-1357/p1=1420>.
- FREY, H. A. et al. Risk of cesarean delivery after loop electrosurgical excision procedure. *Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2014 [cit. 20. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3547644/pdf/nihms421168.pdf>.
- GATTA, L. et al. Pregnancy outcomes following cervical conization or loop electrosurgical excision procedures. *Obstetrics and gynecology* [online]. 2017 [cit. 27. 05. 2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28817166/#affiliation-1>.
- HOSTINSKÁ, E. et al. Cervix skóre dle Bishopa a jeho modifikace. *Česká gynekologie* [online]. Olomouc: Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc, 2016, vol. 81, č. 6, s. 427. [cit. 25. 06. 2021]. Dostupné z: <https://www.lubusky.com/clanky/110.pdf>.
- KYRGIU, M. et al. Fertility and early pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *BMJ* [online]. 2014 [cit. 26. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4212006/?report=reader>.
- LEE, CY. et al. Outcome and Subsequent Pregnancy after Fertility-Sparing Surgery of Early-Stage Cervical Cancers. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020 [cit. 02. 02. 2021]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579067/pdf/ijerph-17-07103.pdf>.
- MAINA, G. et al. Obstetric outcomes in patients who have undergone excisional treatment for high-grade cervical squamous intra-epithelial neoplasia. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* [online]. 2019 [cit. 02. 02. 2021]. Dostupné z: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(19\)30093-4/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(19)30093-4/fulltext).

MARTYN, F. M. et al. Excisional treatments of the cervix and effect on subsequent fertility. *EJOG* [online]. 2014 [cit. 23. 05. 2021]. Dostupné z: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(14\)00645-9/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(14)00645-9/fulltext).

REHALAND. *Těhotenství* [online]. Praha: Klinika komplexní rehabilitační péče, 2021 [cit. 12. 02. 2021]. Dostupné z: <https://rehaland.cz/tehotenstvi/>.

ROTTER, L. *Konizace hrdla* [online]. Brno: Gynmeda, 2021 [cit. 20. 01. 2021]. Dostupné z: <http://www.konizace.info/konizace>.

ROTTER, L. *Kolposkopie* [online]. Brno: Gynmeda, 2021 [cit. 22. 01. 2021]. Dostupné z: <https://konizace.info/kolposkopie>.

SOZEN, H. et al. Pregnancy outcomes after cold knife conization related to excised cone dimensions. *The Journal of reproductive medicine* [online]. 2014 [cit. 24. 05. 2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24597292/>.

SPARIĆ, R. et al. Psychosexual outcomes in women of reproductive age at more than two-years from excisional cervical treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [online]. 2018 [cit. 06. 05. 2021]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0167482X.2018.1445220?scroll=top&needAccess=true>.

SUH-BURGMANN, E. et al. Risk factors for cervical stenosis after loop electrocautery excision procedure. *Obstetrics and gynecology* [online]. 2000 [cit. 24. 05. 2021]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11042296/>.

ZHUANG, H. et al. Effects of cervical conisation on pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2019 [cit. 02. 02. 2021]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01443615.2018.1463206>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Zahraniční studie č. 1.....	5
Tabulka 2 Zahraniční studie č. 2.....	5
Tabulka 3 Zahraniční studie č. 3.....	6
Tabulka 4 Originální cervix skóre dle Bishopa	22
Tabulka 5 Modifikované cervix skóre dle Bishopa	23
Tabulka 6 Základní charakteristika respondentek	48
Tabulka 7 Přehled: konizace.....	70
Tabulka 8 Přehled: období po konizaci	70
Tabulka 9 Přehled: vliv konizace na psychiku	71
Tabulka 10 Přehled: otěhotnění po konizaci.....	71
Tabulka 11 Přehled: těhotenství po konizaci	72
Tabulka 12 Přehled: porod po konizaci	74
Tabulka 13 Zahraniční studie č. 4.....	96
Tabulka 14 Zahraniční studie č. 5.....	96
Tabulka 15 Zahraniční studie č. 6.....	96
Tabulka 16 Zahraniční studie č. 7.....	97
Tabulka 17 Zahraniční studie č. 8.....	98
Tabulka 18 Zahraniční studie č. 9.....	98
Tabulka 19 Zahraniční studie č. 10.....	99
Tabulka 20 Zahraniční studie č. 11.....	99

