

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO
CHIRURGICKÉ KOREKCI VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY
VNITŘNÍCH RODIDEL

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA ŠAFAŘÍKOVÁ, DiS.

Praha 2014

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO
CHIRURGICKÉ KOREKCI VROZENÉ VÝVOJOVÉ
VADY VNITŘNÍCH RODIDEL**

Bakalářská práce

VERONIKA ŠAFAŘÍKOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Leoš Teslík

Praha 2014



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Šafaříková Veronika
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacientky po chirurgické korekci vrozené
vývojové vady vnitřních rodidel

*Nursing Process for Female Patient after Surgical Correction of
Congenital Defects of the Internal Reproductive Organs*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Leoš Teslík

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala MUDr. Leoši Teslíkovi, za obětavou pomoc, cenné rady a vynikající spolupráci při vedení mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

ŠAFAŘÍKOVÁ, Veronika, DiS. *Ošetrovatelský proces u pacientky po chirurgické korekci vrozené vývojové vady vnitřních rodidel*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Leoš Teslík. Praha 2014. 64 s.

Bakalářská práce se zabývá problematikou vrozených vývojových vad vnitřních rodidel u mladých dívek a žen.

Kazuistika byla zpracována ve Fakultní nemocnici Motol na gynekologicko-porodnické klinice a v dětské gynekologické ambulanci u pacientky s hymenální atrézií. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část pojednává o vývoji pohlavních orgánů, o jejich fyziologii a patofyziologii, mechanismu a příčinách vzniku vrozených vývojových vad vnitřních rodidel, jejich rozdělení a způsoby léčby těchto vad. Dále teoretická část zahrnuje pojem a historii dětské gynekologie, důležitost vyšetření rodidel novorozence a diagnostiku těchto vad. V praktické části je zpracována kazuistika u pacientky s vrozenou vývojovou vadou hymenální atrézie metodou ošetrovatelského procesu podle Virginie A. Hendersonové. Stanovili jsme 5 ošetrovatelských diagnóz, z toho jsou 4 aktuální a 1 potenciální. U všech ošetrovatelských diagnóz se podařilo dosáhnout cíle.

Klíčová slova

Dětská gynekologie. Etiologie. Hymenální atrézie. Klinický obraz. Ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

ŠAFARÍKOVÁ, Veronika, DiS. Nursing Process for Female Patient after Surgical Correction of Congenital Defects of Internal Reproductive Organs. Medical College, ops. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: Dr. Leoš Teslík . Praha 2014. Pages 64.

The bachelor thesis deals with congenital anomalies of internal genitals of young girls and women.

Casuistry about a patient with atresia hymenalis was prepared in the Gynecology and Obstetrics Clinic and the Children's gynecological clinic of FN Motol. The thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part deals with the development of sexual organs, their physiology and pathophysiology, mechanisms and causes of congenital anomalies of internal genitals, their classification and methods of treatment of these disorders. Furthermore, the theoretical part includes the concept of a history of pediatric gynecology, the essential examination of newborn's genitals and diagnosis of these defects. The practical part analyzed the casuistry about a patient with congenital abnormalities of atresia hymenalis by means of using the nursing process according to Virginia A. Henderson's model. Five nursing diagnoses have been made and four of them are current and one of them is potential. All nursing diagnoses have managed to achieve the goal.

Keywords

Atresia hymenalis. Etiology. Children Gynecology. Nursing Diagnosis. Nursing Process. Clinical Symptoms.

OBSAH:

1	ÚVOD.....	13
2	DĚTSKÁ GYNEKOLOGIE	14
2.1	OBOR DĚTSKÉ GYNEKOLOGIE	14
2.2	HISTORIE DĚTSKÉ GYNEKOLOGIE V ČECHÁCH.....	14
2.3	PROHLÍDKA RODIDEL NOVOROZENCE.....	15
3	REPRODUKČNÍ ORGÁNY ŽENY	17
3.1	VÝVOJ ODVODNÝCH POHLAVNÍCH CEST ŽENY	17
3.2	VÝVOJ ZEVNÍCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	18
4	MENSTRUAČNÍ A OVARIÁLNÍ CYKLUS	19
4.1	MENSTRUAČNÍ CYKLUS.....	19
4.1.1	MENARCHE.....	20
4.1.2	PRIMÁRNÍ AMENOREA.....	20
4.2	OVARIÁLNÍ CYKLUS.....	20
5	VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY VNITŘNÍCH RODIDEL.....	22
5.1	PORUCHY VÝVOJE PARAMEZONEFRICKÝCH VÝVODŮ A JEJICH DERIVÁTŮ	22
5.2	PORUCHY PRŮCHODNOSTI – GYNATRÉZIE	22
5.3	HYMENÁLNÍ ATRÉZIE	24
5.4	ÚPLNÁ APLAZIE DĚLOHY A POCHVY	24
5.5	ČÁSTEČNÁ APLAZIE POCHVY PŘI VYTVOŘENÉ DĚLOZE	25
6	OPERACE VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD.....	26
6.1	OPERAČNÍ LÉČBA HYMENÁLNÍ ATRÉZIE.....	26
6.2	OPERAČNÍ LÉČBA APLAZIE (AGENEZE) POCHVY	26
6.3	OPERAČNÍ LÉČBA PŘI ČÁSTEČNÉ APLAZII POCHVY S VYTVOŘENOU DĚLOHOU	27
6.4	NEKRVAVÉ METODY K VYTVOŘENÍ NÁHRADY POCHVY	27
6.4.1	NEKRVAVÁ NEOPLASTIKA PODLE FRANKA	27
6.4.2	NEKRVAVÁ VECCHIETTIHO NEOPLASTIKA	28
6.5	KRVAVÉ METODY K VYTVOŘENÍ NÁHRADY POCHVY.....	28
6.5.1	VYTVOŘENÍ NÁHRADY POCHVY S POUŽITÍM OKLUDOVANÝCH STŘEVNÍCH KLIČEK	28
6.5.2	VYTVOŘENÍ NÁHRADY POCHVY PODLE GAMBAROVA	28
6.5.3	VYTVOŘENÍ NÁHRADY POCHVY S POUŽITÍM KOŽNÍCH ŠTĚPŮ.....	29
6.5.4	VYTVOŘENÍ NÁHRADY POCHVY PODLE WILLIAMSE	29
6.5.5	VYTVOŘENÍ NÁHRADY POCHVY PODLE VECCHIETTIHO.....	30
7	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO CHIRURGICKÉ KOREKCI VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY VNITŘNÍCH RODIDEL	31
7.1	POSOUZENÍ STAVU PACIENTA	31
7.2	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	32
7.3	NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ – DŮVOD PŘIJETÍ	33

7.4 ANAMNÉZA	33
7.4.1 GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA	34
7.4.2 GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ	35
7.5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	36
7.5.1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA	36
7.5.2 MEDIKAMENTOZNÍ LÉČBA	36
7.5.3 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	37
7.5.4 PROVEDENÍ KOLPOSTOMIE	38
7.5.5 POOPERAČNÍ PÉČE	39
7.6 KAZUISTIKA	40
8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES PODLE MODELU VIRGINIE A. HENDERSONOVÉ	41
8.1 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 10. 10. 2012	46
9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	47
9.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	48
9.2 POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	57
9.3 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE:	59
9.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	59
9.4.1 DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNOU NEBO GYNEKOLOGICKOU SESTRU	59
9.4.2 DOPORUČENÍ PRO PACIENTA	60
9.4.3 DOPORUČENÍ PRO RODINU	60
10 ZÁVĚR	61
11 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Krevní rozbor ze dne 9. 10. 2012

Tabulka 2 Výsledky močového sedimentu ze dne 9. 10. 2012

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APTT – activated partial thromboplastin time, aktivovaný částečný tromboplastinový čas

AVF – anteverse flexe, postavení dělohy

BMI – body mass index

Cl - chlór

ČGPS – Česká gynekologicko porodnická společnost

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

D: 3 – dieta číslo tři, racionální

DrSc. – doktor věd

FSH – folikulostimulační hormon

Gyn.-por. klinika

i.m. – intramuskulární podání, způsob aplikace léku do svalu

K - Kalium

M+S – vyšetření moče na moč a sediment

MUDr. – doktor medicíny, medicinae universae doctor

pH – potenciál vodíku

p.o. – perorální podání, způsob aplikace léku ústy

Prof. - profesor

RHB - rehabilitace

s.c. – subkutánní podání, způsob aplikace léku podkožně

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Abnormalita - zvláštnost
- Adenotomie - odstranění nosohltanové mandle
- Afekce - postižení
- Amenorea - nedostavení se menstruace
- Anogenitální - oblast okolo řiti a zevních pohlavních orgánů
- Anomálie - odchylka
- Anulární hymen - prstenčitý
- Aplasia vaginae - nevývin pochvy
- Aplazie – nevývin příslušného orgánu
- Atresia cervicis uteri – nevývin kanálu děložního hrdla
- Atresia hymenalis – neperforovaný hymen
- Atestace - způsobilost kvalifikovaných osob
- Atresia ani – malformace konečníku, nevyvinuté zevní ústí
- Cervikální - cervix, děložní hrdlo
- Corpus luteum - žluté tělísko
- Dehiscence - rozestup (rány)
- Diabetes mellitus - úplavice cukrová, cukrovka
- Diagnostika - proces určení diagnózy
- Diferenciace - proces vyžívání a utváření tkání
- Dilatace - rozšíření dutého orgánu
- Discize - rozříznutí, chirurgický výkon
- Embryo - zárodek jedince
- Endokrinologie - lékařský obor zabývající se studiem žláz s vnitřní sekrecí
- Endometrium - slizniční vrstva dělohy
- Epispadie - atypické vyústění močové trubice
- Estradiol - přirozený estrogen
- Estrogen - ženský pohlavní hormon
- Exantém - vyrážka, alergická reakce
- Extrophia vesicae – rozštěp přední stěny močového měchýře
- Feminizace - rozvoj sekundárních pohlavních znaků
- Fertilita - plodnost

Fibromuskulární- vazivově svalový charakter

Fimbriatní - zaostřený, jemně zubatý

Folikul- dutinka ve vaječníku, v níž dozrává vajíčko

Genitál - pohlavní orgán

Gonadotropin - hormon hypofýzy řídící činnost pohlavních žláz

Graafův folikul – zralý vaječníkový folikul

Granulace - tkáň složená z nově tvořených cév a vaziva

Gynatrézie - vrozená vývojová vada vnitřních rodidel, neprůchodnost

Hegarovy dilatátory - rovný kovový nástroj používaný k dilataci děložního hrdla

Hermafroditismus - abnormální diferenciacie a determinace pohlaví

Hematocolpos - hromadění menstruační krve ve vagíně

Hematometra - nahromadění menstruační krve v děloze

Horizontální - vodorovný

Hymen - panenská blána

Hypoechogenní - místo se slabší odezvou při ultrazvukovém vyšetření

Hypotalamus - část mozku, leží pod 3. mozkovou komorou

Hypotalamo-hypofyzární soustava – řídí funkci žláz s vnitřní sekrecí

Incipientní - počínající

Influx - vtok

Intrauterinní - nitroděložní

Ischemie - místní nedokrevnost tkání nebo orgánů

Karyotyp - soubor všech chromozomů v buněčném jádře

Kaudální - koncový

Klitoris - poštváček

Kloaka - embryonální dutý útvar na kaudálním konci zárodka vystlaný entodermem

Kocherovy kleště

Kolpostomie - operační řešení u parciální aplázie pochvy

Kontrakce - stah, smršťování

Kraniální - lebeční, směřující vzhůru

Kurativní - léčebný

Kryptomenorea - zadržení menstruační krve v důsledku gynatrézie

Labia - stydké pysky

Laparoskopie - optická vyšetřovací metoda dutiny břišní a jejích orgánů

Laterální - táhnoucí se směrem k pravé nebo levé straně těla

Ligamentum latum uteri – široký děložní vaz mezi dělohou a boční stěnou pánve

Lividně zbarvená - nafialovělá

Lumen pochvy - buněčná dutina pochvy

Menarché - první menstruace

Mezenchym - zárodečná tkáň, ze které se v organismu vytváří pojivo, svalstvo a cévy

Modifikace - obměna, přizpůsobení

Monografie - rozsáhlá odborná publikace věnovaná jednomu tématu

Nejdistálnější - nejokrajovější, vzdálený od středu těla

Neoplastika - metoda vytvoření náhrady pochvy

Neovagina – nově vytvořená pochva

Neperforovaný - neprotržený

Normokardie - fyziologický pulz

Normotenze - fyziologický tlak

Normotermie - fyziologická tělesná teplota

Ovulace - uvolnění zdravého vajíčka schopného oplodnění z vaječníku

Palpace - vyšetření pohmatem

Paradoxní ischurie - odkapávání moče z přeplněného močového měchýře

Per primam - ideální, prvotní hojení rány

Per rectum - vyšetření konečníkem

Peritoneum - pobříšnice

Per vias naturales - porod přirozenou cestou

Píštěl - abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem

Preputium clitoridis - předkožka klitorisu

Progesteron - ženský pohlavní steroidní hormon, podílí se na přípravě a udržení těhotenství

Proliferace - bujení, novotvoření, chorobný růst tkáně

Regenerace - uvedení do původního stavu

Regulace - úprava, řízení

Reprodukce - rozmnožení

Retence - zadržetí

Rete ovarii - vaječnicková síť

Sagitální - rovnoběžný se střední rovinou těla, předozadní

Sekrece - vyměšování

Septum - přepážka

Sinus - dutina

Specula - gynekologické zrcadlo

Subperitoneální – prostor v malé pánvi pod pobřišnicí

Suprapubicky - nad sponu stydkou, symfýzou

Symptomatologie - nauka o příznacích nemoci

Transversální - příčný, průřezový

Tuba uterina - vejcovod

Ureter - močovod

Uretra - močová trubice

Vaginoskop - nástroj pro endoskopické vyšetření pochvy, zejména v dětské gynekologii

Ventrálně - vepředu

Vestibulum vaginae - poševní předsíň

Vizualizace - náhled, zobrazení

Vulva - ženské zevní pohlavní ústrojí

(Otův slovník naučná III, 200), (HUGO, 2011), (HOLUBOVÁ, 2005).

1 ÚVOD

Vrozené vývojové vady pohlavních orgánů ženy tvoří podstatnou část oboru gynekologie dětí a dospívajících, ale i žen dospělých vzhledem k následným sexuálním a reprodukčním funkcím. Některé vady, které jsou méně závažné, mohou být jen drobným kosmetickým defektem. Vážnější vady mohou ohrožovat zdraví pacientky, či zcela znemožnit otěhotnění, donošení a porození životaschopného plodu.

Pro bakalářskou práci jsme si zvolili pacientku s diagnózou atresia hymenalis, tedy s nejčastější vrozenou vývojovou vadou vnitřních rodidel, kdy je neprůchodný hymen. Téma práce jsme si zvolili v době, kdy jsem praktikovala na Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice Motol. Během své odborné praxe jsem měla možnost pracovat jeden měsíc na lůžkovém gynekologicko-porodnickém oddělení a navštěvovala jsem také ambulanci dětské gynekologie. Zde jsem viděla několik pacientek, u kterých byla vrozená vývojová vada nově diagnostikována a následně léčena, ale i ty pacientky, které léčbu podstoupily již dříve.

Bakalářská práce obsahuje charakteristiku vrozených vývojových vad, mechanismus vzniku, jejich dělení a chirurgickou korekci. Dále vypracování ošetrovatelského procesu u konkrétní pacientky se zaměřením na nejčastější zjištěné ošetrovatelské diagnózy.

Cílem práce je přiblížit toto téma laikům, tak i odborné veřejnosti, a seznámit je s touto problematikou v rozsahu popisované anatomie a fyziologie.

2 DĚTSKÁ GYNEKOLOGIE

2.1 Obor dětské gynekologie

Zaměření dětské gynekologie je nejen kurativní, ale především preventivní. Zaměřuje se na sledování dívek během jejich pohlavního dozrávání, aktivně vyhledává odchylky a jejich včasnou léčbou se snaží předcházet poruchám funkce rodidel u dospělé ženy. Dětská gynekologie je tedy rozšířením klasické gynekologie tak, aby pokrývala péči o ženu od narození a nebyla omezena jen na věk fertility a senia.

Dětskou gynekologií se zabývají gynekologové, nikoli pediatři. Od gynekologie dospělých žen se liší jak ve fyziologii a patologii rodidel, tak i ve způsobu vyšetřování, ošetřování a léčení. Dětské gynekologii se nemůže věnovat každý gynekolog, aniž by byl speciálně vyškolen a zacvičen. V plánu studia a v podmínkách k získání této atestace je kladen důraz na orientaci v hraničních oborech, s nimiž má dětská gynekologie společnou problematiku. Tyto obory jsou pediatrie, endokrinologie, urologie, neurologie, plastická chirurgie, onkologie, dětská chirurgie a další. Dětská gynekologie má u nás svou tradici a v dnešní době je dobře a dostatečně rozšířena po celém území České republiky. K prvnímu podezření na gynekologické onemocnění dítěte nebo dospívající dívky dochází většinou při kontaktu s dětským lékařem. Tento fakt je dán systémem léčebně preventivní péče a tím, že rodiče jsou zvyklí při každém onemocnění dítěte hledat pomoc u dětského lékaře dříve než u specialisty. Proto i dětský lékař musí být seznámen se základní symptomatologií gynekologických onemocnění. (HOŘEJŠÍ, 1990).

2.2 Historie dětské gynekologie v Čechách

Zakladatelem dětské gynekologie v Čechách byl prof. MUDr. Rudolf Peter (*1900 - +1966). Pan profesor své četné klinické zkušenosti spojené s dobrou spoluprací s dětskými lékaři využil při založení první samostatné ambulance pro dětskou gynekologii. Tu otevřel v září roku 1940 v tehdejší nalezinci v České dětské nemocnici v Praze 2. Tato ambulance byla první na světě. Roku 1966 v Lipsku vydal

profesor Peter ve spolupráci s doc. MUDr. Karlem Veselým, DrSc. první monografii dětské gynekologie, která byla vydána v německém jazyku pod názvem Kindergynakologie. První a zatím jedinou českou publikaci Dětská gynekologie napsal a vydal prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc. roku 1990. Profesor Hořejší je nyní předsedou Sekce gynekologie dětí a dospívajících ČGPS a předseda České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP. (ROZTOČIL, 2011).

2.3 Prohlídka rodidel novorozence

Ihned po narození děvčátka je důležitou částí pediatrického vyšetření prohlídka rodidel novorozence. Tato prohlídka má charakter preventivního opatření, protože může odhalit anomálie vyžadující okamžité řešení, ale především díky ní určíme směr dalšího opatření pro zachování a zlepšení zdraví a fertility. U dívek hodnotíme vzhled genitálu, možnou přítomnost vývojových anomálií, známky zánětlivých afekcí v oblasti vulvy a přítomnost výtoku.

Normální novorozenecká rodidla jsou pod vlivem matčiných hormonů. Jsou lividně zbarvená, prosáklá a zduřelá. Mezi rozestouplými velkými labii jsou malá labia, sbíhající se k prepuciu klitoris. U novorozence je zejména nápadný hymen, který je značně zduřelý a téměř vyplňuje vestibulum vaginae.

Novorozenecká rodidla jsou pokryta hlenem, což je nejvíce patrné až za několik dní po porodu. Hlen pochází ze žlázek děložního hrdla jako projev estrogenizace. Hlen u novorozence je zcela fyziologický a svědčí o průchodnosti hrdla, pochvy a hymenu. Nepřítomnost hlenu v rodidlech vzbuzuje podezření na vrozenou vývojovou vadu, nejčastěji různou formu gynatrezie. Tento fakt nesmí pozornému lékaři uniknout.

Její řešení se časuje do období puberty po zahájení menstruačního krvácení. Je ale vhodné, aby byla dívka sledována ve specializované ambulanci dětské a dorostové gynekologie.

Stane-li se, že tento fakt lékař přehlédne, je gynatrezie diagnostikována obvykle až tehdy, když se v pubertě vytvoří hematokolpos či hematometra.

Ihned po porodu se prohlídkou novorozence dají diagnostikovat různé vrozené vady, které zpochybňují pohlavní zařazení dítěte (např. hermafroditismy a pseudohermafroditismy).

Zároveň se s vrozenými vývojovými vadami mohou vyskytovat anomálie močových cest a anomálie ve vyústění střeva. Mezi přidružené vrozené vývojové vady močových cest mohou patřit epispadie, vyústění uretry do urogenitálního sinusu a extrophia vesicae. Jako anomálie ve vyústění střeva se objevují sinus vestibularis, sinus perinealis, sinus vaginalis, atresia ani. (HOŘEJŠÍ, 1990), (SEDLÁŘOVÁ, 2008).