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIS: adenokarcinom in situ

CIN: cervikální intraepiteliální neoplasie

CIS: karcinom in situ

CKC: cold knife conization, konizace skalpelem

FIGO: mezinárodní federace gynekologie a porodnictví

HGL: high grade léze (CIN 2, CIN 3, CIS, AIS)

HPV: lidský papilomavirus,

HPV test: detekce high risk HPV genotypů

HSIL: závažné předrakovinové změny buněk

LBC: liquid based cytology

LC: laser conization

LEEP: loop electrodiatermy excision procedure, vysokofrekvenční elektrická klička

LEETZ: loop excision of transformation zone, kličková excize transformační zóny

LETZ: loop excision of the transformation zone, kličková excize transformační zóny

LGL: low grade léze (CIN 1 a projevy HPV)

LLETZ: large loop excision of transformation zone, kličková excize transformační zóny

LSIL: mírné předrakovinové změny buněk

NETZ: needle excision of transformation zone, vysokofrekvenční elektrická jehla

OC: onkologická cytologie

PPROM: předčasný odtok plodové vody

RDTK: radikální diatermokoagulace

RT: radikální trachelektomie

SCJ: skvamokolumnární junkce

SIL: skvamózní intraepiteliální léze, low grade nebo high grade

STD: sexuálně přenosné nemoci

TNM: mezinárodní klasifikace zhoubných novotvarů

TZ: transformační zóna

VEX: vakuumextrakce

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Informační leták	92
Příloha 2 Podklad pro strukturovaný rozhovor	93
Příloha 3 Přehled zahraničních studií	96

Plánujete otěhotnět po konizaci děložního čípku?

Režim po konizaci:

Cca 3 týdny sexuální abstinence

- Dodržte 5-7 dní klidový režim
- Kontrola za 4-6 měs. po konizaci a dále každých 6 měsíců
- Omezte sportovní aktivitu
- Nezvedejte těžká břemena (nad 5 kg)
- Používejte preparáty na podporu hojení (Betadine vag. tbl., Cicatridina vag. čípky)
- Používejte sprchu místo koupele (3 týdny)
- Užívejte preparáty na podporu imunity (vitamíny a doplňky stravy)
- Cca 2 měsíce pohlavní styk s prezervativem
- Nekoupejte se ve veřejných bazénech
- S otěhotněním je doporučeno počkat do úplného zhojení děložního čípku (min. za 6 měsíců po zákroku)
- Vyhledejte pohotovost při potížích (zapáchající výtok, vyrážka, neustupující bolest, horečka, krvácení...)

Těhotenství po konizaci:

- Dodržujte zdravý životní styl
- Pokud se předčasně objeví krvácení, kontrakce aj. vyhledejte pohotovost
- Užívejte přípravky vhodné v těhotenství (kyselina listová, magnézium, vitamíny ...)
- V případě komplikací souhlaste s pracovní neschopností nebo hospitalizací
- Docházejte na pravidelné kontroly ke gynekologovi (sledování stavu čípku)
- Dodržujte klidový režim, vyhýbejte se nadměrné zátěži (fyzické i psychické)
- Při doporučení podstupte cerclage děložního hrdla

KOMPLIKACE V TĚHOTENSTVÍ SPOJENÉ S KONIZACÍ

Možné komplikace spojené s početím

Důvodem je zjizvení, které může zhoršovat komplexní funkci hrdla děložního při oplodnění. Tuto komplikaci je většinou možné vyřešit v rámci asistované reprodukce pomocí intrauterinní inseminace.

Zvýšené riziko předčasného porodu

Uvádí se, že zhruba 17 procent žen po tomto výkonu porodí před ukončeným 36. týdnem těhotenství – tedy předčasně. Důvodem této komplikace je porušení funkce hrdla děložního (jizva vzniklá po výkonu není plnohodnotnou tkání a děložní hrdlo tím ztrácí svou pevnost, rychleji se otevírá a zkracuje).

Možné komplikace spojené s porodem

Porody žen, které před těhotenstvím podstoupily konizaci, mohou být komplikovány v průběhu 1. doby porodní rigiditou zjizveného děložního čípku, která může vést k protrahovanému porodu až ruptuře děložního čípku.

Zdroje:
<https://www.gynmeda.cz/konizace-cipku>
Rožtočil, A. et al. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, 2020.
ISBN 978-80-271-2098-7.
<https://www.abctehotenstvi.cz/txt/jak-ovlivni-konizace-nasledne-tehotenstvi>

Slezská univerzita v Opavě
Autor: Vendula Mikulenková
Vedoucí práce:
PhDr. Daniela Nedvěďová, Ph.D.

Příloha 2 Podklad pro strukturovaný rozhovor

Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s Vaší zcela anonymní účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce. Vaše účast na rozhovoru je zcela dobrovolná. Cílem práce je **zjistit, jaký vliv má konizace děložního čípku na otěhotnění a průběh těhotenství.**

Název bakalářské práce: Těhotenství po konizaci děložního čípku

Řešitel bakalářské práce: Mikulenkova Vendula

Název pracoviště: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik

Obor: všeobecná sestra, 3. ročník, kombinovaná forma

Vedoucí práce: Mgr. Daniela Nedvědová, Ph.D.

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedené bakalářské práci a že jsem měla možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostala jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Odpověďmi na následující otázky v rozhovoru vyjadřuji souhlas se svou účastí na výzkumném šetření.

ROZHOVOR S RESPONDENTKOU Č.

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaký je Váš rodinný stav?
4. Žijete ve městě či na vesnici? Bydlíte v panelovém domě, v postaveném rodinném domě, apod.?
5. Jaké je Vaše zaměstnání?
6. Kolik máte dětí?
7. V kolika letech jste měla první menstruaci?
8. Jaké je datum prvního dne poslední menstruace?
9. V kolika letech jste měla první pohlavní styk?
10. Jaký druh antikoncepce používáte? (hormonální antikoncepci, intrauterinní tělíčko, kondom, atd.)

11. Kdy jste byla na poslední PP u svého gynekologa? Docházíte na PP pravidelně?
12. Využíváte ultrazvukového/mamografického screeningu prsů? (Pokud ano, kdy jste byla vyšetřena naposledy a zda jej podstupujete pravidelně)
13. Jaké gynekologické operační zákroky a vyšetření jste podstoupila?
14. Podstoupila jste umělé přerušování těhotenství? (pokud ano, uveďte, prosím, zda před konizací nebo po ní a kolikrát)
15. Vyskytly se u žen ve Vaší rodině HPV infekce, záněty, prekancerózy či nádory děložního čípku? *(Pokud ano, vyjmenujte prosím, která onemocnění z nabídky se vyskytla a u koho)*
16. Uveďte prosím, jak jste se chránila před sexuálně přenosnými chorobami?
17. Podstoupila jste očkování v rámci prevence a ochrany před infekcí HPV? Jaký druh vakcíny byl použit? Byla jste očkovaná před započetím pohlavního života, nebo již v průběhu?
18. V kolika letech jste podstoupila konizaci děložního čípku? *(pokud jste tento zákrok podstoupila vícekrát- tzv. rekonizace, prosím uveďte i u dalších zákroců)*
19. Jaké změny na děložním čípku vedly k provedení konizace? Mezi změny patří *dysplazie = prekancerózy = přednádorové změny: mírného stupně (CIN I), závažnější leze (CIN II, III), invazivní karcinom. Byl u Vás proveden test HPV? (zjišťuje přítomnost vysoce rizikových typů HPV infekce, stanoví míru ohrožení rakovinou), pokud ano byl výsledek testu pozitivní či negativní? (pokud jste tento zákrok podstoupila vícekrát, prosím uveďte změny, které vedly k další konizaci)*
20. Byl u Vás nález na děložním čípku povrchový nebo zasahoval až do hrdla děložního čípku?(pokud jste tento zákrok podstoupila vícekrát, prosím uveďte i u dalších konizací)
21. Jakou metodou byla u Vás konizace provedena? Mezi tyto metody patří elektrická klička (LOOP, LETZ, LEEP) nebo el.jehla, laserem či tzv. konizace studeným nožem (skalpelem).
22. Podstoupila jste zákrok v krátké celkové anestezii nebo v lokálním umrtvení opichem?
23. Nastaly u Vás po konizaci nějaké komplikace? Například pooperační zánět v ráně, časná a pozdní krvácení z rány, poranění pochvy či okolních orgánů, trombóza, embolie atd. *(pokud jste tento zákrok podstoupila vícekrát, prosím uveďte i u dalších konizací)*