3 REPRODUKČNÍ ORGÁNY ŽENY

3.1 Vývoj odvodných pohlavních cest ženy

Vývoj odvodných pohlavních cest, tj. vejcovodů, dělohy a pochvy, souvisí s diferenciací mezonefrických (Wolffových) vývodů, a paramezonefrických (Müllerových) vývodů.

V šestém týdnu embryonálního vývoje se začíná laterálně od Wolffova vývodu vyvíjet Müllerův vývod. Vzniká vrůstáním célomového epitelu laterální strany urogenitální lišty – plicaurogenitalis. Zpočátku tvoří solidní provazec, který se postupně mění do podoby kanálku. Ductus Mülleri probíhá nejprve ventrolaterálně od ductus Wolffii. Při vstupu do malé pánve kříží ductus Wolffii ventrálně. V průběhu vývoje obvykle zcela zanikne rete ovarii a také většina ductus Wolffii. Nejdistančnější část Wolffova vývodu se podílí na vývoji části ureteru, močového měchýře a uretry.

U ženy tvoří základ vývodných pohlavních cest ductus Mülleri. Na počátku lze na něm rozlišit tři části. První částí je kranální vertikální část, která je otevřená do břišní dutiny. Druhá část je horizontální, která kříží Wolffův vývod a další je kaudální vertikální část, která se spojuje s vývodem druhé strany. Z prvních dvou částí vzniká v období sestupu ovaria tuba uterina a kaudální spojené části vytvářejí canalis uterovaginalis.

U ženských embryí se na vytvoření základu dělohy účastní epitel paramezonefrických vývodů a mezenchym doprovázející paramezonefrické i mezonefrické vývody.

Základ pochvy tvoří epitel splynulých Müllerových vývodů a epitel urogenitálního sinusu. Kolem epitelu poševní části uterovaginálního kanálu se vytvoří ploténka pochvy z mnohvrstevnatého epitelu. V oblasti celé poševní ploténky epitel paramezonefrických vývodů zaniká. Lumen pochvy se tvoří dehiscencí vnitřních vrstev epitelu vaginální ploténky. Fibromuskulární část pochvy je odvozena pouze od mezenchymu doprovázející paramezonefrické vývody. (ROB, 2008), (SADLER, 2010), (HOŘEJŠÍ, 1990).

3.2 Vývoj zevních pohlavních orgánů

Základy pro vývoj zevních pohlavních orgánů vznikají z útvarů uložených kolem kloakální membrány a genitálního hrbolku.

Kloakální membrána je růstem septum urorectale rozdělena na membrana sinus analis a na membrana sinus urogenitalis. Laterálně od genitálního hrbolku se objevují kožní valy označované jako labioskrotální zduření. Rozpad genitální membrány otevírá ústí urogenitálního sinus. Po otevření urogenitálního sinus derivát genitálního hrbolku uložený nad ústím urogenitálního sinus se označuje termínem phallus.

Feminizace zevního genitálu a odvodných pohlavních cest probíhá spontánně. Falus se mění na klitoris, okraje uretrální ploténky v malé stydké pysky a z labioskrotálních zduření se tvoří velké stydké pysky. Vestibulum vaginae vzniká v závislosti na sagitálním prodloužení anogenitální vzdálenosti v důsledku vývoje pochvy. (ROB, 2008), (HOŘEJŠÍ, 1990).

4 MENSTRUAČNÍ A OVARIÁLNÍ CYKLUS

4.1 Menstruační cyklus

Menstruační cyklus je víceméně pravidelné menstruační krvácení, které je následkem cyklických změn v ovariu a je řízeno hypotalamo-hypofyzární soustavou. Hypotalamus dozrává pozvolna v pubertě.

Menstruace je proces, při němž děložní sliznice prodělává pravidelné změny opakující se každých 28 dní, případně kolísá z rozmezí mezi 24-32 dnů. Zahrnuje čtyři na sebe navazující fáze: menstruační, proliferační, sekreční a ischemickou. Popudy pro ovulaci nejsou od menarche ihned pravidelné. (Příloha C).

Účelem menstruačního cyklu je připravit v ženském organismu podmínky potřebné k reprodukci člověka. Dominantní roli v regulaci menstruačního cyklu má ovarium a časovou koordinaci zajišťují vyvíjející se folikuly a v nich obsažené zárodečné buňky.

Menstruační krev je nesrážlivá, smíšená s hlenovitým obsahem endometrálních žlázek, s částmi rozpadající se děložní sliznice a cervikálním hlenem. Průměrné ztráty menstruační krve se pohybují v rozmezí 50-150 ml krve a obsahují enzym plazmin tlumící jejich srážlivost.

Nedojde-li k oplození vajíčka, začíná každý cyklus menstruační fází. Dochází v ní k odloučení zničené děložní sliznice formou krvácení z pochvy. Začíná prvním dnem od objevení krvácení a trvá 3-5 dní.

Po ukončení menstruace dochází k regeneraci a růstu děložní sliznice pod vlivem estrogenů vznikajících v dozrávajícím Graafově folikulu. Tato fáze se nazývá proliferační a trvá 5. - 12. den od začátku cyklu.

Ve třetí, sekreční fázi, pokračuje zvětšování a překrvení dělohy, sliznice dosahuje tloušťky až 5 mm. Kromě estrogenů působí po ovulaci na sliznici také progesteron žlutého tělíska. Sekreční fáze trvá od 12. – 27. dne cyklu.

V případě, že nedošlo k oplození vajíčka, začíná fáze ischemická, v níž prudce klesá produkce pohlavních hormonů. Nízká hladina hormonů vyvolá kontrakci svaloviny cév a zastavuje přívod krve s živinami a kyslíkem k buňkám děložní sliznice, které začínají odumírat. Poslední, ischemická fáze menstruačního cyklu, trvá přibližně

24 hodin. Po jejím skončení dochází k odlučování odumřelých zbytků sliznice a opět nastává fáze menstruační. (ROB, 2008), (KOLAŘÍK, 2008).

4.1.1 Menarche

V naší populaci nastupuje první menstruace v průměru ve věku 12,5 roku. Za fyziologické rozmezí se považuje interval od 10 do 15 let. Nedostane-li dívka první menstruaci do dovršení věku 15 let, jedná se o primární amenoreu.

Menarche je projevem zvyšování hladiny estrogenů natolik, že dokáže stimulovat proliferaci endometria. Primární funkcí hormonálních změn v pubertě je dosažení schopnosti vytvořit zralou pohlavní buňku.

Zpočátku jsou menstruační cykly nepravidelné a často během nich nedochází k ovulaci, protože mu nepředchází kompletní cyklus na ovariu a na děložní sliznici. Různá může být i délka a síla menstruačního krvácení.

Menstruační cykly by se měly postupně ustálit na frekvenci asi 28 dní, z čehož krvácení by mělo trvat průměrně 3 - 4 dny. (ROB, 2008), (LEIFER, 1999).

4.1.2 Primární amenorea

Za horní hranici doby nástupu první menstruace je považován 15. rok věku. Každá dívka přicházející s podezřením na poruchu pohlavního vývoje by měla být pečlivě vyšetřena.

Kryptomenorea znamená přítomnost menstruačního krvácení, ale nemožnost odtoku krve v důsledku anatomické překážky. Touto překážkou může být neperforovaný hymen, transversální vaginální septum, abnormality vývoje Mülleroва vývodu a syndrom Rokitanského-Kusterův. (HEHLMANN, 2007), (KOLAŘÍK, 2008).

4.2 Ovariální cyklus

Již během intrauterinního života ženy obsahuje vaječník vajíčka. Po porodu už nevznikají další vajíčka, pouze postupně zanikají. Celá struktura vajíčka, která je obklopena vrstvou buněk se nazývá folikul. (Příloha C).

Na počátku cyklu začne skupina folikulů autonomně růst. Růst je brzy stimulován gonadotropiny, především folikuly stimulujícího hormonu (FSH). Buňky, které obklopují vajíčko, přibývají a postupně se diferencují na dvě vrstvy. Buňky tvoří

pod vlivem gonadotropinů estrogeny, především estradiol. Čím větší je folikul, tím více estradiolu tvoří.

Mezi estradiolem a gonadotropinem je negativní vztah zpětné vazby. Čím více se tvoří estradiolu, tím méně se tvoří gonadotropinů. Folikuly stimulující hormon působí na buňky folikulu prostřednictvím receptorů. Čím více receptorů folikul vytvoří, tím více FSH získá.

Jen jediný folikul dospívá do závěrečného stádia. Dosahuje velikosti kolem 2 cm a tvoří dutinu vyplněnou tekutinou. Tento folikul nazýváme Graafův folikul. Graafův folikul tvoří nadměrné množství estradiolu.

Když dosáhne hladina estradiolu určité kritické hodnoty a zůstane v ní dostatečně dlouho, dochází k přesmyku negativní zpětné vazby s gonadotropiny na pozitivní zpětnou vazbu. Náhle se vyplaví vysoké množství gonadotropinů. Tento fakt je bezprostřední podnět pro rupturu Graafova folikulu a uvolnění vajíčka. Tento děj nazýváme ovulace.

Ovulační Graafův folikul zanikne a sníží se hladina estradiolu. Do buněk rozpadlého folikulu se ukládá tuk a vzniká corpus luteum – žluté tělísko. Žluté tělísko dále produkuje estradiol, jehož hladina opět stoupne. Současně se začíná tvořit progesteron.

V případě, že nedošlo k oplodnění, žije žluté tělísko asi 14 dní a poté zaniká. Současně klesá hladina estradiolu i progesteronu. V této době již začíná růst další folikul a celý proces se opakuje. (ROZTOČIL, 2011).

5 VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY VNITŘNÍCH RODIDEL

Vývoj rodidel je složitý proces geneticky podmíněným formováním pohlavní žlázy a vznikem, vývojem a zanikáním mezonefrických a paramezonefrických vývodů.

Některé vývojové vady jsou tak nápadné, že se dají zjistit a diagnostikovat již u novorozence, jiné se objeví až při vyšetřování pro poruchy růstu či jiné somatické anomálie, další se projeví až v pubertě a některé se odhalí až při pátrání po poruchách plodnosti u dospělé ženy. Podobně se i léčení vrozených vývojových vad provádí v různých etapách života ženy. (ROB, 2008).

5.1 Poruchy vývoje paramezonefrických vývodů a jejich derivátů

Dělíme je na poruchy průchodnosti, poruchy splývání a kombinované poruchy. Nevývin Müllerových vývodů, může být jednostranný nebo oboustranný.

Při jednostranném nevývinu je primární vadou porucha pronefrických nefronů v krční oblasti. Tato porucha je příčinou malformací na krčních obratlech a nevytvoření primárního ureteru (Wolffova vývodu). Wolffův vývod je vodící strukturou pro Müllerův vývod, takže v případě aplazie Wolffova vývodu chybí na příslušné straně i vývod Müllerův. Jednostranný nevývin se tedy vyznačuje chyběním Müllerova vývodu a aplazií ledviny na příslušné straně.

Oboustranný nevývin paramezonefrických vývodů je příčinou aplazie obou vejcovodů, dělohy a horní části pochvy. Pochva je krátká, slepě zakončená. Tento stav se označuje jako syndrom Rokitanského-Kusterův. Při tomto syndromu jsou ovaria normální, zevní genitál je také normální, ženský karyotyp 46 XX. (ROB, 2008, WEISS, 2010).

5.2 Poruchy průchodnosti – gynatrémie

Poruchy průchodnosti rodidel vznikají z důvodu defektu kanalizace, nebo nenapojením derivátu Müllerových vývodů na kloaku, anebo částečnou atrézií jejich derivátů. (Příloha D)

První podezření na gynatrézii by mělo být již při prohlídce rodidel novorozence. Vlivem mateřských estrogenů děložní hrdlo u novorozence secernuje vazký hlen, který vytéká pochvou a otvorem v hymenu, takže ho lze na vulvě vidět. Absence hlenu na rodidlech novorozence naopak signalizuje gynatrézii. Tento fakt by měl být zaznamenán v pediatrické dokumentaci, aby se v pubertě mohlo po této vadě aktivně pátrat. Definitivní diagnostika a řešení spadají až do doby pohlavního dospívání.

Nejčastější vadou je atresia hymenalis – neprůchodnost hymenu. V hymenu chybí přirozený otvor, takže v pubertě nemůže z rodidel vytékat hlen (vzniká mucocolpos) a po menarche ani menstruační krev (haematocolpos).

Další poruchou průchodnosti je atresia retrohymenalis, která vzniká poruchou napojení „müllerovské“ části pochvy na kloaku.

Aplasia partis distalis vaginae je částečné nevyvinutí pochvy, které se projeví vznikem haematocolpos partialis. Diagnostické rozlišení je možné až v pubertě po vytvoření retence. Správná diagnostika je důležitá pro způsob operačního léčení.

Atresia cervicis uteri je příčinou hematometry při stavu normální pochvy. Je to vzácná vada, která se vyřeší operačním vytvořením nebo zprůchodněním kanálu děložního hrdla.

Úplné chybění pochvy – aplasia vaginae je zpravidla sdružena i s aplazií děložního hrdla při normální konfiguraci děložního těla. Diferenciální diagnostika přichází v úvahu až po vytvořené retenci. Proto se i operační řešení provádí zásadně až při prvních známkách retence.

Haematocolpos partialis, parciální hematokolpos vzniká při retenci menstruační krve v horní části pochvy při parciální aplazii pochvy. Oproti haematocolpos se liší tím, že nedosahuje až ke hrázi a nevyklenuje se. Metodou volby pro diferenciální diagnostiku je ultrazvukové vyšetření.

Haematometra je nejčastější komplikací trvající retence při již vzniklé haematocolpos. Při aplazii pochvy se tento stav může objevovat i samostatně. (ROB, 2008), (ROZTOČIL, 2011).

5.3 Hymenální atrézie

Atresia hymenalis je nejméně závažná forma gynatrémie, která je ze všech nejčastější. Hymen nemá žádný otvor a je kožovitě pevný. Při menarche nemůže menstruační krev odtékat navenek – kryptomenorea a hromadí se v pochvě – vzniká hematokolpos.

Sekundární pohlavní znaky jsou dobře vyvinuté, ale dospívající dívka neměla nikdy menstruaci. Stěžuje si na nepravidelně se opakující bolesti v podbříšku, které jsou měsíc od měsíce silnější. Zvětšuje se podbříšek, v pánvi a v dolní polovině břicha vyhmatáme ovoidní cystickou resistenci (hematokolpos, případně i hematometra), která dosahuje až ke hrázi a při tlaku ji vyklenuje prosvítajícím lividním obsahem. (Příloha E).

Stav může být komplikován vznikem hematosalpingů, akutní retencí moči, případně i paradoxní ischurií.

Operační řešení spočívá v discizi hymenu a následném vytvoření dostatečně širokého otvoru pro komunikaci a další péči o jeho trvalou propustnost. (HOŘEJŠÍ, 1990), (ROZTOČIL, 2011).

5.4 Úplná aplazie dělohy a pochvy

Je nejzávažnějším defektem vývoje Müllerových vývodů. Tato porucha je známa jako syndrom Rokitanského-Kusterův (někdy též ještě Mayerův-Hauserův). (Příloha F, Příloha G).

Frekvence této poruchy vývoje se odhaduje na 1 postižení na 5 000 až 80 000 žen. Názory na vznik syndromu nejsou jednotné, pravděpodobně jde spíše o náhodné poškození vývoje dolní části Müllerových vývodů.

Pacientka je normálně vyvinutá žena s funkčními vaječníky, k lékaři přijde zpravidla pro primární amenoreu při dobrém rozvoji sekundárních pohlavních znaků.

Při vyšetření zjistíme normálně vyhlížející zevní rodidla s neprůchodnou hymenální krajinou. Palpací per rectum ani ultrazvukem nenalezneme dělohu. Při ultrazvukovém vyšetření zjistíme, že v centru pánve není nic, nebo že je tam jediný či zdvojený maličký rudiment dělohy. Laparoskopie je pro diagnózu zbytečná, vizualizaci vnitřních rodidel laparoskopií se provádí až při operační léčbě Vecchiettiho

neoplastikou pochvy. V centru pánve nalezneme příčnou řasu, jakési prázdné ligamentum latum uteri, ze kterého laterálně směřují drobnější vejcovody, pod nimi visí zcela normální ovaria.

Postižená nebude nikdy menstruat, neotěhotní a do provedení operační korekce nemůže mít pohlavní styk. (ROB, 2008), (HOŘEJŠÍ, 1990).

5.5 Částečná aplazie pochvy při vytvoření děloze

Jedná se o aplazii distální části pochvy, která vzniká z urogenitálního sinusu. Část pochvy původem z Müllerových vývodů a také děloha a vejcovody jsou vytvořeny.

Mechanismus vzniku této vady je pravděpodobně z nenapojení Müllerových vývodů na urogenitální sinus v místě Müllerových hrbolků.

Klinickým obrazem se velmi podobá hymenální atrezii. Při rektálním vyšetřením lze nahmatat, že dolní část cystické rezistence v pánvi nedosahuje až k zevním rodidlům, ale jen do hloubky asi 2 až 4 cm od úrovně slepého poševního vchodu. Ani extrémně velká hematokolpos-hematometra v tomto případě nedosahuje k zevním rodidlům tak, aby je vyklenovala. (HOŘEJŠÍ, 1990).

6 OPERACE VROZENÝCH VÝVOJOVÝCH VAD

6.1 Operační léčba hymenální atrezie

Operace hymenální atrezie se provádí v období pohlavního dospívání při vzniku retence menstruační krve – hematokolpos. Pokud byla hymenální atrezie diagnostikována již při prohlídce rodidel novorozence – mukokolpos, výkon v tomto období se provádí jen při vzniku sekundární retence moči. (Příloha D).

Operační řešení této vady spočívá v široké discizi hymenu, evakuaci retinovaného obsahu v pochvě s dočasným zavedením drénu do pochvy, aby se otvor v hymenu nezužoval. Tím zajistíme normální odchod menstruační krve z rodidel.

Dívky po operační korekci hymenální atrezie nemají problémy s pohlavním stykem ani v budoucnu s porodem- mohou rodit per vias naturales. (Poznámky z praxe), (ROZTOČIL, 2011).

6.2 Operační léčba aplazie (ageneze) pochvy

Ageneze pochvy bývá často sdružená s agenezí dělohy a často i s vývodnými anomáliemi odvodných močových cest. U aplazie dělohy a pochvě má operátor za úkol vytvořit náhradu pochvy, neovaginu, která umožní pohlavní styk. Při agenezi pochvy s normálně vyvinutou dělohou, ve které se v pubertě hromadí menstruační krev, má operací vytvořená neovagina navíc zajišťovat odtok menstruační krve.

Principem je pro všechny metody vytvořit prostor pro pochvu v urorektálním prostoru a zprostředkovat jeho vystlání epitelem. Pro operační řešení takzvané neoplastiky pochvy byla popsána a prováděna celá řada operací, které se lišily různými metodami dosahující epitelizace.

Mezi obsoletní metody řadíme epitelizaci volným přerůstáním epitelu z okolí, přenesením volného kožního štěpu, tenkým nebo i tlustým střevem, peritoneem nebo amniiovými blanami.

Nejlepší a nejrychlejší výsledky a nejmenší operační rizika má neoplastika podle Vecchiettiho, která je prováděna laparoskopicky a umožňuje dilataci urorektálního prostoru. (MACKŮ, 1995), (ROB, 2008).

6.3 Operační léčba při částečné aplazii pochvy s vytvořenou dělohou

Operační řešení parciální aplázie distálního úseku pochvy spočívá v provedení kolpostomie, kdy je kaudální část pochvy po evakuaci retence cirkulárně vyšita k zevním rodidlům. Tím je umožněna derivace menstruační krve.

Před zahájením pohlavního života zpravidla bývá nutná dilatace distálního úseku pochvy. Těhotenství po kolpostomii je ukončováno plánovaným císařským řezem. (Poznámky z praxe)

6.4 Nekrvavé metody k vytvoření náhrady pochvy

Dilatační metodou se podaří téměř u 50 % postižených žen vytvořit kopulační prostor, který dostatečně slouží k pohlavnímu styku.

Někdy není tento způsob léčby úspěšný anebo se ani nezkouší. Je to například v případech, kdy anatomické poměry vylučují dilatační léčbu. Pokusy o dilataci by mohly vést k dilataci nebo jinému poškození uretry. (MACKŮ, 1995).

6.4.1 Nekrvavá neoplastika podle Franka

Postup navržený Frankem je ojedinělá metoda nekrvavého vytvoření kopulačního chobotu, která je vhodná zejména tehdy, kdy je v místě poševního vchodu zřetelně vyznačeno prohloubení či dokonce krátký slepý chobot.

Tlakem Hegarových dilatátorů v místě jamky poševního vchodu na septum uretero-veziko-rektální se postupně prohlubuje dostatečně prostorný chobot. Dilatace nejdříve provádí lékař, později sama pacientka po dobu 6-9 měsíců.