24. Jak u Vás probíhala rekonvalescence po provedené konizaci? Dodržela jste cca 5-7 dnů klidový režim? *(nezvedat těžká břemena a omezení sportovních aktivit, cca 3 týdny byste neměla mít pohlavní styk, a nekoupat se ve veřejných bazénech atd.)* Používala jste po výkonu Betadine vaginální tablety, vaginální čípky Cicatridina s kyselinou hyaluronovou na podporu epitelizace a hojení či jiné přípravky? *(pokud jste tento zákrok podstoupila vícekrát, prosím uveďte i u dalších konizací)*
25. Popište prosím Vaše pocity po konizaci. Měla jste obavu, že již neotěhotníte? Měla jste strach, že pokud otěhotníte, mohlo by dojít ke komplikacím v průběhu těhotenství či porodu? Pociťovala jste strach, úzkost či obavu z něčeho dalšího?
26. Měla jste problém s početím po konizaci? Za jakou dobu jste přibližně otěhotněla? Musela jste podstoupit metodu asistované reprodukce? *(pokud jste byla po konizaci těhotná vícekrát, prosím uveďte i u dalších těhotenství)*
27. Došlo u Vás před nebo po konizaci k samovolnému potratu? (Pokud ano, uveďte prosím, zda před konizací nebo po ní a v kolikátém týdnu těhotenství)
28. Vyskytly se u Vás v průběhu těhotenství po konizaci nějaké komplikace? (předčasné zkracování a otevírání čípku, předčasný porod, krvácení z rodidel, samovolný potrat atd.) Bylo těhotenství stanoveno jako rizikové? *(pokud jste byla po konizaci těhotná vícekrát, prosím uveďte i u dalších těhotenství)*
29. Byla jste v průběhu těhotenství po konizaci hospitalizována? Z jakého důvodu? *(pokud jste byla po konizaci těhotná vícekrát, prosím uveďte i u dalších těhotenství)*
30. Byla u Vás v průběhu těhotenství po konizaci provedena Cerclage neboli cerkláž děložního hrdla = obšití děložního hrdla stehem? Jestliže jste tento výkon podstoupila, tak v kolikátém týdnu těhotenství? V kolikátém týdnu těhotenství byl steh odstraněn? *(pokud jste po konizaci podstoupila Cerclage u více těhotenství, prosím uveďte i u dalších těhotenství)*
31. Kolik dětí jste porodila po konizaci děložního čípku?
32. V kolikátém týdnu těhotenství po konizaci jste porodila? *(pokud jste byla po konizaci těhotná vícekrát, prosím uveďte i u dalších těhotenství)*
33. Jaký byl u Vás průběh porodu po konizaci děložního čípku? Jak dlouho trval? Měla jste problém s otevíráním děložního čípku během 1. doby porodní? Odtekla Vám samovolně plodová voda? Rodila jste přirozeně, císařským řezem, kleštěmi nebo vakuumextraktorem? *(pokud jste rodila po konizaci vícekrát, prosím uveďte i u dalších porodů).*

Příloha 3 Přehled zahraničních studií

Tabulka 13 Zahraniční studie č. 4

Autor	Sparić, R. et al.
Název	Psychosexual outcomes in women of reproductive age at more than two-years from excisional cervical treatment
Klíčová slova	Cervical dysplasia, conization, sexual interest, outcome, anxiety, depression
Cíl	Zkoumat dlouhodobé psychosexuální výsledky u žen po excizní cervikální léčbě.
Země a datum vzniku	Srbsko, 20. října 2017
Metodologie	Průřezová studie
Respondenti	Sto čtyřicet šest žen s průměrným věkem $35,2 \pm 5,4$ roku podstoupilo před rozhovorem léčbu buď LLETZ (68,5%), nebo CKC (31,5%) během $4,7 \pm 2,7$ roku (rozmezí: 2–15).
Výsledky	27,4% žen mělo vyšší skóre úzkosti a deprese a více se obávaly progresu onemocnění. Ženy s komplikacemi po léčbě byly vystaveny riziku menšího zájmu o pohlavní styk a větší úzkosti a deprese. Typ léčby a stupeň dysplázie neovlivnilo skóre úzkosti a deprese.
Závěr	Přibližně jedna třetina žen po více než dvou letech po léčbě může trpět menším zájmem o pohlavní styk, má relativně větší úzkost a depresi a stále může mít obavy z možnosti progresu onemocnění.