Modifikací této metody je „dilatační stolička“ podle Uzla. Stolička se podobá sedlu jízdního kola, do kterého je vsazen dilatační fantom, jehož délka se dá plynule měnit šroubem. Žena si postup dilatace řídí sama. (MACKŮ, 1995).

6.4.2 Nekrvavá Vecchiettiho neoplastika

Vecchietti doporučuje použít u žen, které mají v místě poševního vchodu prohloubení o délce které je alespoň 3,5 cm dilataci speciálně konstruovanou protézou s pérem, která působí pružným tlakem na zaoblený konec přístroje. Protéza se ženě vkládá na noc. (MACKŮ, 1995).

6.5 Krvavé metody k vytvoření náhrady pochvy

Operační metody, používané k vytvoření náhrady pochvy, prošly od prvních pokusů na začátku 19. století do dnešní doby několika etapami vývoje. Všechny etapy mají společnou první fázi operace, kterou je rozpreparování vazivového septa mezi rektum vzadu, uretrou a močovým měchýřem vpředu.

6.5.1 Vytvoření náhrady pochvy s použitím okludovaných střevních kliček

Tyto metody se vyvíjely od začátku tohoto století. V roce 1904 Baldwin vtáhl do vytvořeného chobotu úsek tenkého střeva. Resekoval z dolní části ilea kličku o délce 15-20 cm a přemístil ji do rozpreparovaného prostoru mezi močovým měchýřem a konečníkem.

Tlusté střevo použil k tomuto účelu Popov roku 1910, později Schubert, který použil kličky sigmoidea.

Tyto výkony byly technicky náročné, zatížené vysokou mortalitou a ani následný efekt nebyl vždy uspokojivý. Přesto jsou podle literárních zpráv v cizině tyto výkony stále ještě prováděny. (MACKŮ, 1995).

6.5.2 Vytvoření náhrady pochvy podle Gambarova

Podle Gambarova byl do chobotu vzniklého rozpreparováním prostoru mezi uretrou a močovým měchýřem vpředu a rektum vzadu vkládán hladký dilatační fantom. Zabránilo se tím svraštění vaziva a srůstu stěn kanálků do doby, než přeroste epitel na stěny prostoru z poševního vchodu. Dilatační fantom byl udržován speciálním pásem a musel se často vyměňovat.

Často se tvořily granulace, které bylo nutno odstraňovat. Dlouho zavedený fantom způsoboval dekubity rekta a vznik rektovaginálních píštělí. (MACKŮ, 1995).

6.5.3 Vytvoření náhrady pochvy s použitím kožních štěpů

První pokusy byly vykonány vystláním tunelu budoucí pochvy kožními laloky, později volnou implantací kožních štěpů.

V roce 1926 provedli Burian s Ostrčillem jako první plastickou rekonstrukci pochvy vyříznutou z vnitřní plochy stehna. Po 10 dnech se kůže přihojila.

Dnes se do vypreparovaného prostoru budoucí neovaginy vkládá podle Kirschnera a Wagnera tenký Thierschův epidermální štěp na válcovém nosiči.

Metodu zdokonalil anglický plastický chirurg McIndoe. Na začátku operace se z přední plochy stehna nebo z hýždě získá tenký dermoepidermální pruh, který se sešije, aby překryl protézu. Protéza se štěpem vložená do rozpreparovaného prostoru musí být fixována, například sešitím stydkých pysků. Do měsíce po operaci je celý prostor epitelizovaný. Je potřeba nejméně dva měsíce nosit trvale fantom a denně ho vyjímát, čistit, dezinfikovat a provádět výplachy pochvy.

Kožní štěp se postupně mění na sliznici, pouhým okem nerozeznatelnou od normální výstelky pochvy. (MACKŮ, 1995).

6.5.4 Vytvoření náhrady pochvy podle Williamse

Williams navrhl vytvoření náhradní pochvy jednoduchou metodou, proveditelnou v místním znecitlivění.

Velké stydké pysky jsou zachyceny dvěma páry jemných Kocherových kleští. Po napnutí kleští se vede řez, který by měl být mediálně od hranice ochlupení, a je podkovovitého tvaru. Okraje incize se od spodiny odpreparují. Potom se sešijí zadní okraje incize nad zavedenou protézou. Ve druhé vrstvě se sešijí muscilibulbocavernosi a podkožní vazivo. Nakonec se sešijí zevní okraje rány. Vzniklý prostor je prostupný pro 2 prsty a je dlouhá až 8 cm.

Po výkonu se na jeden týden zavede katétr. Po zhojení sutury je potřeba vytvořený chobot 2x za den dilatovat upravenými dilatátory, které jsou postupně objemnější.

Nevýhodou této metody je změna vzhledu vulvy a někdy vytváří předpoklady pro influx moči do novotvořeného prostoru. V tomto chobotu nepřestávají růst chlupy. (MACKŮ, 1995).

6.5.5 Vytvoření náhrady pochvy podle Vecchiettiho

Při této operaci se prostor pro budoucí neovaginu připravuje z dutiny břišní směrem k vulvě.

Nejdříve se příčně protne peritoneum mezi rektum a močovým měchýřem o délce 4-5 cm. Poté se tupě připravuje prostor ve vazivu mezi dolními močovými cestami a rektum směrem k vulvě. Vtlačení vaginoskopu do jamky mezi uretrálním ústím a konečníkem slouží ke správnému směru preparace. Světlo vaginoskopu prosvítá až do břišní dutiny a orientuje operátora. Poté se vytvořeným kanálkem zavede pod kontrolou prstu speciální rovná, dlouhá, u hrotu nepatrně zakřivená jehla, která pronikne i sliznicí před rodidla. Do jehly se poté navléknou dvě monofilová vlákna. Na konci těchto vláken je skleněný nebo umělohmotný dilatační fantom. Vlákna jsou vtažena do břišní dutiny a subperitoneálně vytažena z dutiny břišní suprapubicky, kde jsou fixována na cívky speciálního zařízení, které je umístěné na podbřišku, a jsou napínána. (Příloha H).

Vlákna se denně zkracují otáčením cívek a tím je dilatační fantom vtahován do uretorektálního prostoru tak rychle, že během 10-12 dnů se vytvoří prostorná, 10-12 cm dlouhá neovagina. Po celou dobu je zaveden permanentní močový katetr.

Po ukončení hospitalizace je nutná dilatace k udržení průchodnosti nově vytvořené pochvy a po dvou týdnech již žena může mít pohlavní styk.

V poslední době je používána tato metoda nejčastěji. Preparace tunelu ve vazivu, zavádění perforační jehly a vtažení vláken se v současné době provádí laparoskopicky.

Důležité je, aby žena co nejdříve po dilataci zahájila pohlavní život a efekt operace udržovala „fyziologickou dilatací“, tj. pravidelným pohlavním stykem. Při nesplnění této podmínky se novotvořená pochva srašťuje, zmenšuje se a zaniká.

Z tohoto důvodu se všichni zkušenější operátoři shodují, že operace k vytvoření náhrady pochvy mají být prováděny až v době plné psychosexuální zralosti pacientky, kdy ona sama touží po pohlavním životě a sama se dožaduje operace. (MACKŮ, 1995), (poznámky z praxe)

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO CHIRURGICKÉ KOREKCI VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY VNITŘNÍCH RODIDEL

7.1 Posouzení stavu pacienta

Ošetrovatelský proces byl realizován na Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice Motol.

Pacientka byla na oddělení přijata dne 9. 10. 2012 v 10,15 hodin. Ošetrovatelská péče o pacientku byla prováděna od 9. 10. 2012 do 13. 10. 2012. Pacientka byla uložena na třílůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením se sprchou a signalizačním zařízením. Na základech pozorování pacientky, anamnestickém rozhovoru, konzultací s ošetřujícím lékařem, studia dokumentace a péče samotné byl zhodnocen zdravotní stav a zpracován ošetrovatelský proces dle modelu Virginie A. Hendersonové. Byly zformulovány ošetrovatelské diagnózy, určeny priority a dále bylo postupováno dle navržených intervencí. Plán byl aktualizován pravidelně dle stavu pacientky.

7.2 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: P. V.
Pohlaví: žena
Rok narození: 1999 **Věk:** 14 let
Adresa trvalého bydliště: **RČ:** XXX
Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna 111 **Datum přijetí:** 9. 10. 2012
Vzdělání: základní
Zaměstnání: žákyně 8. třídy základní školy
Stav: svobodná
Státní příslušnost: ČR
Kontaktní osoby k podávání informací: matka, otec
Typ přijetí: plánované
Oddělení: Gyn.-por. klinika FN Motol

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Každý měsíc přibližně ve stejnou dobu jsem cítila tlak a bolesti v podbříšku, které se stupňovaly. Už sem chodím od mala kvůli vadě na děložním čípku, kterou mi budou teď operovat.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Haematocolpos partialis, incipientní haematometra, atresia hymenalis.

Medicínské diagnózy vedlejší:

Hypotyreóza na medikaci (Euthyrox 50ug/den).

HODNOTY ZJIŠTĚNÉ PŘI PŘÍJMU

TK: 110/70 mmHg – normotenze.

P: 62', pravidelný, dobře hmatný – normokardie.

D: 18', klidné, pravidelné, čisté.

TT: 36,2 °C – normotermie.

Pohyblivost:	vzpřímený postoj, chůze a pohyb bez omezení.
Stav vědomí:	při vědomí, orientovaná osobou, časem, místem i prostorem.
Krevní skupina:	A, Rh +
Výška:	156 cm.
Hmotnost:	51 kg.
BMI:	20,96 – norma.

7.3 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ – DŮVOD PŘIJETÍ

Pacientka P. V. je 14letá dívka s diagnózou hymenální atrézie – neperforovaný hymen nebo parciální aplázie malé části distálního úseku pochvy. Diagnóza byla stanovena v 7 letech, kdy byla pacientka odeslána ošetřujícím pediatrem ke gynekologickému vyšetření. Přijímána z důvodu provedení kolpostomie a odsátí děložního obsahu. Pacientka byla s léčebnou terapií seznámena a v plném rozsahu souhlasí ona i její zákonný zástupce – matka. Plánovaná doba hospitalizace je 7 dní.

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientkou a její matkou, dokumentace pacientky, fyzikální vyšetření sestrou, konzultace s ošetřujícím lékařem.

7.4 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: stav po hysterektomii pro myomatózu, jinak bez zátěže. Matka matky diabetes mellitus.

Otec: Zdráv.

Sourozenci: bratr 10 let, zdrav.

Osobní anamnéza: Pacientka byla z první fyziologické gravidity, spontánní porod v termínu, porodní hmotnost 3 240 g, nekřížená, psychomotorický vývoj v normě.

Alergická anamnéza: Acylpyrin – exantém, jiné neguje.

Farmakologická anamnéza: Euthyrox 50ug/den, jinak nemedikuje.

Sociální anamnéza: svobodná, bytové podmínky jsou vyhovující. Vztahy a interakce v rodině jsou bez konfliktů. Se spolupacienty dobře vychází. Ráda sportuje, čte si.

Pracovní anamnéza: Dívka navštěvuje 8. ročník základní školy. Vztahy ve vzdělávacím zařízení jsou dobré.

Překonaná onemocnění: Prodělána běžná dětská onemocnění, jinak vážně nestonala.

Chronická onemocnění: Od 10 let je léčena pro hypotyreózu.

Hospitalizace a operace: Adenotomie v 5 letech.

Úrazy: neguje.

Transfúze: neguje.

Očkování: Běžná dětská očkování dle kalendáře.

Dieta: 3 – racionální.

Abúzus: neguje.

7.4.1 Gynekologická anamnéza

Menarché: 0

Poslední menstruace: 0

Porody: 0

Dívka byla v 7 letech odeslána ošetřujícím pediatrem ke gynekologickému vyšetření s diagnózou akutní vulvovaginitis. Měla několik dnů trvající pálení a svědění rodidel při močení, výtok matka nepozorovala. Gynekologicky dosud vyšetřena nebyla.

7.4.2 Gynekologické vyšetření

Dívka přichází k prvnímu vyšetření v 7 letech. Je bez rozvoje sekundárních pohlavních znaků, vulva zarudlá, halonovaná, překrvený anulární hymen, bez výtoků. Při vyšetření je neúspěšný pokus o provedení vaginoskopie – anulárním hymenem nelze vaginoskopem proniknout, v místě hymenu je stop. Bylo vysloveno podezření na vrozenou vývojovou vadu odvodných pohlavních cest, nejspíše na úrovni hymenu. Proto bylo provedeno UZ vyšetření malé pánve, které prokazuje dělohu infantilního typu s čárkovitým endometriem. (Příloha CH). Pod hrdlem děložním se směrem k zevním rodidlům zobrazilo normální echo pochvy. Nález byl uzavřen jako v.s. hymenální atrézie (neperforovaný hymen) nebo parciální aplázie malé části distálního úseku pochvy. Zavedena lokální léčba zánětu zevních rodidel, s doporučením sledování dívky v pravidelných intervalech s nástupem puberty, kdy se nejprve s nástupem estrogenizace očekává hromadění cervikálního hlenu v pochvě, tzv. mucocolpos. Stanovení definitivní diagnózy s adekvátním operačním řešením bude možné až při retenci menstruační krve po menarché.

Dívka byla poté gynekologicky v ročních intervalech sonograficky vyšetřena s identickými nálezy. V 11 letech byl zaznamenán počínající vývoj druhotných pohlavních znaků, na UZ vyšetření byl již patrný nárůst rozměrů dělohy, která měla charakter pubertálního ureteru, ale pochva byla zatím bez známek retence hlenu. (Příloha I).

Při další kontrole v odstupu ve 12 letech byly sekundární pohlavní znaky dívky velmi dobře vyvinuty, hymen prosáklý, estrogenizovaný, fimbriátní, zatím bez vyklenutí retencí v pochvě. Ultrazvukové vyšetření zobrazilo další proporcionální růst dělohy, která je už adultního typu, ale s nízkým endometriem, do výšky maximálně 4mm. Pochva byla mírně dilatována čirým obsahem charakteru mucocolpos. (Příloha J). Gynekologický nález zatím neindikuje operační řešení, matka i dívka je poučena o nálezů a dalším postupu, který spočívá v kontrole ultrazvukem za 6 měsíců. V případě potíží (bolesti) se dívka dostaví na kontrolu kdykoli dříve.

Ve věku 13 let a 2 měsíců pacientka přichází k vyšetření s údajem o neurčitěm pobolívání v podbříšku, nekrvácí, nešpiní. Jiné potíže neudává. Kontrolní sonografie malé pánve potvrzuje dělohu dospělého typu v AVF 74x32x34mm s endometriem 7mm, ovarium l.dx.: 27x24mm, ovarium l.sin.: 32x26mm s folikulem maximálně 16mm. Pod děložním hrdlem byla pochva dilatována hypoechogenním obsahem šíře 34mm. (Příloha K). Palpační vyšetření dívky per rektum zatím odpovídalo věku,

vyklenutí poševní stěny retencí zatím nebylo. Závěr: mucocolpos, doporučeno vyčkat nástupu menses.

Za další 3 měsíce ve věku 13 let a 5 měsíců při kontrole byly dívkou udávány cyklické, stupňující se pobolívání v podbřišku, pocit tlaku v malé pánvi. Močí bez problémů, poruchy pasáže neměla, stolice pravidelná. Při kontrolním vyšetření byly sekundární pohlavní znaky vyvinuty, vulva klidná, fimbriální intaktní hymen bez vyklenutí. Při vyšetření per rektum bylo cca po 3 cm hmatné, pružné, napjatě cystické vyklenutí, palpačně bolestivé. Ultrazvukové vyšetření zobrazilo dělohu AVF dospělého typu s počínající dilatací dutiny děložní do šíře maximálně 7mm, pod hrdlem bylo kulovité vyklenutí se zahuštěným obsahem, odpovídající retenci menstruační krve v pochvě. (Příloha L).

Závěr: Klinicky haematocolpos partialis, incipientní haematometra. Nález již nyní indikuje operační řešení, spočívající v provedení kolpostomie. Dívka byla přijata 9. 10. 2012 na lůžkové oddělení gynekologicko-porodnické kliniky a bylo provedeno předoperační vyšetření.

7.5 Medicínský management

- 9. 10. 2012–13. 10. 2012:

7.5.1 Konzervativní léčba

Dieta: 3 – racionální.

Pohybový režim: neomezen.

RHB: pohybová, dechová.

Výživa: perorální.

7.5.2 Medikamentozní léčba

p.o.: Léky, které pacientka pravidelně užívá – Euthyrox 50ug/den (hormon štítné žlázy).
Laktulóza (laxativa) při nepravidelné defekaci – zácpa.

Stilnox 1 tbl při nespavosti.

i.m.: Tralgit 50mg (analgetikum) při bolesti maximálně 4x za den.

Jiná: 0

Chirurgická léčba

7.5.3 Předoperační příprava

Předoperační vyšetření – 9. 10. 2012

U pacientky bylo provedeno předoperační interní vyšetření, které je vyžadováno před každou operací v celkové anestezii. Dívce byly odebrány krevní vzorky ke zjištění krevního odrazu, krevní srážlivosti a biochemické vyšetření krve. Tím byl zhodnocen počet jednotlivých krevních elementů, případné poruchy krevní srážlivosti, funkci jater a ledvin a možný probíhající zánět v těle.

Laboratorní nález

V laboratorním nálezu bylo zjištěno, že krevní obraz a biochemie jater a ledvin mají normální hodnoty. Odběr krve zobrazuje normoiontogram a M+S byl negativní.

Tabulka 1 Krevní rozbor ze dne 9. 10. 2012

Druh vyšetření	Laboratorní název	Hodnota ze dne 9. 10. 2012	Referenční hodnota
Krevní obraz	Leukocyty	7,74	4,10 – 10,2 10 ⁹ /l
	Erytrocyty	3,36	3,54 – 5,18 10 ¹² /l
	Hemoglobin	151	135 – 174 g/l
	Trombocyty	235	131 – 364 10 ⁹ /l
Koagulace	Quick	0,98	0,88 – 1,25 l
	APTT	35,1	25,9 – 40,0 s
	Trombinový čas	14	12,0 – 18,0 s
Biochemické vyšetření	Na	139	135 - 150 mmol/l
	K	3,7	3,5 – 5,5 mmol/l
	Cl	101	98 – 110 mmol/l
	Urea	4,2	2,0 – 6,7 mmol/l
	Kreatinin	68	44 – 104 umol/l
	Albumin	34,5	25 – 53 g/l
	Celková Bílkovina	70,1	65 – 85 g/l
	C – reaktivní protein	5	< 7,0

Zdroj: laboratoř FN Motol

Tabulka 2 Výsledky močového sedimentu ze dne 9. 10. 2012

	Laboratorní název	Hodnota ze dne 9. 10. 2012	Referenční hodnota
M+S	Specifická hustota	1020 kg/m ³	
	pH	6,0	5,0 – 7,0
	Proteiny	0 arb.j.	
	Glukóza	0 arb.j.	
	Ketolátky	0 arb.j.	
	Urobilinogen	0 arb.j.	
	Bilirubin	0	
	Erytrocyty	0	
	Leukocyty	0-4	
	Epitel. dlaždice	0-4	
	Bakterie	Ojedinele arb.j.	

Zdroj: laboratoř FN Motol

Předoperační pediatrický závěr

Pacientka je schopna výkonu v celkové anestezii.

Předoperační příprava

Dívka od půlnoci dodržovala pokyny lačnění, kdy nic nepila a nejedla a je vyprázdněná. Ráno provedla celkovou hygienu ve sprše s důkladnou očištěnou genitálu. Jako prevence tromboembolické nemoci byly podány antikoagulantia (Clexane 0,2 ml, s.c.) a byla provedena bandáž dolních končetin. Bylo zkontrolováno operační pole a dívka se ještě spontánně vymočila. Po podání premedikace dodržovala dívka klid na lůžku a vyčkávala odvozu na operační sál.

7.5.4 Provedení kolpostomie

Výkon spočívá v ostré preparaci vazivového prostoru nad hymenem, kdy je po 3 cm preparace vzhůru dosaženo dna vyklenutí pochvy. Stěna pochvy byla fixována dvěma stehy, mezi kterými je pochva otevřena skalpelem. Následně po protěti hymenu bylo odsáto cca 300 ml staré tmavé menstruační krve. Distální úsek pochvy byl poté tupě rozšířen do stran a cirkulárně vyšit jednotlivými vstřebatelnými stehy (Vicryl)

k zevním rodidlům a místě hymenu – kolpostomie. Při operačním zákroku byl zaveden permanentní močový katétr.

Výkon proběhl bez komplikací. Krevní ztráta byla minimální, močová cévka odváděla čistou moč. Bezprostředně po výkonu byla celá pochva dobře přehlednutelná vaginálními speculy, ve vrcholu pochvy bylo patrné hladké hrdlo.

7.5.5 Pooperační péče

Po přivezení pacientky ze sálu byl zkontrolován její celkový stav. Operační rána neprosakovala. Permanentní močový katétr odváděl čistou moč. Dívka přes den pospávala, na bolesti si nestěžovala. Pravidelně byl kontrolován stav kolpostomie. Večer po operaci dívka nemohla spát a stěžovala si na bolesti operační rány. Dle ordinace lékaře byla podána analgetika Tralgit 50mg i.m. maximálně 4x za den. Druhý den se dívka cítila již lépe, snažila se zapojit do denních aktivit. Pooperační období proběhlo zcela bez komplikací, pacientka byla afebrilní. Druhý pooperační den byl odstraněn permanentní katétr z močového měchýře. Bylo provedeno kontrolní ultrazvukové vyšetření se zcela normálním nálezem – děloha bez dilatace, normální echo pochvy, vejcovody bez rozšíření v celém průběhu. Denně byla kontrolována sutura kolpostomie a dostatečná hygiena rodidel. Sutura kolpostomie držela, hojila se per primam. Dívka denně dilatovala oblast sutury kolpostomie kovovým dilatátorem pro riziko vzniku pooperační stenózy distálního úseku pochvy.

7.6 Kazuistika

9. 10. 2012 byla P. V. přijata pro zahájení léčby hymenální atrezie. Onemocnění bylo zjištěno již v 7 letech, kdy byla pacientka odeslána ošetřujícím pediatrem ke gynekologickému vyšetření. Neúspěšným pokusem o provedení vaginoskopie byla diagnostikována vrozená vývojová vada vnitřních rodidel na úrovni hymenu. Dívka byla ročně kontrolována na gynekologickém oddělení. Dne 9. 10. 2012 při ultrazvukovém vyšetření zjištěna retence menstruační krve s klinickým závěrem haematocolpos partialis, incipientní haematometra. Byla indikována chirurgická léčba provedením kolpostomie. Tentýž den bylo pacientce provedeno kompletní předoperační vyšetření s interním závěrem. Dne 10. 10. 2012 podstoupila dívka chirurgický zákrok. Pooperační období proběhlo zcela bez komplikací. Denně byla prováděna kontrola oblasti sutury operační rány. Druhý pooperační den byl pacientce odstraněn permanentní močový katétr. Kontrolním sonografickým vyšetřením byl zjištěn normální nález dělohy bez dilatace s normálním echem pochvy a vejcovodů. Hospitalizace byla ukončena 7 dnů od operace. Plánovaná kontrola po menses byla se zcela normálním nálezem. Po domluvě byla pacientka zvána na další kontrolu po 6 měsících.

8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES PODLE MODELU VIRGINIE A. HENDERSONOVÉ

1. Dýchání

Subjektivně:

„Potíže s dýcháním jsem nikdy neměla, dýchá se mi dobře. Ráda sportuji, chodím často plavat. Považuji se za sportovkyni, takže jsem nikdy nezkoušela kouřit a ani to nemám v plánu.“

Objektivně:

Dýchání pravidelné s frekvencí 18 dechů/minutu, klidné, sklípkové, normální hloubky, čisté bez šelestů a bez slyšitelných anomálií. Saturace 99% atmosférického vzduchu. Pacientka je bez kašle. Při dýchání aktivně zapojuje dýchací svaly. Hrudník symetrický. Pacientka střídá polohy na lůžku, nejčastěji zaujímá Fowlerovu. Lůžko je nastavitelné pomocí elektrického ovladače, který je pacientce dostatečně vysvětlen, chápe ho a zvládá. Teplota vzduchu v pokoji je 26 ° C, na žádost pacientky se pravidelně otvírá okno.

2. Příjem potravy a tekutin

Subjektivně:

„Vaše jídlo mi moc nechutná, jsem zvyklá na domácí stravu. Ani ve školní jídelně se nestravuji. Mamka mi sem nosí hodně ovoce a jogurtů, takže když mám hlad, vezmu si je. Doma jím většinou pětkrát denně (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře) a z toho jedno teplé jídlo za den. Pitný režim moc nedodržuji, vypiji tak maximálně 1,5 litru tekutin za den. Chutnají mi čaje a slazené nápoje.“

Objektivně:

Aktuální váha pacientky je 51 kg a výška 156 cm. BMI tělesný hmotnostní index 20,96 – norma. (Příloha P). U dětí je však vhodnější použít percentilové tabulky. (Příloha Q). Turgor kůže v normě. Sliznice dutiny ústní jsou čisté a vlhké, jazyk červený, vlhký. Chrup má pacientka v dobrém stavu. Při hospitalizaci má pacientka dietu č. 3 – racionální. V rámci předoperační přípravy pacientka dodržuje dietu nic per os a v pooperační péči postupujeme od diety č. 0s – čaj po lžičkách zpět k dietě č. 3 – racionální. Pacientka je při stravování soběstačná. Chuť k jídlu zachována,

ale nechutná jí nemocniční strava, kterou nedojídá a doplňuje ji vlastním jídlem doneseným od rodinných příslušníků. Za den vypije maximálně 1,5 litru tekutin, převážně čaje a slazené nápoje.

3. Vylučování

Subjektivně:

„S čůráním jsem neměla nikdy problémy, chodím docela často, tak šestkrát za den. Stolicí mám ale docela nepravidelnou, to chodím tak třikrát za týden, jak kdy. Někdy mě z toho bolí docela dost břicho.“

Objektivně:

S vylučováním moče nemá pacientka žádné problémy, nepocituje žádné mikční odchylky. Při operačním zákroku (2. den hospitalizace) je dívka zaveden permanentní močový katétr, který je odstraněn 2. pooperační den. Stolice je nepravidelná, defekace třikrát za týden. Dle ordinace lékaře jsou podány laxativa – Laktulóza. Při vylučování je pacientka zcela soběstačná.

4. Pohyb a udržování vhodné polohy těla

Subjektivně:

„Pravidelně sportuji, ráda chodím plavat.“

Objektivně:

Dívka byla vždy velmi tělesně aktivní, ráda sportuje. V nemocničním zařízení je pacientka plně soběstačná, po chirurgickém zákroku péče s malou dopomocí. V provozování denních aktivit pacientce nic nebrání, pouze v pooperační péči je mírné omezení z důvodu klidu na lůžku a pooperační bolesti. Únavu a jiné potíže nepocituje. Pacientka má vzpřímené držení těla, dobrou pohybovou koordinaci horních a dolních končetin a správnou chůzi. Při zhodnocení sebepéče a soběstačnosti pacientky jsem zvolila Barthelové test základních všedních činností. Celkový počet bodů, které pacientka v tomto testu získala, byl 100 – nezávislý. (Příloha O).

5. Spánek a odpočinek

Subjektivně:

„Doma jsem nikdy neměla problémy se spaním, ale tady se mi spí špatně. V noci nemůžu usnout. Pokud usnu, tak se často budím. Spíš to dospím přes den než v noci. Žádné léky na spaní jsem nikdy nebrala.“

Objektivně:

Pacientka v noci špatně usíná a často se budí v závislosti na změně prostředí a psychickém stavu. Dle ordinace lékaře je dle potřeby na nespavost podáván Stilnox 1 tbl. Před spánkem pacientce zajistíme vhodné a klidné prostředí. Ve dne se často dívá na televizi a při ní relaxuje. Přes den pak často pospává. Pacientka je nabádána k aktivizaci pro zajištění správného spánku. Spánek je dostačující k zvládnutí denních aktivit. Pacientka denně spí přibližně 7 hodin.

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání**Subjektivně:**

„Hodně mi záleží na tom, co mám na sobě. Mám ráda módu a chci se líbit“

Objektivně:

Pacientka je při oblékání zcela soběstačná. Obléká se do vlastního oblečení na spaní dle potřeby (noční košile).

7. Udržení tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot**Subjektivně:**

„V tomhle teplém počasí mám ráda otevřené okno, protože je tu čerstvý vzduch a trochu chladněji. Nemám ráda teplo a dusno.“

Objektivně:

Momentálně má pacientka tělesnou teplotu 36,4. Měření teploty digitálním teploměrem v podpaží provádíme 2x denně v 6:00 a v 18:00. Pacientka se zvýšeně nepotí. Po celý den je v nemocničním pokoji otevřeno okno z důvodu letního počasí a žádosti pacientky. Průvan není, dveře jsou zavírány. V noci je okno otevřeno z části.

8. Udržování tělesné hygieny, upravenost zevnějšku, ochrana pokožky**Subjektivně:**

„Jsem zvyklá se každý den koupat nebo sprchovat. Mám vlastní přípravky na mytí a všechno zvládnou sama.“

Objektivně:

Pacientka je při hygieně zcela soběstačná. Pouze v pooperačním období je dohled nad hygienou a případná dopomoc. Hygienickou péči provádí denně sprchováním.

9. Odstraňování rizik životního prostředí, zabránění vzniku poškození sebe a druhých

Subjektivně:

„Nikdy se mi nic vážnějšího nestalo, jsme na sebe docela opatrná. Rozumím všem rizikům, které mi hrozí.“

Objektivně:

U pacientky nehrozí riziko pádu. Pacientka u sebe nemá žádné vlastní léky ani ostré pomůcky.

10. Komunikace s lidmi, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

Subjektivně:

„Ráda se bavím s jinými lidmi. Většinou si s každým dobře rozumím. Jsem stále s někým v kontaktu. Píšu si s rodiči, nebo s holkami ze školy.“

Objektivně:

Pacientka komunikuje velmi ráda a často. Bydlí s oběma rodiči a mladším bratrem v bytě. Nemají žádné rodinné problémy. Navštěvují ji denně, nebo jsou v kontaktu přes mobilní telefon a sociální sítě. Pacientka se chová přátelsky ke zdravotnickému personálu i spolupacientům a dobře spolupracuje.

11. Vyznání vlastní víry

Subjektivně:

„Já a ani nikdo z naší rodiny není věřící.“

Objektivně:

Klientky rodina není věřící a ani ona není vázána vírou. Její životní hodnoty jsou zdraví, rodina, koníčky a přátelé.

12. Práce – zaměstnání, tvořivá činnost

Subjektivně:

„Myslím, že jsem docela aktivní. S kamarádkami máme společné zájmy a vždy se nějak zabavíme.“

Objektivně:

Pacientka navštěvuje 8. ročník základní školy. Ráda sportuje, chodí často plavat. Mezi záliby pacientky patří četba knih, sportovní aktivity a přátelé. V nemocničním zařízení často čte, sleduje televizi, pouští si filmy, poslouchá hudbu a komunikuje přes sociální síť.

13. Hra a rekreační aktivity**Subjektivně:**

„Často chodím ven s přáteli, hrajeme různé hry, chodíme plavat. Máme psa, takže s ním chodím občas na procházky. S rodiči jezdíme na výlety po přírodě. I se školou jezdíme často na výlety.“

Objektivně:

Pacientka má společné zájmy se svými vrstevníky ze základní školy, s kterými se často vidá. Má ráda venkovní aktivity. V domácím prostředí si často čte, kouká na televizi nebo poslouchá hudbu.

14. Učení**Subjektivně:**

„Ráda se učím nové věci, ale spíš ty, které mě zajímají. Ve škole mě to moc nebaví, ale nemám tam žádné výraznější problémy. Tady je to pro mě vše nové a zajímá mě, co se mnou bude dál.“

Objektivně:

Pacientka i její rodina je plně informována o jejím zdravotním stavu a následující léčbě. Dlouhodobá i krátkodobá paměť je funkční. Pacientka má chuť spolupracovat a učit se nové věci.

8.1 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 10. 10. 2012

Pacientka byla přijata 9. 10. 2012 na gynekologicko-porodnické oddělení pro zahájení léčby vs. hymenální atrezie. Onemocnění bylo zjištěno již v 7 letech a nyní byla při pravidelných prohlídkách při ultrazvukovém vyšetření zjištěna retence menstruační krve s dilatací dutiny děložní s klinickým závěrem haematocolpos partialis, incipientní haematometra. Byla navrhována chirurgická léčba provedením kolpostomie a pacientce bylo též den provedeno kompletní předoperační vyšetření s interním závěrem. Dne 10. 10. 2012 podstoupila dívka chirurgický zákrok. Pooperační období proběhlo zcela bez komplikací.

9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny podle NANDA taxonomie I, Kapesní průvodce zdravotní sestry. Byly rozděleny na aktuální a potenciální diagnózy a byly seřazeny dle priorit za vzniku společné spolupráce s pacientem a všeobecnou sestrou. (DOENGES, MOORHOUSE, 2001).

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Bolest akutní – z důvodu vlastního onemocnění a provedení kolpostomie projevující se verbalizací, výrazy v obličeji a expresivním chováním.

Strach – z důvodu nedostatku znalostí a zkušeností o léčebném procesu projevující se verbalizací, zvýšeným napětím a nervozitou.

Spánek porušený – z důvodu špatné adaptace na změnu prostředí, neznámého místa na spaní a nedostatku soukromí projevující se nespavostí, stížnostmi na obtížné usínání a časté buzení se v noci a zvýšenou únavou přes den.

Zácpa – z důvodu špatného návyku defekace, změny střevní činnosti a snížení pohybové aktivity projevující se nepravidelným vyprazdňováním a bolestmi břicha.

Potenciální ošetřovatelská diagnóza:

Infekce, riziko vzniku – z důvodu operační rány.

9.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- 1) **Bolest akutní – z důvodu vlastního onemocnění a provedení kolpostomie projevující se verbalizací, výrazy v obličeji a expresivním chováním.**

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý:

- Naučení metodám, jak zmírnit bolest, do jednoho dne.

Cíl dlouhodobý:

- Zmírnění nebo vymizení bolesti u pacientky pod stupeň 2 podle NRS, do jednoho týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacientka umí vyjádřit pocity související s bolestí a popsat bolest dle NRS – numerice rating scale = numerická hodnotící škála bolesti. (Příloha R).
- Pacientka zná metody a relaxační cviky, jak zmírnit bolest.
- Pacientka má zajištěné pohodlí, klidné prostředí pro zvládnutí bolesti.
- Pacientka je upozorněna na bolestivé okamžiky a výkony, aby se předešlo zbytečnému strachu.
- Pacientka dostává analgetika dle ordinace lékaře na zmírnění bolesti.
- Pacientka ví, že musí dostatečně odpočívat, aby se předešlo únavě.

Plán intervencí:

- Zznamenej do dokumentace, jak pacientka hodnotí bolest dle NRS – Numerice rating scale = numerická hodnotící škála bolesti – ihned, péče všeobecné sestry.
- Sleduj vitální funkce a celkový stav – průběžně přes den a dle ordinace lékaře, péče všeobecné sestry.
- Zajisti klidné prostředí – ihned, péče všeobecné sestry a ošetrovatelky.
- Pečuj o pohodlí pacientky – denně, péče všeobecné sestry a ošetrovatelky.
- Odved' pozornost pacientky od bolesti poslechem hudby, rozhovorem, četbou či sledování televize – průběžně, péče všeobecné sestry a ošetrovatelky.
- Podávej analgetika a pravidelně hodnot' a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace intenzitu bolesti před a po podání léčiv – s podáním medikace, péče všeobecné sestry.

Realizace:

- **9. 10. 2012** Pacientka při příjmu udávala cyklické, stupňující se bolesti v podbřišku a tlak v malé pánvi. Dle numerické hodnotící škály bolesti hodnotila svůj stav číslicí 4. Dle ordinace lékaře byl podán Tralgit 50mg i.m. – s efektem. Po podání analgetik byl sledován celkový stav pacientky a hodnocení zaznamenáno do dokumentace.
- **10. 10. 2012** Po operaci dívka pospávala. Po probuzení si pacientka ztěžovala na bolesti v oblasti kolpostomie. Intenzitu bolesti dle numerické hodnotící škály bolesti udávala číslicí 5. O stavu pacientky byl lékař informován. Dívce naordinoval analgetika Tralgit 50mg i.m. – s efektem. Po aplikaci analgetik byl sledován celkový stav pacientky a hodnocení bylo zaznamenáno do dokumentace. Pacientka po nástupu účinku léku hodnotila bolest na stupnici číslem 2.
- **11. 10. 2012** Bolesti byly dle pacientky tolerovatelné. Cítila se méně unavená a je lépe psychicky naladěná. Nadále byl sledován účinek léků a zaznamenáván do dokumentace. Pacientka dále pokračovala s léčbou.
- **12. 10. 2012** Pacientka udávala bolesti na stupnici NRS číslem 2. Analgetika na snížení bolesti nevyžadovala. Bolest pro ní byla prý snesitelná a postupně mizí.
- **13. 10. 2012** Pacientka se cítila dobře, žádné bolesti neudávala, analgetika nevyžadovala.

Hodnocení: EFEKT ÚPLNÝ.

- **Krátkodobý cíl splněn:** Pacientka zná všechny metody, jak zvládat bolest
- **Dlouhodobý cíl splněn:** U pacientky došlo k vymizení bolesti do konce hospitalizace.
- Pacientka vždy dobře spolupracovala a dodržovala jí doporučené postupy. Hodnotila bolest na numerické hodnotící škále bolesti, podle které bylo zjištěno, že se bolesti snižují. Veškerá zjištění byla zaznamenávána do dokumentace a následně byl o nich informován lékař. V době, kdy pacientka pociťovala bolest v oblasti provedení kolostomie, byla podána
- pacientce analgetika dle ordinace lékaře, po nichž vždy došlo k rychlé úlevě. Pacientka byla vedena k vyhledání úlevové polohy a byl jí zajištěn veškerý komfort. Veškeré cíle této ošetřovatelské diagnózy byly splněny.

2) Strach – z důvodu nedostatku znalostí a zkušeností o léčebném procesu projevující se verbalizací, zvýšeným napětím a nervozitou.

Priorita: Střední.

Cíl krátkodobý:

- Pacient je dostatečně informován, do tří dnů.

Cíl dlouhodobý:

- Snížení strachu pacienta, do jednoho dne.

Výsledná kritéria:

- Pacientka má dostatek informací o onemocnění a následném léčebném procesu.
- Pacientka zná postupy léčby a chápe je.
- Pacientka ví, že jí je někdo na blízku, a může se svěřit se svými obavami.
- Pacientka zná techniky pro zvládání strachu.
- Pacientka spolupracuje a důvěřuje zdravotnickému personálu.

Plán intervencí:

- Buď pacientce nablízku, naslouchej jí a povzbuzuj jí – denně, péče všeobecné sestry a ošetřovatelky.
- Naslouchej aktivně pacientovi a dávej prostor pro možné dotazy – denně, péče všeobecné sestry a lékaře.
- Poskytni pacientce ústní i písemné informace – denně, péče všeobecné sestry a lékaře.
- Snaž se poskytnout pacientce zázemí podobné domácímu prostředí, na které byla zvyklá – denně, péče všeobecné sestry a ošetřovatelky.
- Začleň pacientku do léčebného programu v rámci denní aktivity – průběžně, péče všeobecné sestry a ošetřovatelky.
- Snaž se pacientku odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací – ihned, péče všeobecné sestry a ošetřovatelky.
- Uznej normálnost a užitečnost strachu a bolesti v péči o vlastní osobu – ihned, péče všeobecné sestry a lékaře.
- Při obavách opět pacientku vyslechni, Buď jí v negativní chvíli oporou a povzbuzuj jí – ihned, péče všeobecné sestry a lékaře.
- Podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, ved' záznam do dokumentace – denně, péče všeobecné sestry dle ordinace lékaře.

- Zajisti konzultaci s psychoterapeutem - alespoň 1 týdně, péče všeobecné sestry a lékaře.

Realizace:

- **9. 10. 2012** pacientce byl poskytnut dostatek informací o základním onemocnění a následné léčbě. Předem byla informována o možných vyšetřeních a zákrocích. Pacientce byl vysvětlen význam relaxačních technik před možné vzniklým strachem z onemocnění pomocí svých zájmů a denních zvyklostí z domácího prostředí a relaxací.
- **10. 10. 2012** Spolu s pacientkou byla rodina informována o jejím zdravotním stavu a bylo požádáno o spolupráci. Pacientce i její rodině byl umožněn prostor pro možné dotazy. Během dne byla snaha pacientku aktivně zapojit do léčebného procesu pomocí rozhovoru, čtením knih a sledováním televizního programu dle pacientčina výběru.
- **11. 10. 2012** Pacientka byla srozuměna s onemocněním a léčbou v plné míře. Navštěvovala jí rodina, která s personálem oddělení spolupracuje a snaží se být pacientce oporou. Obě dvě strany byly plně informovány a možné dotazy jim byly zodpovězeny. Pacientka spolupracovala a důvěřovala personálu bez známek obav či strachu.
- Další dny hospitalizace neprojevovala pacientka žádné známky strachu.