Zdroj: Sparić, R. et al. Psychosexual outcomes in women of reproductive age at more than two-years from excisional cervical treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [online]. 2018 [cit. 06. 05. 2021].

Tabulka 14 Zahraniční studie č. 5

Autor	Kyrgiou, M. et al.
Název	Fertility and early pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia
Klíčová slova	Cervical intraepithelial neoplasia, cervix uteri, conization, female, fertility, postoperative complications, pregnancy, pregnancy complications
Cíl	Stanovit vliv cervikální excize na cervikální intraepiteliální neoplazii na plodnost a výsledky raného těhotenství.
Země a datum vzniku	Londýn, 28. října 2014
Metodologie	Systematický přehled a metaanalýza
Respondenti	Zahrnuli jsme všechny studie, které porovnávaly výsledky plodnosti a raného těhotenství (těhotenství <24 týdnů) u žen s nebo bez léčby cervikální intraepiteliální neoplazie. Zahrnuli jsme také všechny typy léčby.
Výsledky	15 studií splnilo kritéria pro zařazení a bylo zahrnuto. Metaanalýza neposkytla žádné důkazy o tom, že by léčba cervikální intraepiteliální neoplazie nepříznivě ovlivňovala šance na početí. Celková míra těhotenství byla u léčených žen vyšší než u neléčených (čtyři studie; 43% v 38%). Míra těhotenství se mezi ženami, které měly v úmyslu otěhotnět, nelišila (dvě studie; 88% v 95) a počet žen, které k otěhotnění potřebovaly více než 12 měsíců (tři studie, 15% v 9%).
Závěr	Neexistují žádné důkazy, které by naznačovaly, že léčba cervikální intraepiteliální neoplazie nepříznivě ovlivňuje plodnost.

Zdroj: Kyrgiou, M. et al. Fertility and early pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *BMJ* [online]. 2014 [cit. 26. 05. 2021].

Tabulka 15 Zahraniční studie č. 6

Autor	Martyn, F. M. et al.
--------------	----------------------

Název	Excisional treatments of the cervix and effect on subsequent fertility
Klíčová slova	Cervix, exciton, fertility, loop, surgery.
Cíl	Existují obavy týkající se dopadu excizní léčby cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN) na následný výsledek těhotenství, přesto se několik studií zabývalo plodností po operaci.
Země a datum vzniku	Irsko, 12. prosince 2014
Metodologie	Retrospektivní kohortní studie
Respondenti	Poštovní dotazník byl zaslán 3 590 ženám v reprodukčním věku, které se v letech 2001 až 2007 účastnily kolposkopie; 1795 z nich mělo alespoň jednu excizní léčbu (chirurgická skupina) a 1795 nemělo žádnou léčbu (nechirurgická skupina).
Výsledky	Odpovědělo 1355 žen (37,7%). 537 žen nemělo žádnou léčbu a 818 mělo alespoň jednu excizi. Následné těhotenství bylo hlášeno u 730 žen (434 chirurgických a 296 nechirurgických skupin). Nebyl zjištěn žádný rozdíl mezi skupinami v hlášené míře těhotenství, době do početí nebo problémech s plodností. Objem excize neovlivnil míru plodnosti ani čas do početí.
Závěr	Nezdá se, že by jedna excizní léčba CIN ovlivňovala následnou plodnost. Studie neprokázala žádné zpoždění v početí a žádné zvýšené riziko problémů s počátkem v této skupině, a to ani při kontrole objemu a hloubky odstraněné tkáně. Tyto výsledky by měly ženy uklidnit.

Zdroj: Martyn, F. M. et al. Excisional treatments of the cervix and effect on subsequent fertility. *EJOG* [online]. 2014 [cit. 23. 05. 2021].