Hodnocení: EFEKT ÚPLNÝ.

- **Krátkodobý cíl splněn:** Pacientce byl poskytnut dostatek informací o léčebném procesu, které chápe a rozumí jim.
- **Dlouhodobý cíl splněn:** Pacientka důvěřuje zdravotnickému personálu a nejeví známky strachu.
- Pacientka byla úplně informována o svém stavu, základním onemocnění a plánované léčbě. Po každém nově vzniklém strachu či pocitu nejistoty pacientka vždy informovala zdravotnický personál, kterému důvěřovala. Rodina ji navštěvovala, plně jí podporovala a s personálem spolupracovala. Strach byl u pacientky zažehnán vzájemnou komunikací o problematice onemocnění a obav z léčby. Po cíleném vysvětlení relaxační techniky, kterou si pacientka oblíbila, se cítila vyrovnaně bez napětí a únavy.

- 3) Spánek porušený – z důvodu špatné adaptace na změnu prostředí, neznámého místa na spaní a nedostatku soukromí projevující se nespavostí, stížnostmi na obtížné usínání a časté buzení se v noci a zvýšenou únavou přes den.**

Priorita: Střední.

Cíl krátkodobý:

- Pacient si uvědomuje a dokáže slovy popsat a pochopit poruchy spánku – do jedné hodiny.

Cíl dlouhodobý:

- Pacient dosáhne pocitu celkové pohody a odpočatosti – do 4 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacient má vytvořené klidné prostředí pro odpočinek a spánek – do 15 minut.
- Pacient má dostatek informací – do 15 minut.
- Pacient omezil příjem kofeinu zejména před spaním – do 5 minut.
- Pacient po ulehnutí na lůžko relaxuje – do 1 minuty.
- Pacient je informován o využití podpůrné medikace (hypnotika) – do 10 minut.

Plán intervencí:

- Vyslechni subjektivní stížnost na kvalitu spánku – denně, péče všeobecné sestry.
- Posuď přítomnost a stupeň spánkové poruchy – denně, péče všeobecné sestry.
- Edukuj pacientku o dodržování spánkového režimu - 1x za dobu hospitalizace, péče všeobecné sestry.
- Umožni pacientce použít návyky před spaním - vyvětrat, mít rozsvícené světlo – denně, péče všeobecné sestry.
- Aktivizuj pacientku během dne dle možností jejího fyzického stavu – rehabilitace, sledování televizního vysílání, čtení – denně, péče zdravotnického personálu.
- Doporuč omezení energetických nápojů, kofeinu a přísun tekutin před spaním – do jednoho dne, péče všeobecné sestry.

- Doporuč různé způsoby, jak zlepšit spaní (teplá koupel, pokrm s vysokým obsahem bílkovin, nepospávat během dne, nespát déle než 7 hodin) – do jednoho dne, péče všeobecné sestry.
- Navod' pacientce příjemné prostředí pro dobré usínání a spaní a harmonické prostředí pro pocit bezpečí – denně, péče všeobecné sestry.
- Zajisti dostupnost a současné využití podpůrných zdrojů (léky na spaní) – denně, péče všeobecné sestry.
- Umožni pacientce podněty z okolí (televize, rádio, noviny, knihy) a časté návštěvy – denně, péče všeobecné sestry.
- Vytvoř s pacientkou vztah založený na důvěře – vždy, péče všeobecné sestry.

Realizace:

- **9. 10. 2011** Pacientka nemohla usnout, neustále se převracela na lůžku. Stěžovala si, že nemůže spát. Pacientce bylo upraveno lůžko, vyvětrána místnost a bylo umožněno provést usínací návyky. Pacientka si rozsvítila tlumené světlo na čtení, aby si mohla číst. Moc v noci nespala a cítila se unavená.
- **10. 10. 2012** Druhý den byla pacientka odvezena na operační sál a byla operována. Po zákroku pospávala celé odpoledne. Večer si četla, ale i tak nemohla usnout. Opět byla vyvětrána místnost, bez efektu. Ve 23.00 hodin si pacientka vyžádala lék na spaní. Podán Stilnox 1 tbl – s efektem.
- **11. 10. 2012** Pacientka se cítila odpočatá. Cítila se celkově lépe. Byla zapojena do ranní hygieny. Přes den se pohybovala po chodbě. Večer byla vyvětrána místnost, upravení lůžka – s efektem. Lék na spaní nežádá.
- **12. 10. 2012** Pacientka se cítila odpočatá, snažila se přes den aktivizovat, poslouchala rádio a sledovala televizní vysílání, procházela se po chodbě. Odpoledne měla návštěvu, matka s bratrem. Přes den byla aktivní, spolupracovala. Večer větráno - s efektem. Pacientka bez potřeby medikace spala celou noc.
- **13. 10. 2012** Pacientka spala bez potíží celou noc, neudávala žádné potíže se spánkem. Přes den byla aktivní, na noc umožněny spací návyky. Léky na spaní si nežádala.

Hodnocení: EFEKT ÚPLNÝ.

- **Krátkodobý cíl splněn**, pacientka si uvědomuje a dokáže slovy popsat poruchy spánku.

- **Dlouhodobý cíl splněn**, pacientka dosáhla pocitu celkové pohody a odpočatosti.
- Pacientka měla problémy s usínáním a spánkem samotným v nemocničním prostředí. Prostor pro ni bylo nové a cizí a necítila se v něm v noci dobře. Byla edukována v oblasti nácviků před spaním, vysvětlena nutnost dostatečné denní aktivity. Druhý den na noc podána 1 tbl. Stilnox – s efektem. Třetí den medikaci odmítla. Spolupracovala s personálem při denních aktivitách, aby se unavila. Čtvrtý den spala pacientka již bez potíží a cítila se dobře. Léky na spaní si další dny hospitalizace nežádala.

4) Zácpa – z důvodu špatného návyku defekace, změny střevní činnosti a snížení pohybové aktivity projevující se nepravidelným vyprazdňováním a bolestmi břicha.

Priorita: Střední.

Cíl krátkodobý:

- Pacientka se vyprázdní - do 48 hodin.

Cíl dlouhodobý:

- Fyziologické vyprazdňování.

Výsledná kritéria:

- Pacientka má dostatek informací o fyziologickém vyprazdňování – ihned, péče všeobecné sestry.
- Pacientka má zabezpečené klidné prostředí pro defekaci – denně, péče všeobecné sestry a ošetřovatelky.
- Pacientce jsou vysvětleny a naučeny správné dietní návyky – do 10 minut, péče všeobecné sestry.
- Pacientka je informována o možnosti použití podpůrné medikace (laxativa) -do 10 minut, péče všeobecné sestry.
- U pacientky je zajištěna dostatečná pohybová aktivita pro podporu fyziologického vyprazdňování – do 24 hodin, péče všeobecné sestry a fyzioterapeuta.

Plán intervencí:

- Prober s pacientkou obvyklý způsob vyprazdňování - ihned, péče všeobecné sestry.
- Zjistí dobu trvání obtíží a stupeň závažnosti – ihned, péče všeobecné sestry.
- Podporuj pravidelnou defekaci pacienta – do 24 hodin, péče všeobecné sestry.
- Zabezpeč soukromí při defekaci – ihned, péče všeobecné sestry.
- Zdůrazni a zajisti tekutiny a stravu bohatou na vlákninu – ihned, péče všeobecné sestry a nutričního terapeuta.
- Zajisti pohybovou aktivitu ve spolupráci s fyzioterapeutem – do 24 hodin, péče všeobecné sestry, ošetrovatelky, fyzioterapeuta.
- Podej pacientce informace o fyziologii vyprazdňování a jejich možných odchylkách – do 6 hodin, péče všeobecné sestry.
- Spolupracuj s pacientkou a vytvoř společně s ní individuální program pro obnovení defekačního reflexu – do 12 hodin, péče všeobecné sestry a ošetrovatelky.
- Podávej pacientce laxativa a sleduj jejich účinek, zaznamenávej ho do dokumentace – do 24 hodin, péče všeobecné sestry.

Realizace:

- **9. 10. 2012** Pacientce byl poskytnut dostatek informací o fyziologickém vyprazdňování. Měla zajištěné nerušené a intimní prostředí pro vyprazdňování. Pacientka i její rodina byla edukována o významu pravidelného vyprazdňování a o vhodných potravinách, které vyprazdňování podporují. Byla zdůrazněna nutnost dodržování pitného režimu a fyzické aktivity pro podpoření střevní peristaltiky.
- **10. 10. 2012** Pacientce byla podána laxativa (Laktulóza 1 lžice 3x denně) sledován jejich účinek. Proveden zápis do dokumentace. U pacientky byl sledován příjem a výdej tekutin. Pacientka byla po operačním zákroku, dodržovala klid na lůžku. Defekace zatím neproběhla.
- **11. 10. 2012** I nadále byla sledována bilance tekutin. U pacientky došlo po podání laxativ k vyprázdnění do 48 hodin. I tak byla pacientka opět edukována o nutnosti dodržování pitného režimu a fyzické aktivity, kterou dodržovala podle zdravotního stavu. Pacientce byla opět podána Laktulóza pro navození správného režimu defekace.

- **12. 10. 2012** Pacientka se snažila dodržovat správné dietní návyky, denně vypila více tekutin, než byla zvyklá (minimálně 2 litry tekutin denně). Po obědě se pacientka vyprázdnila a cítila se již mnohem lépe, bolesti břicha neudávala. Dále byla laxativa pacientce podána dle potřeby na vlastní žádost.
- **13. 10. 2012** Pacientka se vyprázdnila bez podání laxativ. Cítí se celkově dobře, bez bolestí břicha. Dodržuje správně dietní návyky. Laxativa si dále nežadá.

Hodnocení: EFEKT ÚPLNÝ

- **Dlouhodobý cíl splněn:** U pacientky došlo k navození fyziologického vyprazdňování.
- **Krátkodobý cíl splněn:** Pacientka se vyprázdnila do 48 hodin.
- Pacientka byla dostatečně edukována o důležitosti a fyziologii vyprazdňování. Byla jí podána laxativa - Laktulóza dle ordinace lékaře 1 lžící 3krát denně a sledován účinek léků, který byl zaznamenán do dokumentace. Dále byla pacientka sledována a spolu s ní jsme hodnotili efekt. Pacientce bylo zajištěné nerušené a intimní prostředí pro defekaci. Do 48 hodin byl cíl splněn. Pacientka se po defekaci cítila mnohem lépe. Dále následovala spolupráce nutričního terapeuta a fyzioterapeuta. Laxativa byla podána ještě druhý den, s efektem. Dále se s podáním Laktulózy nepokračovalo, podávala se jen na žádost pacientky při neúspěšné defekaci. Pacientka dodržovala fyzickou aktivitu v rámci svého zdravotního stavu.

9.2 Potenciální ošetrovatelská diagnóza

Infekce – riziko vzniku z důvodu operační rány.

Priorita: Střední.

Cíl krátkodobý: Snížit riziko infekce pravidelným sledováním a čistěním pooperační rány – denně.

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedojde ke známám či vzniku infekce - po dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

- Prováděj jakoukoliv péči o kolpostomii za aseptických podmínek podle standardů - vždy, péče všeobecné sestry a lékaře.
- Pouč pacientku, jak se má starat o operační ránu - do 1 hodiny, péče všeobecné sestry.
- Sleduj místo operační rány a stehů - nepřetržitě, péče všeobecné sestry.
- Sleduj varovné příznaky komplikací (zarudnutí, bolest a zvýšenou teplotu) - nepřetržitě, péče všeobecné sestry.
- Všechny zjištěné informace zapisuj do ošetrovatelské dokumentace – denně, péče všeobecné sestry.

Realizace:

- **10. 10. 2012** Pacientka podstoupila operační zákrok provedení kolpostomie. Dívka byla poučena, jak se má o operační ránu starat a jakým způsobem má postupovat při hygienické péči a při vyprazdňování. Průběžně byl kontrolován stav operační rány s lékařem. Rána byla klidná a bez příznaků zánětu.
- **11. 10. 2012** Byly sledovány varovné příznaky komplikací. Stav kolpostomie byl kontrolován s lékařem. Operační rána byla klidná a bez příznaků zánětu. Kontrola odchodu obsahu z dělohy. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace.
- **12. 10. 2012** Denně byla kontrolována operační rána a odchod děložního obsahu. Operační rána byla bez příznaků zánětu.
- **13. 10. 2012** Operační rána byla klidná. U pacientky nedošlo k projevům zánětu.

Hodnocení: EFEKT ÚPLNÝ.

- **Cíl dlouhodobý splněn:** U pacientky nedošlo během hospitalizace ke známkám ani vzniku infekce.
- **Cíl krátkodobý splněn:** Operační rána byla pravidelně čištěna a sledována pro snížení rizika vzniku infekce.
- Pacientka od chirurgického zákroku provedené kolpostomie po celou dobu hospitalizace neměla s operační ránou žádné problémy. Nevyskytly se žádné známky infekce po celou dobu hospitalizace. Denně byla kolpostomie s lékařem kontrolována a zjištěné informace byly zaznamenány do dokumentace.

9.3 Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka byla přijata do Fakultní nemocnice Motol na gynekologicko-porodnické oddělení dne 9. 10. 2012 pro zahájení léčby hymenální atrezie. Onemocnění bylo zjištěno již v 7 letech, kdy byla od této doby pacientka v pravidelných intervalech kontrolována a vyšetřována. Dne 9. 10.2012 byla při ultrazvukovém vyšetření zjištěna retence menstruační krve s klinickým závěrem haematocolpos partialis, incipientní haematometra. Pacientka podstoupila 11. 10.2012 chirurgický zákrok, který spočíval v provedení kolpostomie. Pooperační období proběhlo zcela bez komplikací. Denně byla prováděna kontrola oblasti sutury operační rány. Druhý pooperační den byl pacientce odstraněn permanentní močový katétr. Kontrolním sonografickým vyšetřením zjištěn normální nález dělohy bez dilatace s normálním echem pochvy a vejcovodů. Hospitalizace byla ukončena 7 dnů od operace a proběhla bez komplikací. Spolupráce s pacientkou byla vždy velmi dobrá. Pacientka byla propuštěna do domácí péče, byla poučena o následné péči a dalších kontrolních prohlídkách. Plánovaná kontrola po menses byla se zcela normálním nálezem. Po domluvě byla pacientka zvána na další kontrolu po 6 měsících.

9.4 Doporučení pro praxi

Na základě svých zkušeností v péči o pacientku s vrozenou vývojovou vadou vnitřních rodidel, které mi bylo umožněno v rámci praxe na gynekologicko-porodnickém oddělení Fakultní nemocnice Motol, a při studiu odborné literatury k tomuto onemocnění bych se ráda o své poznatky podělila a tedy pro praxi bych doporučila následující.

9.4.1 Doporučení pro všeobecnou nebo gynekologickou sestru

Každá všeobecná či gynekologická sestra a celý ošetrovatelský tým vykonávají péči o nemocné svědomitě a jak nejlépe umí. Zdravotnický personál uspokojuje přání a potřeby pacientky v nemocničním zařízení a dodržuje individuální přístup k pacientce. Vzhledem k nízkému věku pacientky musí ošetrovatelský tým spolupracovat s rodinou a o všech nových poznatcích ji informovat, ale nesmí u toho vynechávat samotnou pacientku. Důležité je vždy dávat dostatek času a prostoru na komunikaci s pacientkou, na projevení jejich pocitů a problémů. Při komunikaci mluvit pomalu a klidně.

Při ošetrovatelské péči je velmi nutné zabezpečit soukromí s ohledem na stud pacientky, trpělivost a zajištění čistého prostředí lůžka.

Všeobecná i gynekologická sestra by se měla po celý svůj život a praxi vzdělávat a snažit se získat stále nové a aktuální informace z oblasti medicínské i ošetrovatelské pro péči o pacientky s vrozenou vývojovou vadou vnitřních rodidel.

9.4.2 Doporučení pro pacienta

Pacientka by měla přesně dodržovat léčbu stanovenou lékařem. Při vzniklé bolesti by na ní měla upozornit a nebát se vyjádřit své pocity. Pacientka by se měla podílet na ošetrovatelské péči a léčebném režimu v takové míře, kterou jí její zdravotní stav dovolí. Důležité je, aby docházela na plánovaná vyšetření pro kontrolu jejího stavu.

9.4.3 Doporučení pro rodinu

Mezi důležité priority v péči o tyto pacientky patří zejména velká podpora právě od svých blízkých. Pocit bezpečí, lásky a ochota pomoci je někdy tím největším lékem pro snadnější zvládnání nemoci. Důležitá je spolupráce se zdravotnickým personálem pro uspokojení potřeb pacientky. Rodina poskytuje potřebné informace o nutnosti dodržování správné životosprávy a podílí se na dodržování léčebného režimu.

10 ZÁVĚR

Při psaní této bakalářské práce, která nese název „Ošetrovatelský proces u klientky po chirurgické korekci vrozené vývojové vady vnitřních rodidel“, jsme měli možnost se dozvědět mnoho nových informací a také se v samotné praxi lecčemu přiučit. Dle svých poznatků z odborné praxe jsme se snažili tuto práci zpracovat co nejpřehledněji tak, aby byla přínosem nejen pro laiky ale i pro odbornou veřejnost, a aby ukázala důležitost dětské gynekologie.

Při získávání podkladů a při zpracování bakalářské práce jsme zjistili mnoho zajímavých a poučných informací. Při pořizování anamnézy a nahlížení do zdravotnické dokumentace jsem měla možnost se setkat tváří v tvář s onemocněním, které pro mě bylo do té doby nové a které jsem neznala. Jako velmi přínosnou hodnotím spolupráci s posuzovanou pacientkou, která, i přes svůj nízký věk, byla ochotná se mnou diskutovat o většině otázek. Dále bych ocenila i profesionální a přátelský přístup lékařů, sester a dalšího personálu, s nimiž jsem se v rámci sběru dat k praktické části setkávala, abych mohla získat další cenné praktické poznatky.

Téma vývoje vnitřních rodidel a jejich vrozených vývojových vad bylo teoreticky zpracováno v prvních kapitolách práce. Popisuje i jednotlivé vrozené vývojové vady a jejich chirurgickou léčbu. Celá praktická část byla zaměřena na pacientku s vrozenou vývojovou vadou vnitřních rodidel, popisovala jednotlivá vyšetření při diagnostice onemocnění a vstupní vyšetření při jejím příjmu. Zaznamenala přípravu pacientky na provedení kolpostomie, zákrok samotný a pooperační péči. Model Virginie A. Hendersonové poskytl vstupní body pro určení ošetrovatelských diagnóz. Pacientka byla velmi pozorná a důsledně dodržovala veškerá doporučení zdravotnického personálu. Vzhledem k jejímu věku má velkou podporu rodiny a to bylo v péči o ní velmi důležité. Celý tým ve Fakultní nemocnici Motol, gynekologicko-porodnické kliniky, jí věnoval veškerou profesionální a odbornou péči. Veškeré cíle byly splněny.

11 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

DOENGES, M.E. a M.F. MOORHOUSE. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní setry*. Přel. I. Sucharová. Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8.

DYLEVSKÝ, I. et al. 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4.

FERIN, M., R. JEWELWICZ a M. WARREN. 1997. *Menstruační cyklus*. Praha: Grada. ISBN 8071693502.

Gynatrézie. In: Zdravotnictví a medicína [online]. [cit. 30. 9. 2005]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz>

GURKOVÁ, M. a K. ŽIAKOVÁ et al. 2009. *Vybrané ošetrovatelské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-080.

HEHLMANN, A. 2007. *Leitsymptome/Ein Handbuch für Studierende und Ärzte*. München: Elsevier GmbH. ISBN 978-437-42102-0. Přel. J. Berbardová. 2010. *Hlavní symptomy v medicíně. Praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha, Grada. ISBN 978-80-247-2612-0.

HOLUBOVÁ, V. et al. 2005. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academica. ISBN 80-200-1351-2.

HOŘEJŠÍ, J. et al. 1990. *Dětská gynekologie*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0075-X.

HUGO, J. a M. VOKURKA. 2011. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-262-9.

KOBILKOVÁ, J. et al. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén a Karolinum. ISBN 80-7262-315-X.

KOLAŘÍK, D., M. HALAŠKA a J. FEYEREISL. 2008. *Repetitorium gynekologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-138-7.

LEIFER, G. 1999. *Thompson's Introduction to Maternity and Pediatric Nursing*. Elsevier Science. Riverside Community College. ISBN 0721675513.

MACKŮ, F. et al. 1995. *Kompendium gynekologických operací*. Praha: Grada. ISBN 80-7269-154-2.

Menstruační cyklus. In: Wikipedia: otevřená encyklopedie. [online]. Wikipedia Foundation, 2003. Stránka naposledy editována 13. 3. 2014 v 10:50. Česká verze. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org>

National Heart, Lung and Blood Institute. In: Public Health Services. [online]. [cit. June 2008]. Dostupné z: <http://nhlbi.nih.gov.htm>

NĚMCOVÁ, J. et al. 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Praha: Maurea. ISBN 978-80-902876-93.

Otův slovník naučný III. 2000. Praha: Argo, Paseka. ISBN 80-7203-033-7.

PARRAMÓN, J. M., *Atlas de anatomía*. Přel. M. Pechová, 1996. Atlas anatomie. Praha: Svojtka a Vašut. ISBN 9071800929.

PAVLÍKOVÁ S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

Percentilové grafy dětí. IN: Výživa.cz [online]. Dostupné z: <http://vyzivapacientu.cz>

ROB, L. et al. 2008. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 678-80-7262-501-7.

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

SADLER, T.W. 2010. *Langmanova lékařská embryologie*. Praha: Grada. Překlad 10. vydání Langman's Medical Embryology. ISBN 978-80-247-2640-3.

SEDLÁŘOVÁ, P. et al. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.

Škála bolesti. In: Dáma.cz [online]. [cit. 7. 2. 2008]. Dostupné z: <http://dama.cz>

Škála bolesti. In: Lékařská fakulta Hradec Králové [online]. Dostupné z: <http://lfhk.cuni.cz>

Test Barthelové. In: Medicína pro praxi [online]. [cit. 9. 8. 2011]. Dostupné z: <http://medicinapropraxi.cz>

WEISS, P. et al. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

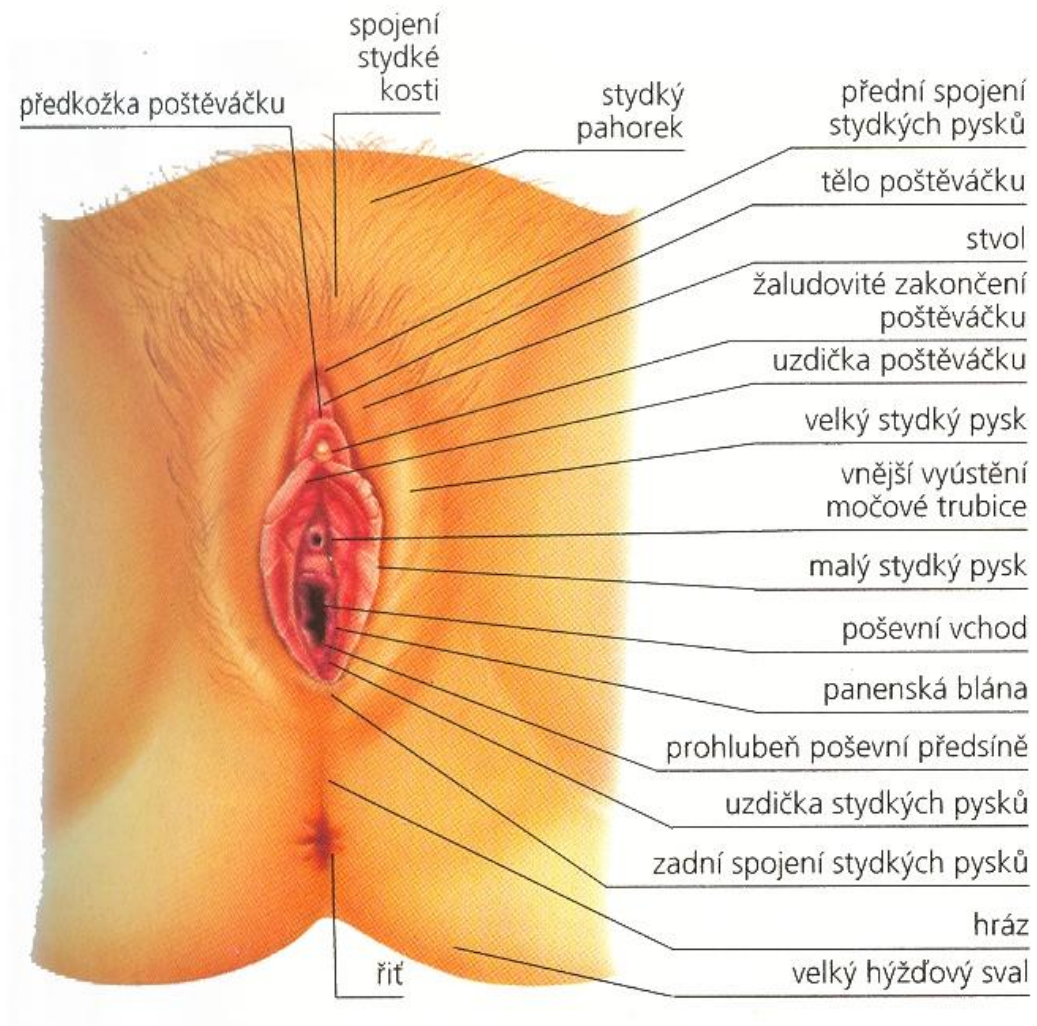
Zdravotnictví a medicína. *Spolupráce dětské gynekologie a pediatrie v praxi*. [online]. [cit. 30. 9. 2005]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz>

Netter Image. In: Elsevier, Inc. [online]. Copyright Elsevier INC. All rights reserved. 205-2012. Dostupné z: <http://NetterImage.com>

PŘÍLOHY

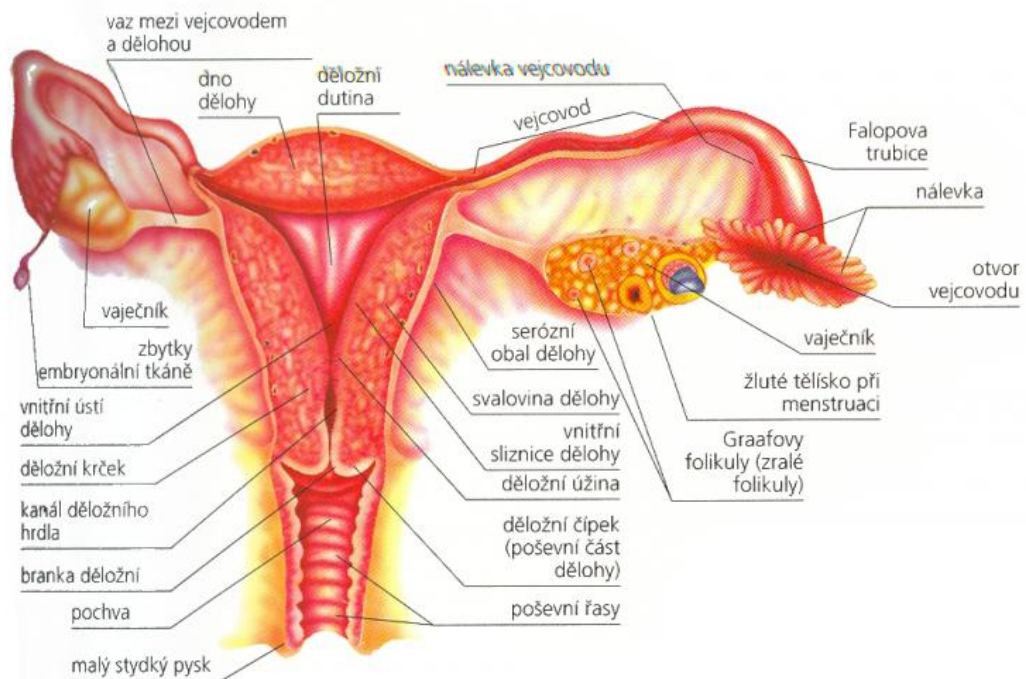
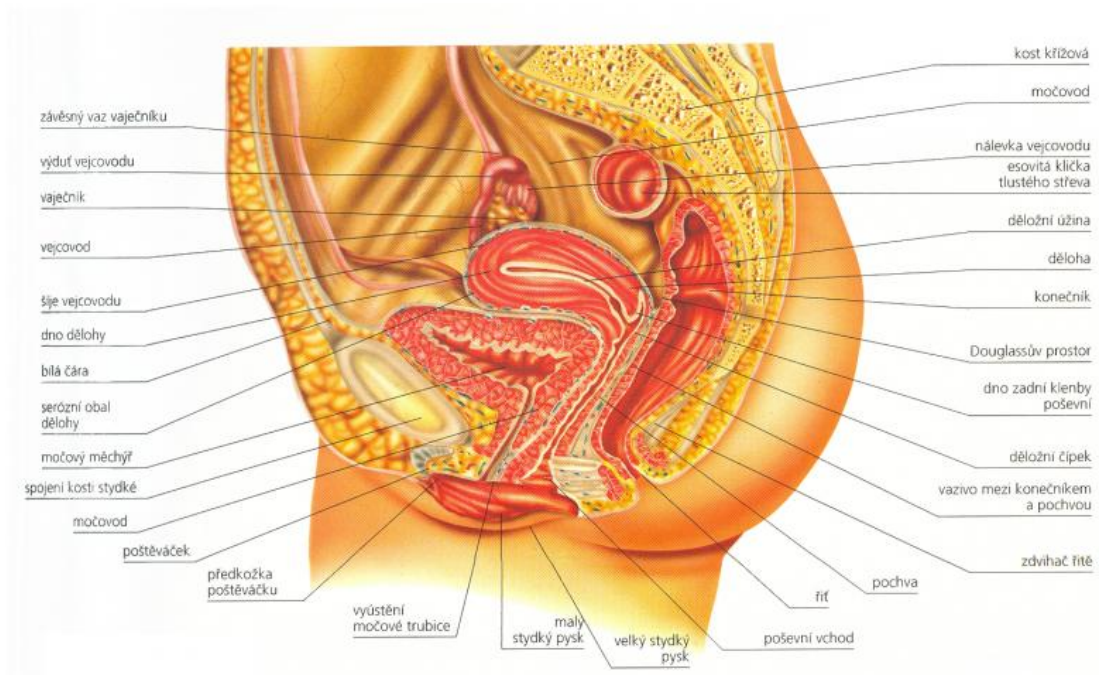
Příloha A – Zevní orgány ženy	I
Příloha B - Reprodukční orgány ženy	II
Příloha C – Menstruační a ovulační cyklus	III
Příloha D – Gynatrémie	IV
Příloha E – Hymenální atřezie, haematocolpos	V
Příloha F – Syndrom Rokitansky – Kuster	VI
Příloha G – Syndrom Rokitansky – Kuster, ultrazvukové vyšetření	VII
Příloha H – Vecchiettiho neoplastika	VIII
Příloha CH – Infantilní děloha, ultrazvukové vyšetření	IX
Příloha I – Děloha dospělého typu, ultrazvukové vyšetření	X
Příloha J – Mucocolpos, ultrazvukové vyšetření	XI
Příloha K – Mucocolpos, ultrazvukové vyšetření	XII
Příloha L – Haematocolpos, ultrazvukové vyšetření	XIII
Příloha M – Haematometra s dilatací dutiny děložní, ultrazvukové vyšetření	XIV
Příloha N – Haematometra s dilatací dutiny děložní, ultrazvukové vyšetření	XV
Příloha O - Barthelové test základních všedních činností	XVI,
Příloha P – Body mass index	XVIII
Příloha Q - Percentilový graf pro dívky od 3 do 14 let.	XIX
Příloha R – Škály bolesti	XX
Příloha S - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce	XXI

Příloha A – zevní pohlavní orgány ženy



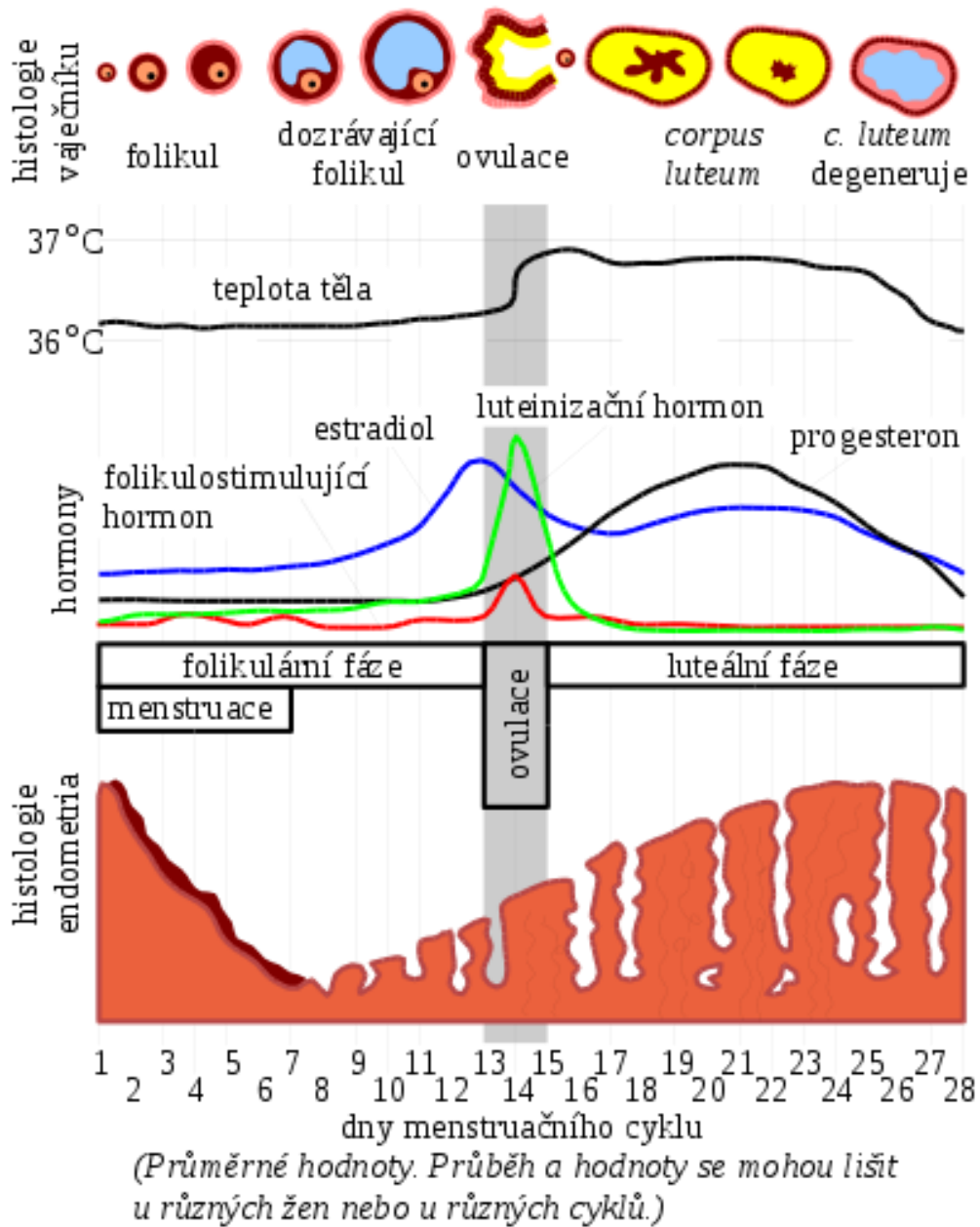
Zdroj: FERIN, 1997

Příloha B – Vnitřní pohlavní orgány ženy



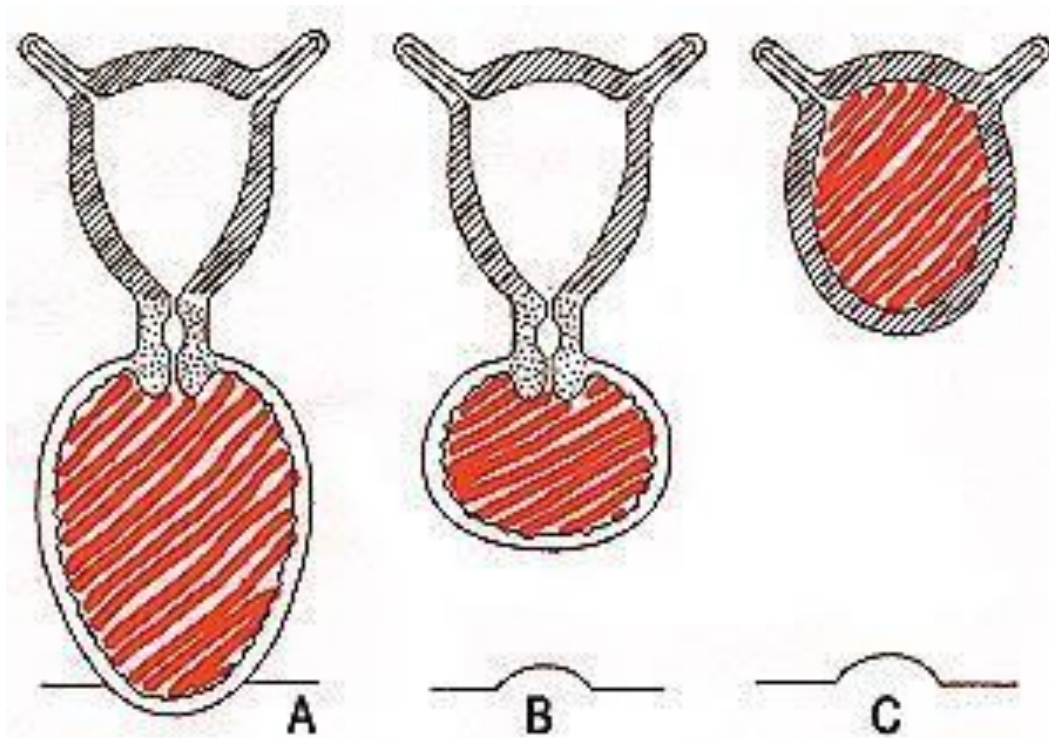
Zdroj: FERIN, 1997

Příloha C – menstruační a ovulační cyklus



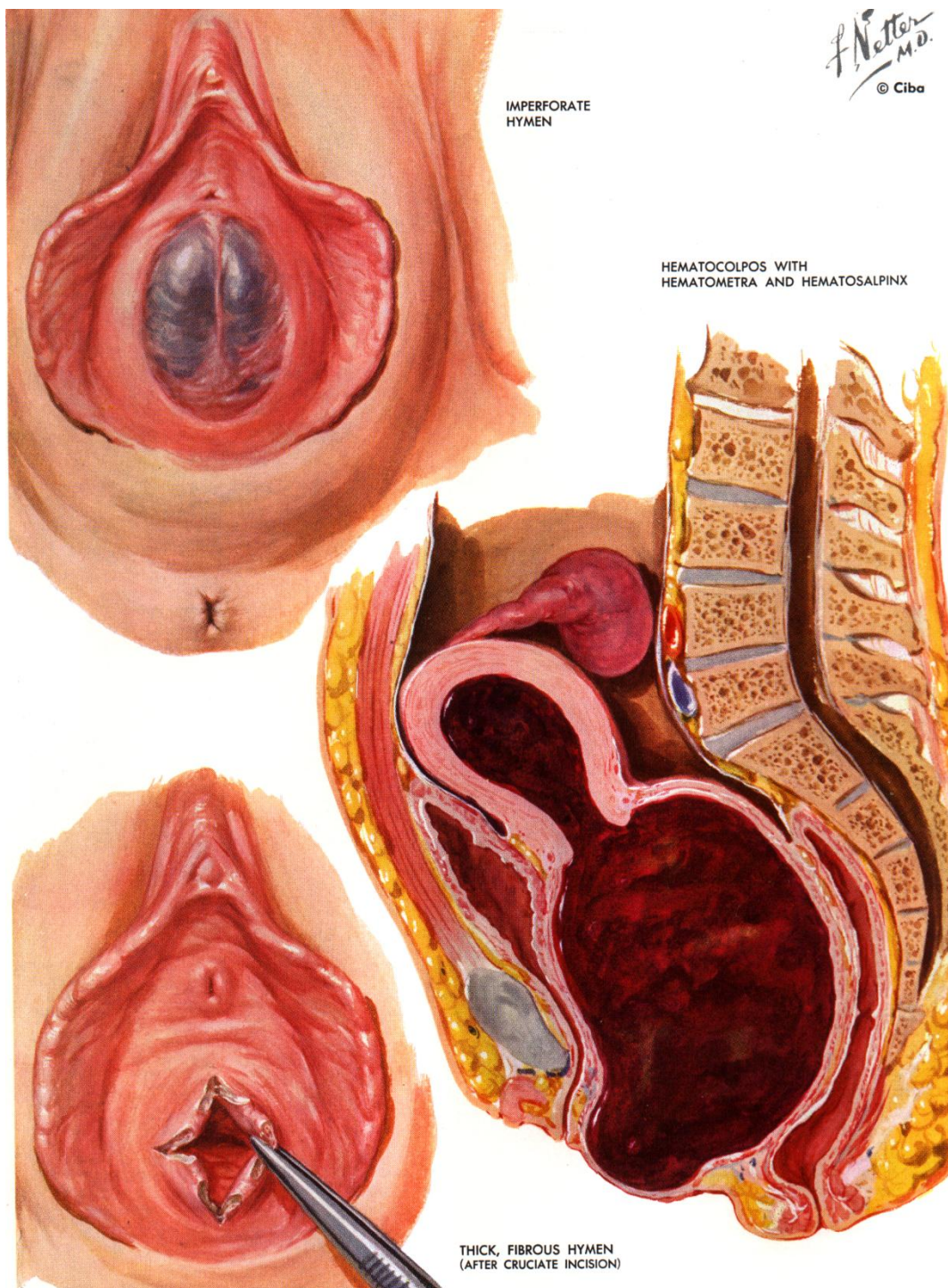
Zdroj: Wikipedia, 2003

Příloha D – gynatrémie.