Tabulka 16 Zahraniční studie č. 7

Autor	Acharya, G. et al.
Název	Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure for the management of cervical intraepithelial neoplasia
Klíčová slova	Cervical intra-epithelial neoplasia, loop electrosurgical exciton, complication
Cíl	Účelem této studie bylo vyhodnotit, zda LEEP ovlivňuje výsledek těhotenství po 20 týdnech těhotenství.
Země a datum vzniku	Norsko, 24. května 2005
Metodologie	Kohortní studie
Respondenti	Ženy, které měly LEEP biopsií potvrzené cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN) v období od prosince 1995 do prosince 2000 a následně porodily (po 20 týdnech těhotenství) ve Fakultní nemocnici v severním Norsku.
Výsledky	Z celkového počtu 428 žen v reprodukčním věku, které během studovaného období podstoupily LEEP, 89 otěhotnělo. Byly analyzovány údaje od 79 žen, jejichž těhotenství pokračovalo déle než 20 týdnů a 158 shodných kontrol. Průměrný věk v době LEEP byl 27 (rozmezí 19-36) let. Histologická diagnóza byla normální u 3 (3,8%), CIN1 u 5 (6,3%), CIN2 u 18 (22,8%) a CIN3 u 53 (67,1%) případů. Celkově průměrná gestace při porodu (38,3 vs. 39,1 týdně), průměrná porodní hmotnost (3 412 vs. 3 563 g), prevalence předčasného porodu (11,4% vs. 10,8%) a nízká porodní hmotnost (10,1 vs. 5,1%) nebyly významně odlišné mezi případy a kontrolní skupinou. Ale při konizaci do hloubky (25 mm), riziko předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti bylo významně vyšší než u kontrolní skupiny. Těhotenské komplikace se vyskytovaly častěji (20 vs. 7) mezi případy než u kontrolní skupiny.
Závěr	LEEP u žen s CIN významně nezvýšilo riziko nízké porodní hmotnosti nebo předčasného porodu v následném těhotenství ve srovnání s jejich kontrolní skupinou. Kromě případů, kdy byla velikost elektrochirurgické smyčky relativně velká. Po LEEP do hloubky však byla prevalence těhotenských

	komplikací významně vyšší.
--	----------------------------

Zdroj: Acharya, G. et al. Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure for the management of cervical intraepithelial neoplasia. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [online]. 2005 [cit. 23. 05. 2021].

Tabulka 17 Zahraniční studie č. 8

Autor	Gatta, L. et al.
Název	Pregnancy outcomes following cervical conization or loop electrosurgical excision procedures
Klíčová slova	Cervix uteri, conization, electrosurgery, pregnancy, pregnancy complications
Cíl	Provést přehled porodnických komplikací po excizních výkonech u cervikální dysplázie u žen v reprodukčním věku.
Země a datum vzniku	USA, 28. srpna 2017
Metodologie	Evidence-based review
Respondenti	7 metaanalýz kohortních studií z let 1993 až 2016
Výsledky	Přestože údaje naznačují souvislost mezi procedurami excize a předčasným porodem, výběr kontrolní skupiny může relativní riziko buď nadhodnocovat, nebo podceňovat. Nedávná data navíc naznačují, že hloubka excize větší než 10 až 12 mm je spojena se zvýšením rizika předčasného porodu.
Závěr	Ženy s cervikální dysplázií mají zvýšené výchozí riziko předčasného porodu a chirurgická excize přináší další riziko. U Těhotných pacientek s pokročilou cervikální dysplázií nebo s anamnézou chirurgické excize by měly být považovány těhotenství za vysoce riziková.

Zdroj: Gatta, L. et al. Pregnancy outcomes following cervical conization or loop electrosurgical excision procedures. *Obstetrics and gynecology* [online]. 2017 [cit. 27. 05. 2021].