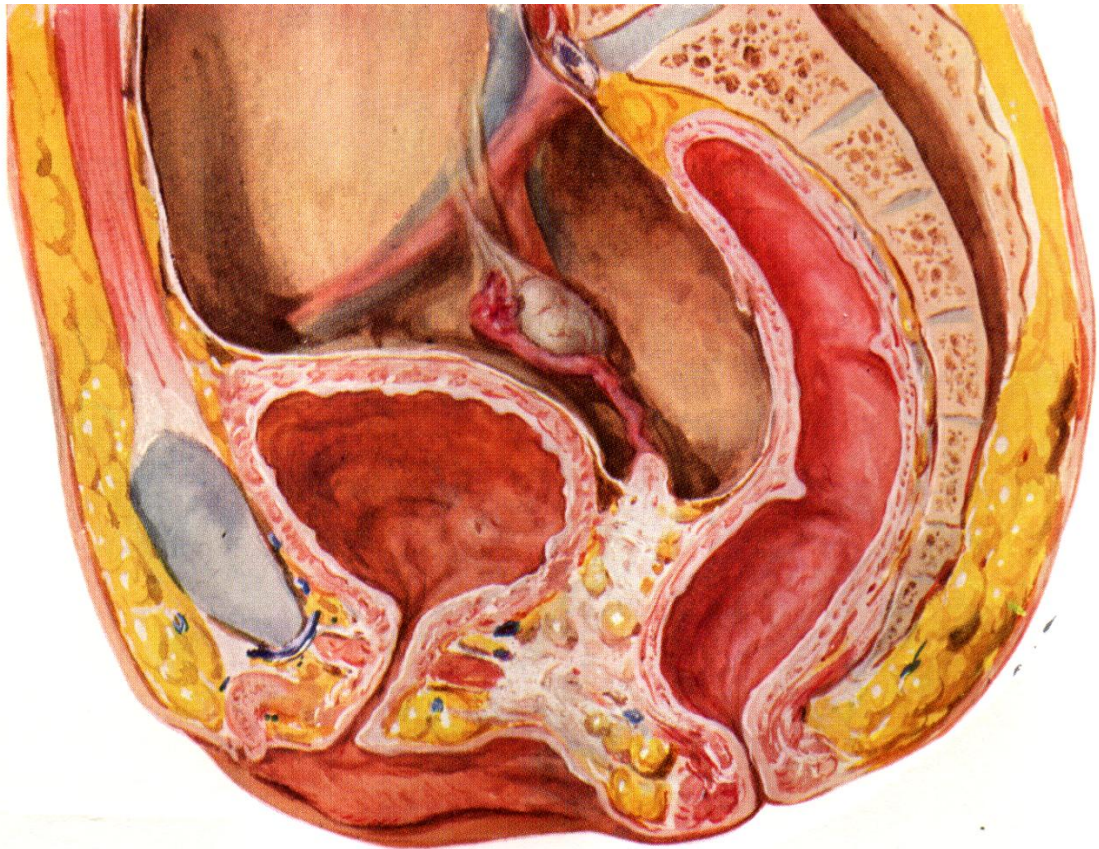
Zdroj: Zdravotnictví a medicína, 2011.

Příloha E – hymenální atrézie, haematocolpos.



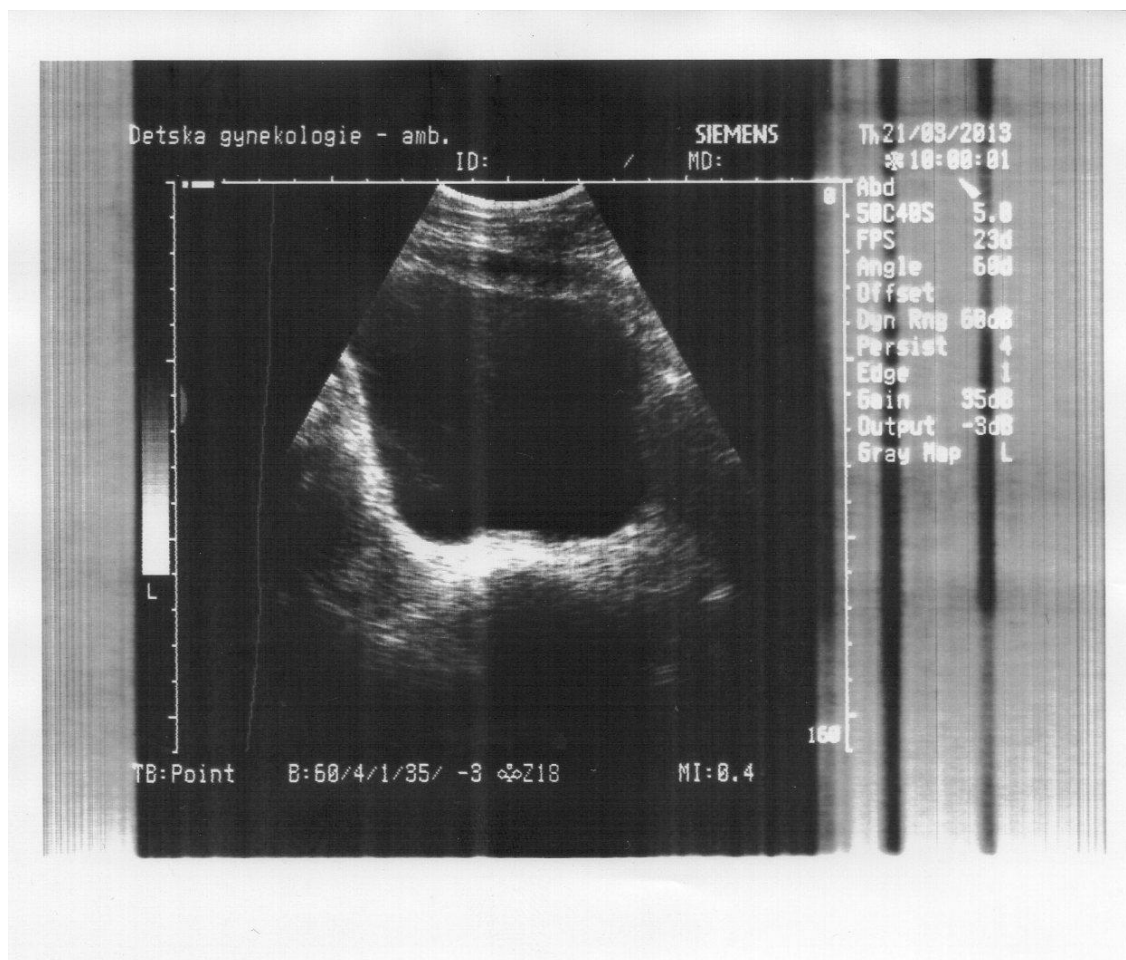
Zdroj: Netter image.

Příloha F – Syndrom Rokitansky-Kuster.



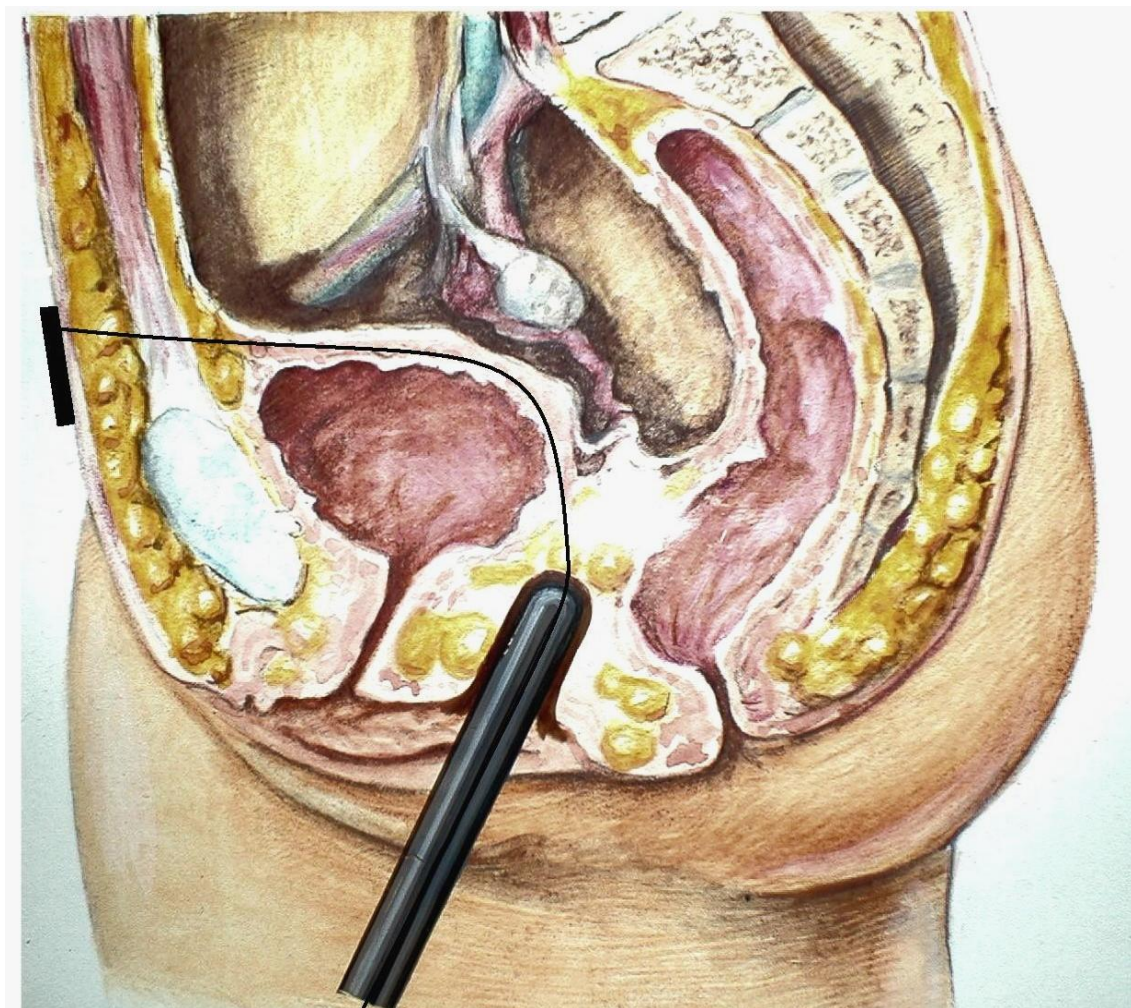
Zdroj: Netter image.

Příloha G – Syndrom Rokitansky-Kuster, aplazie dělohy, ultrazvukové vyšetření.



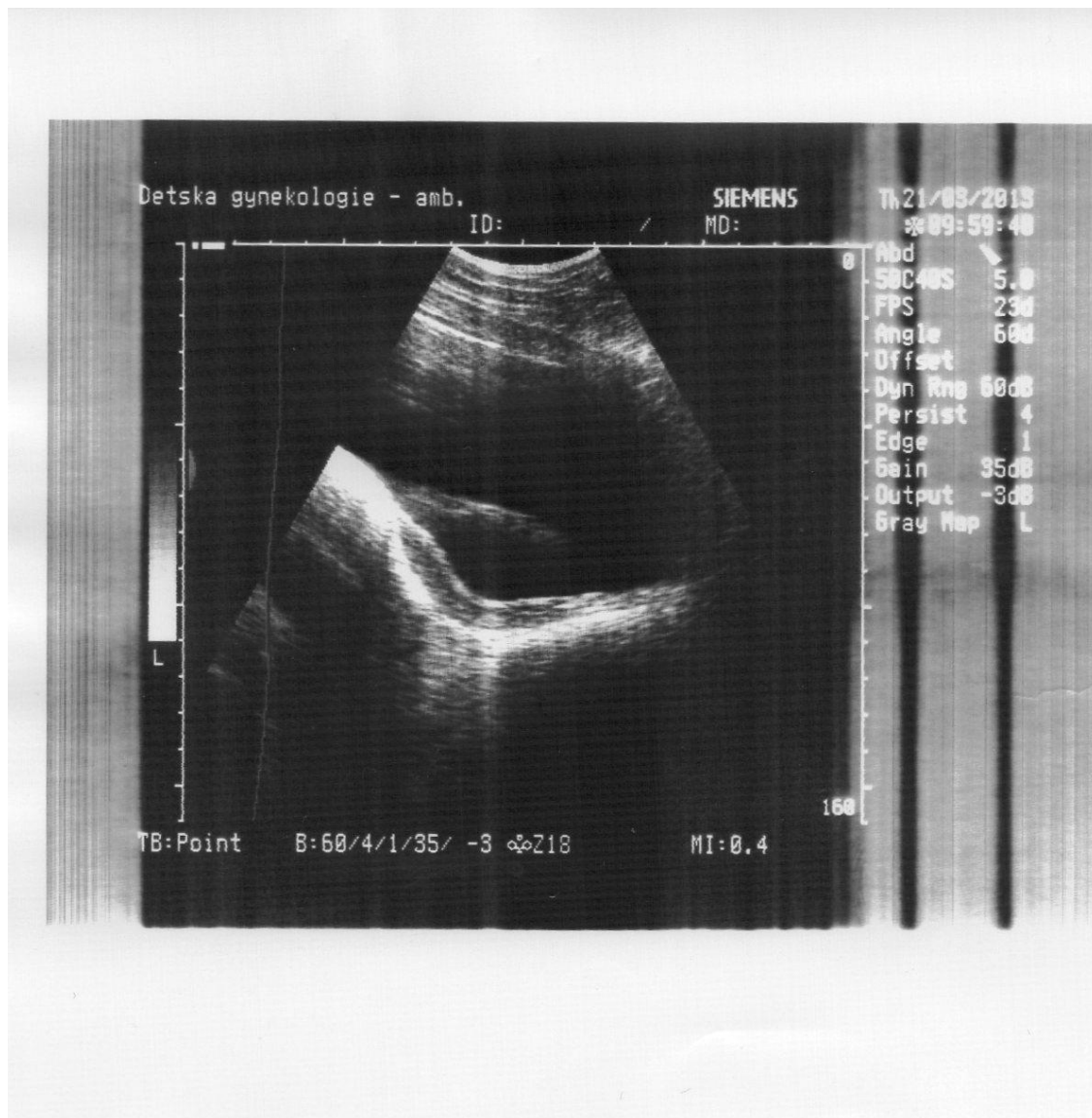
Zdroj: Fakultní nemocnice Motol, MUDr. L. T.

Příloha H – Vecchiettiho neoplastika.



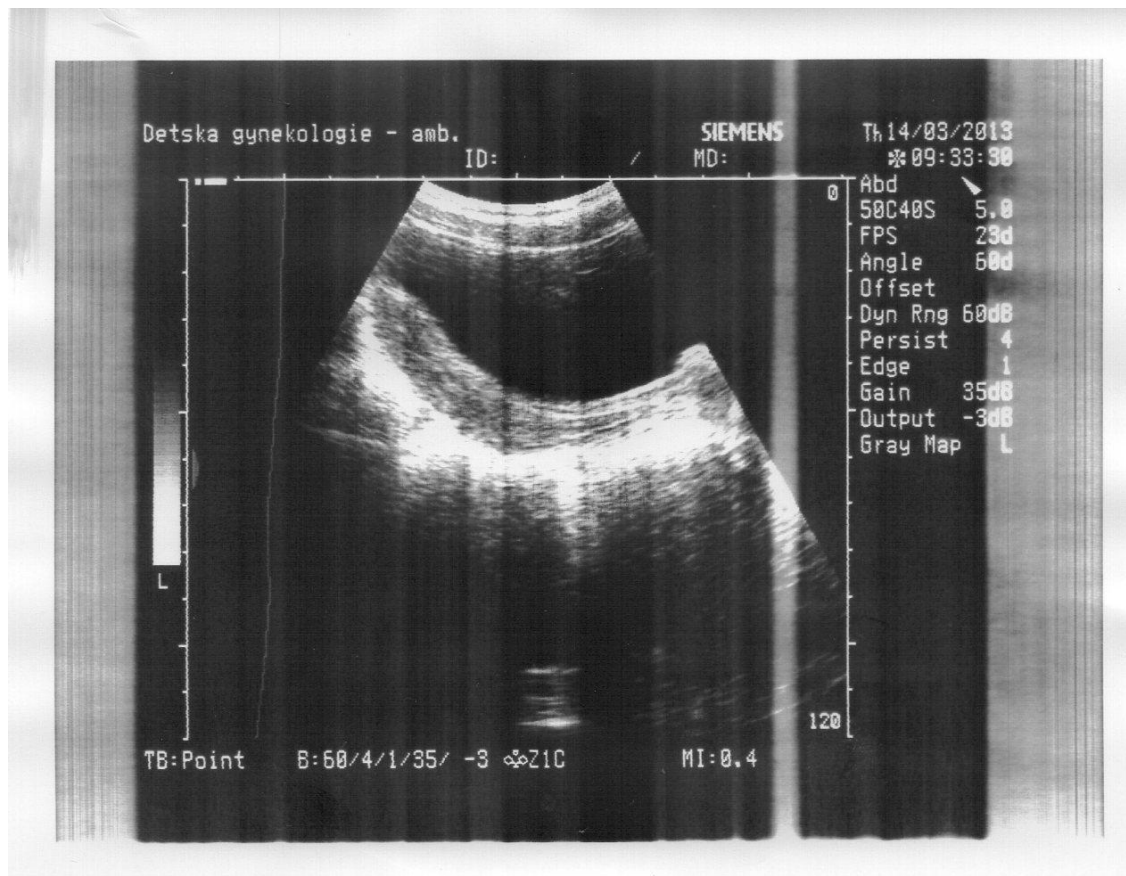
Zdroj: Fakultní nemocnice Motol, MUDr. L. T.

Příloha CH – děloha infantilního typu, ultrazvukové vyšetření.



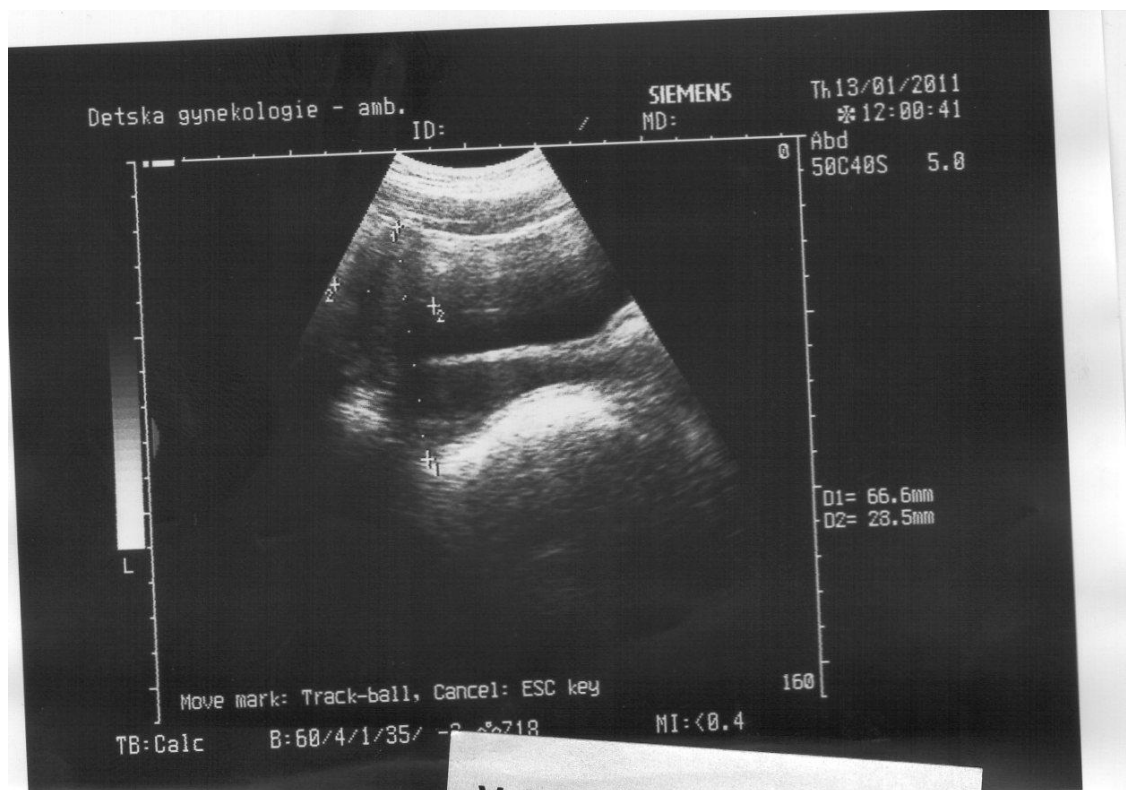
Zdroj: Fakultní nemocnice Motol, MUDr. L. T.

Příloha I – děloha dospělého typu, ultrazvukové vyšetření.



Zdroj: Fakultní nemocnice Motol, MUDr. L. T.

Příloha J – mucocolpos, ultrazvukové vyšetření.



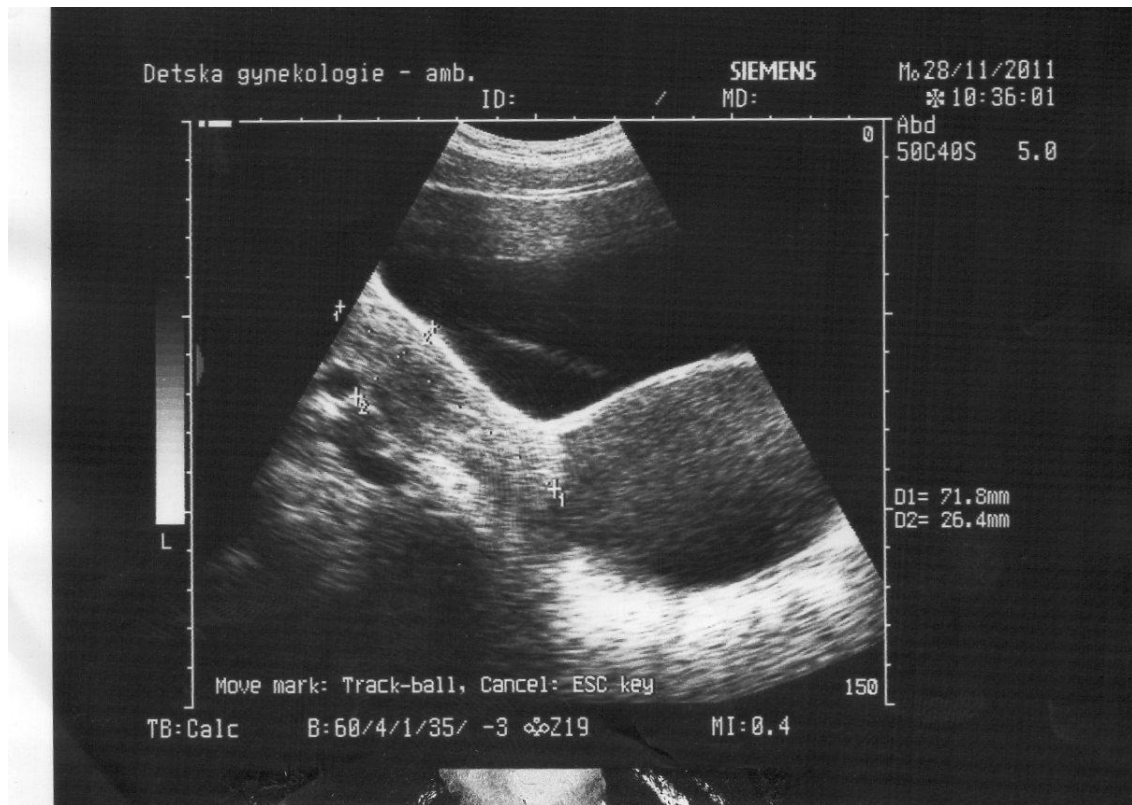
Zdroj: Fakultní nemocnice Motol, MUDr. L. T.

Příloha K – mucocolpos, ultrazvukové vyšetření.



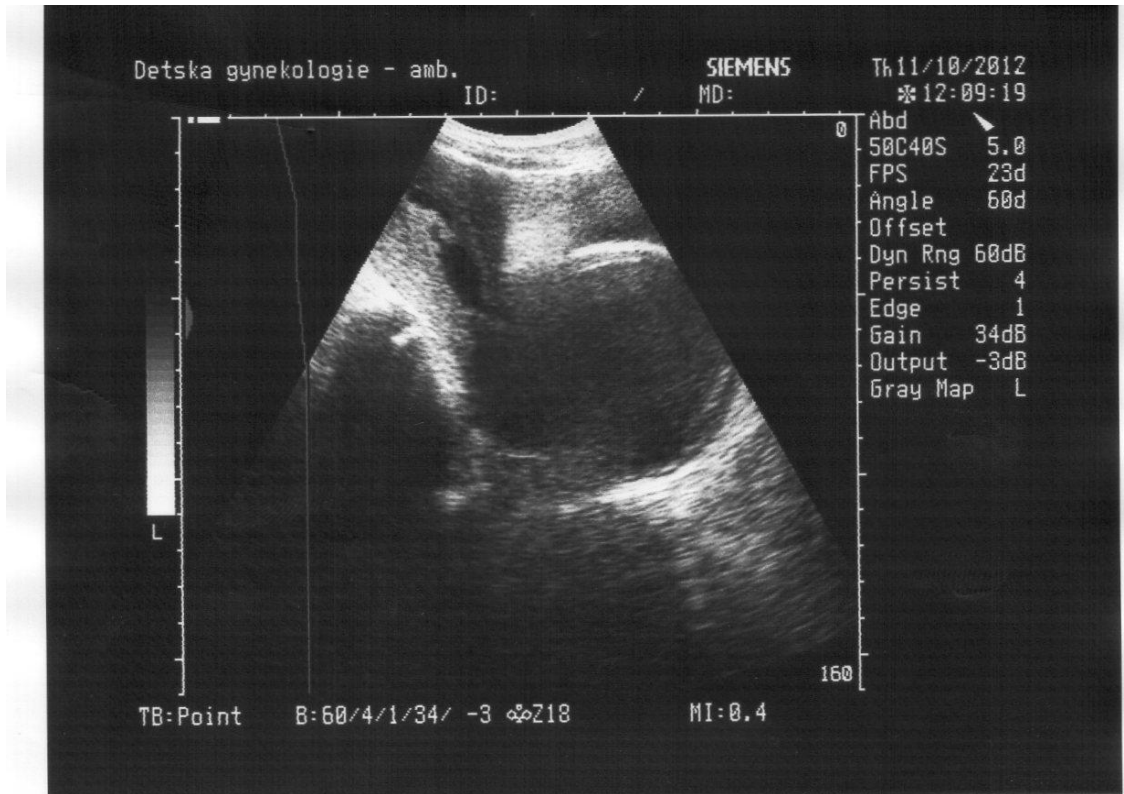
Zdroj: Fakultní nemocnice Motol, MUDr. L. T.

Příloha L – haematocolpos, ultrazvukové vyšetření.



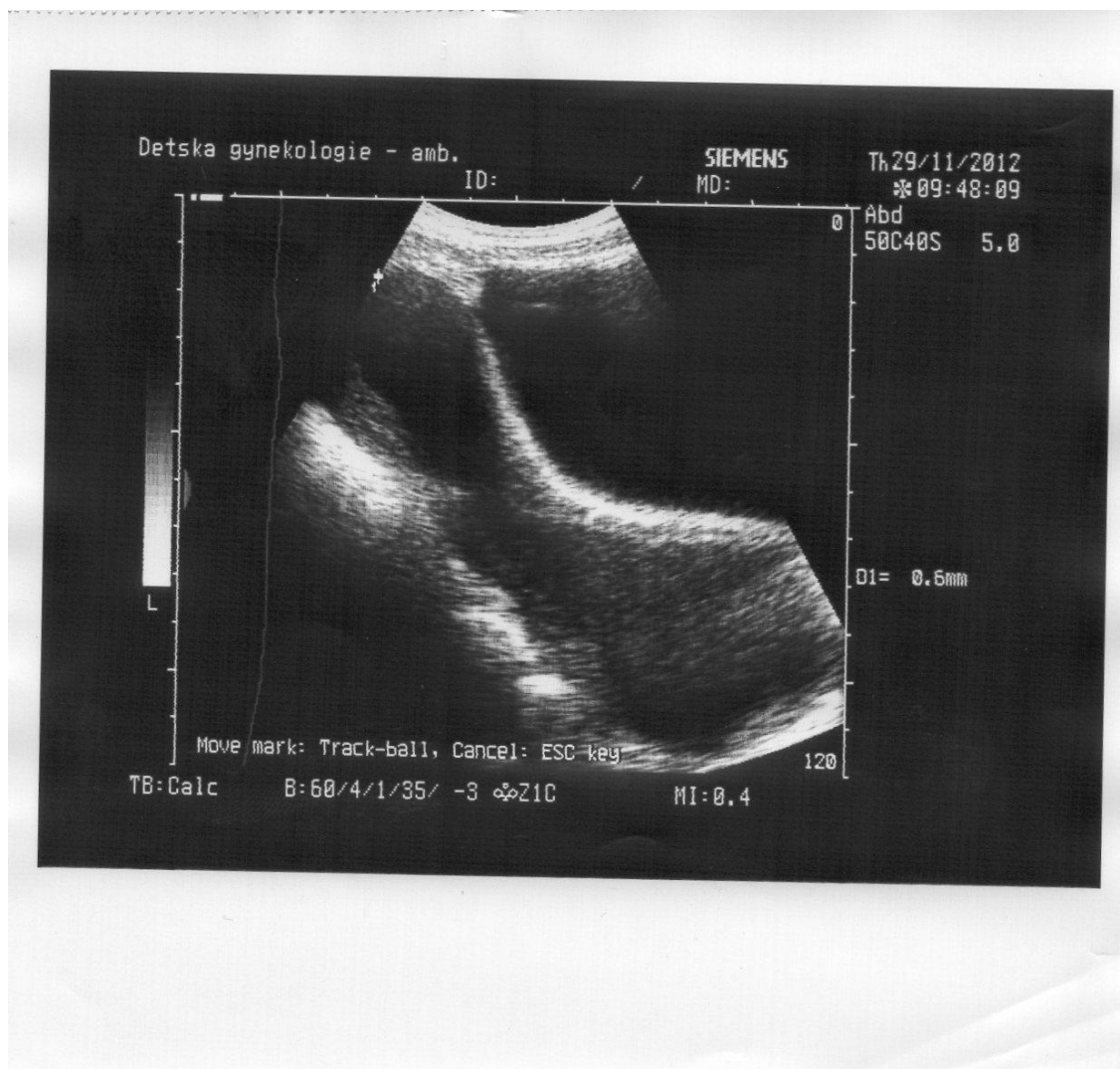
Zdroj: Fakultní nemocnice Motol, MUDr. L. T.

Příloha M – haematometra s dilatací do dutiny děložní.



Zdroj: Fakultní nemocnice Motol, MUDr. L. T.

Příloha N – haematometra s dilatací do dutiny děložní.



Zdroj: Fakultní nemocnice Motol, MUDr. L. T.

Příloha O – Barthelové test základních všedních činností (ADL – activity daily living).

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00

07. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprovede	00
08. Přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	05
	Neprovede	00
09. Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomocí 50 metrů	10
	Na vozíku 50 metrů	05
	Neprovede	00
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů

	Nezávislý	96 – 100 bodů
--	-----------	---------------

Zdroj: Medicína pro praxi, 2011

Příloha P – Body Mass Index

Body Mass Index (BMI)

Weight in Pounds (lbs) and Kilograms (kg)

Height in Feet and Inches and in Meters (m)	100 lbs	110 lbs	120 lbs	130 lbs	140 lbs	150 lbs	160 lbs	170 lbs	180 lbs	190 lbs	200 lbs	210 lbs	220 lbs	230 lbs	240 lbs	250 lbs
	45 kg	50 kg	54 kg	59 kg	63 kg	68 kg	73 kg	77 kg	82 kg	86 kg	91 kg	95 kg	100 kg	104 kg	108 kg	113 kg
4'8" 1.46 m	22	25	26	29	31	34	36	38	40	43	45	47	49	52	54	56
4'9" 1.47 m	22	24	26	28	30	33	35	37	39	41	43	45	48	50	52	54
4'10" 1.49 m	21	23	25	27	29	31	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52
4'11" 1.50 m	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	49	51
5'0" 1.52 m	20	22	23	25	27	29	31	33	35	37	39	41	43	45	47	49
5'1" 1.55 m	19	21	23	25	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	45	47
5'2" 1.57 m	18	20	22	24	26	27	29	31	33	35	37	38	40	42	44	46
5'3" 1.60 m	18	20	21	23	25	27	28	30	32	34	35	37	39	41	43	44
5'4" 1.63 m		19	21	22	24	26	28	29	31	33	34	36	38	40	41	43
5'5" 1.65 m		18	20	22	23	25	27	28	30	32	33	35	37	38	40	42
5'6" 1.67 m		18	19	21	23	24	26	27	29	31	32	34	36	37	39	40
5'7" 1.70 m			19	20	22	24	25	27	28	30	31	33	35	36	38	39
5'8" 1.73 m			18	20	21	23	24	26	27	29	30	32	34	35	37	38
5'9" 1.75 m			18	19	21	22	24	25	27	28	30	31	33	34	35	37
5'10" 1.78 m				19	20	22	23	24	26	27	29	30	32	33	35	36
5'11" 1.80 m				18	20	21	22	24	25	27	28	29	31	32	34	35
6'0" 1.83 m			16	18	19	20	22	23	24	26	27	28	30	31	33	34
6'1" 1.85 m			16		19	20	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33

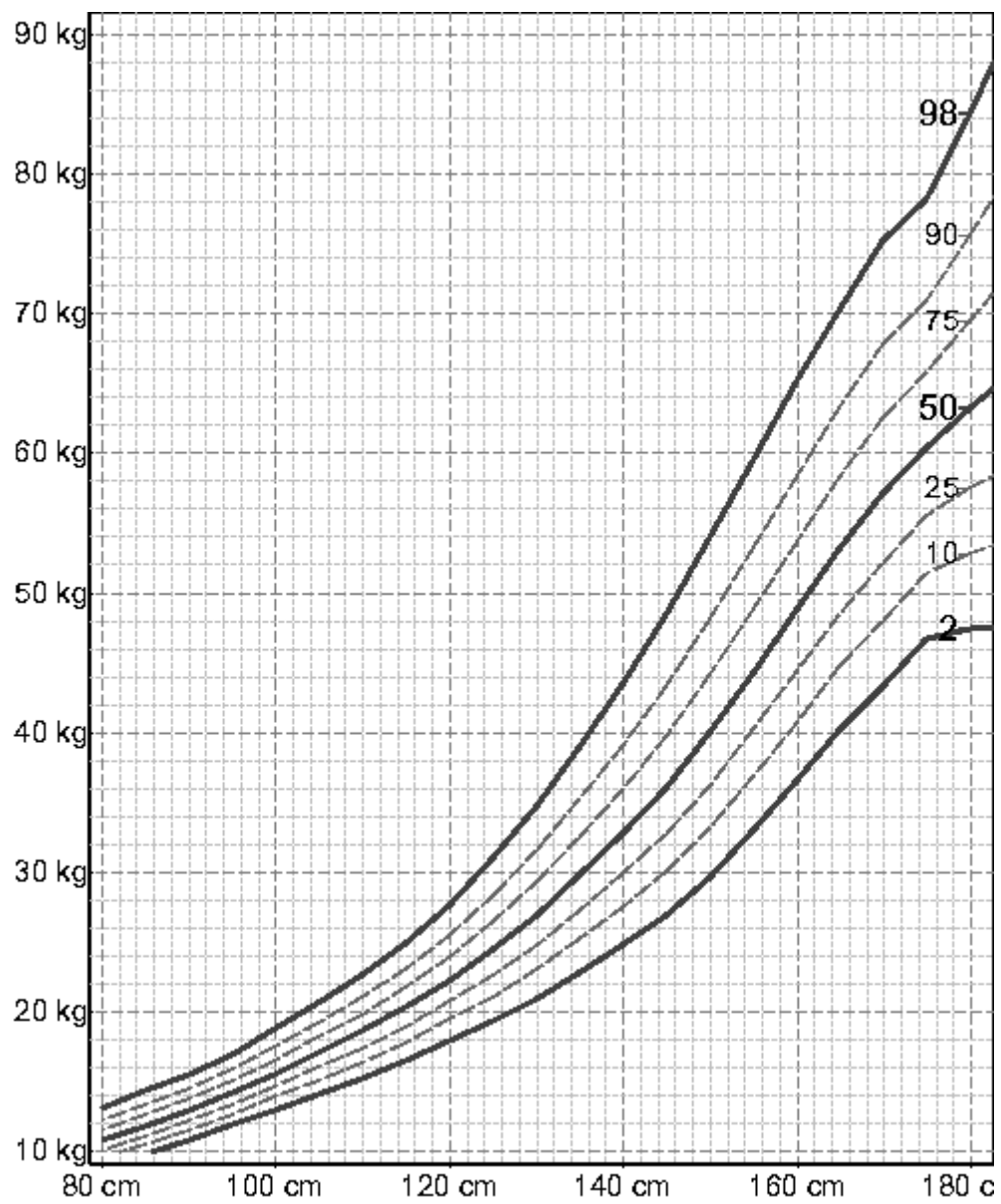
■ Healthy Weight

■ Overweight

■ Obese

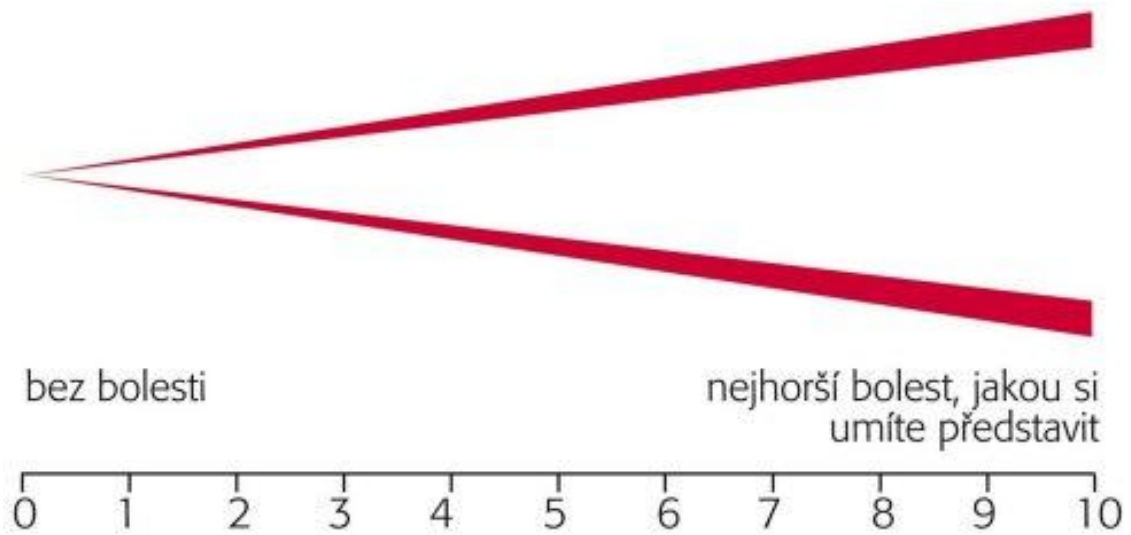
Zdroj: National Heart, Lung and Blood Institute, 2008.

Příloha Q – percentilový graf pro dívky od 3 do 14 let.

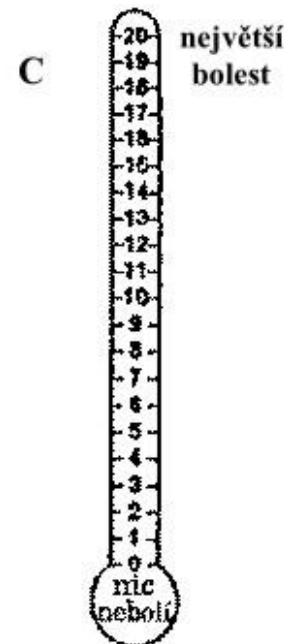
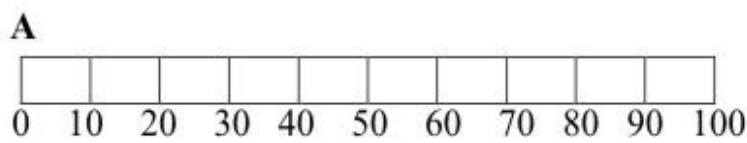


Zdroj: Výživa.cz

Příloha R – NRS bolesti, škály bolesti.



Zdroj: Dáma.cz, 2008.



Zdroj: Lékařská fakulta Hradec Králové, 2008.

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky po chirurgické korekci vrozené vývojové vady vnitřních rodidel v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....
Jméno a příjmení studenta