Tabulka 18 Zahraniční studie č. 9

Autor	Bjorge, T. et al.
Název	Adverse pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia
Klíčová slova	Abortion, cervical intraepithelial neoplasia, conization, electrosurgery, pregnancy, pregnancy complications, premature birth
Cíl	Prozkoumat souvislosti mezi specifickou léčbou intraepiteliálních nebo časně invazivních cervikálních lézí a nepříznivými výsledky těhotenství.
Země a datum vzniku	Norsko, 1. prosince 2016
Metodologie	Kohortní studie
Respondenti	Byly zahrnuty všechny ženy, které byly po konizaci jednou těhotné, v Norsku v letech 1998–2014. Bylo 9 554 žen, které podstoupily konizaci a otěhotnělo.
Výsledky	Existovala významná souvislost mezi předčasným porodem a předchozí léčbou cervikálních lézí celkově (9,7 ve srovnání s 5,3%). Nejsilnější asociace byly pozorovány u skalpelu (13 ve srovnání s 5,3%) a laserové konizace (12 ve srovnání s 5,3%). Riziko předčasného porodu roste, pokud byla žena těhotná již dříve a rostla s množstvím vyříznuté tkáně. Existovala také souvislost se zvýšeným rizikem spontánního potratu (0,5 ve srovnání s 0,2%) a největší asociace byly pozorovány u laserové konizace (0,6 ve srovnání s 0,2%) a smyčkovou elektrochirurgickou excizní procedurou LEEP (0,4 ve srovnání s 0,2%).
Závěr	Léčba hlavními procedurami excize, včetně LEEP, byla spojena se zvýšeným rizikem předčasného porodu a spontánního potratu. Riziko předčasného porodu bylo nejvyšší v raném gestačním věku a u osob s největším množstvím vyříznuté tkáně. Ženy by měly být informovány o svém

	budoucím riziku nepříznivých výsledků těhotenství, zejména předčasného porodu, po excizní léčbě cervikálních lézí.
--	--

Zdroj: Borge, T. et al. Adverse pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics and gynecology* [online]. 2016 [cit. 24. 05. 2021].

Tabulka 19 Zahraniční studie č. 10

Autor	Suh-Burgmann, E. et al.
Název	Risk factors for cervical stenosis after loop electrocautery excision procedure
Klíčová slova	Electrosurgery, cervix uteri, conization
Cíl	Posoudit frekvenci a identifikovat rizikové faktory pro rozvoj cervikální stenózy po smyčkové elektrochirurgické excizi.
Země a datum vzniku	USA, 12. listopadu 2000
Metodologie	Retrospektivní studie
Respondenti	Ženy léčené smyčkovou excizí pro cervikální dysplázií v období od srpna 1996 do ledna 1998 na kolposkopické klinice v Massachusetts General Hospital. U Sto šedesát čtyři žen byla během sledování hodnocena cervikální stenóza.
Výsledky	Průměrný věk žen byl 32 let. Cervikální stenóza se vyskytla u deseti ze 164 žen (6%, 95% CI 3%, 11%). Z analyzovaných faktorů byly předchozí nezávislá excize smyčky a objem vzorku excize jedinými nezávislými prediktory stenózy.
Závěr	Cervikální stenóza korelovala s anamnézou excize smyčky a objemem odstraněné tkáně. Což naznačuje, že ženy, které podstoupily druhou excizi nebo velkou excizi, je třeba upozornit, že jejich riziko stenózy může být vyšší.

Zdroj: Suh-Burgmann, E. et al. Risk factors for cervical stenosis after loop electrocautery excision procedure. *Obstetrics and gynecology* [online]. 2000 [cit. 24. 05. 2021].

Tabulka 20 Zahraniční studie č. 11

Autor	Frey, H. A. et al.
Název	Risk of cesarean delivery after loop electrosurgical excision procedure
Klíčová slova	Cervical intraepithelial neoplasia, cesarean section, electrosurgery, pregnancy, treatment outcome
Cíl	Odhadnout, zda předchozí postup elektrochirurgické excize smyčkou (LEEP) ovlivňuje riziko porodu císařským řezem.
Země a datum vzniku	USA, 1. ledna 2013
Metodologie	Sekundární analýza multicentrické retrospektivní kohortní studie
Respondenti	Pět set devadesát osm žen s předchozím LEEP, 588 žen pouze se screeningovou cytologií a 552 žen s cervikální biopsií.
Výsledky	Po úpravě na relevantní osoby byly podobné míry císařského řezu pozorovány u žen s předchozím LEEP (31,6%). Stejně tak nebyly nalezeny žádné rozdíly v míře císařského řezu, když byly ženy s předchozím LEEP srovnávány s těmi, které měly předchozí punch biopsii (29,0%). U žen, které podstoupily císařský řez, byla zástava porodu indikací císařského řezu u obdobného podílu žen ve skupinách.
Závěr	LEEP neovlivňuje způsob porodu v následujícím těhotenství.

Zdroj: Frey, H. A. et al. Risk of cesarean delivery after loop electrosurgical excision procedure. *Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2014 [cit. 20. 05. 2021].