



Ošetrovateľská péče v gynekologii

TEXT PRO POSLUCHAČE ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

ČERVENĀNOVĀ Eva, Zuzana GARNEKOVĀ,
Ivana JAHODOVĀ a Jana KOCUROVĀ

Praha 2014

Vysokoškolská skripta - text k předmětu Ošetrovatelská péče v gynekologii.

© Eva Červeňanová, Zuzana Garneková, Ivana Jahodová, Jana Kocurová

Vydavatel: VŠZ, o. p. s., Duškova 7, Praha 5

S. 84

Ošetrovatelská péče v gynekologii

Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický celek. Je součástí komplexu předmětů z klinického ošetrovatelství. Seznamuje studenty s péčí o zdraví ženy podle jejího věku. Charakterizuje klinické stavy gynekologických onemocnění z hlediska ošetrovatelské péče a potřeb pacientů zmíněných v souvislosti s onemocněním, jejich etiologií, symptomatologií, diagnostiku a léčbu. Důraz je kladen na odlišnosti individuálních potřeb žen a jejich uspokojování podle věku, včetně zdravého sexuálního života. Seznamuje s odlišnostmi multidisciplinární péče v oblasti různých forem zdravotních služeb.



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Tento text byl vytvořen ze studijních materiálů, které vznikly realizací projektu podpořeného v rámci operačního programu OP VK (Operační program Vzdělávání pro konkurenceschopnost, <http://www.msmt.cz/strukturalni-fondy/op-vpk-obdobi-2007-2013>). Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

Obsah

Ošetrovatelská péče v gynekologii	3
1 Gynekologicko- porodnické ošetrovatelství.....	6
1.1 Charakteristika oboru.....	6
1.2 Vývojová období ženy.....	6
1.3 Systém poskytování péče o ženu.....	8
1.3.1 Vyšetření v dětské gynekologii.....	16
1.3.2 Gynekologické vyšetření dívek.....	17
1.4 Prevence v gynekologicko-porodnickém ošetrovatelství.....	18
1.4.1 Preventivní prohlídka.....	18
1.4.2 Primární prevence.....	19
1.4.3 Sekundární prevence.....	21
1.4.4 Terciární prevence.....	22
1.4.5 Samovyšetřování prsů.....	22
2 Základy anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů.....	24
2.1 Zevní pohlavní orgány (organa genitalia externa).....	24
2.2 Vnitřní pohlavní orgány.....	25
2.3 Prs (mamma, mastos).....	29
2.4 Menstruační cyklus.....	30
3 Ošetrování žen při zánětlivých nemocech ženských pohlavních orgánů.....	34
3.1 Klinické projevy a etiologie.....	35
3.2 Diagnostika.....	36
3.3 Léčba.....	36
3.4 Ošetrovatelská péče.....	36
4 Ošetrování žen při endometrióze.....	42
4.1 Etiologie a klinické projevy.....	42
4.2 Diagnostika.....	45
4.3 Léčba.....	46
4.4 Ošetrovatelská péče.....	47
5 Ošetrování žen při nádorových chorobách ženských pohlavních orgánů.....	50
5.1 Nádory ženských pohlavních orgánů.....	50
5.2 Klinické projevy a etiologie.....	54
5.3 Diagnostika.....	55
5.4 Léčba.....	56

5.5. Ošetrovatelská péče	57
6 Ošetrování žen při náhlých příhodách v gynekologii.....	60
6.1 Klinické projevy a etiologie.....	61
6.2 Diagnostika	63
6.3 Léčba.....	63
6.4 Ošetrovatelská péče	63
7 Inkontinence moči	65
7.1 Klinické projevy a etiologie.....	65
7.2 Diagnostika	67
7.3 Léčba.....	68
7.4 Ošetrovatelská péče	71
8 Ošetrování žen v klimakteriu a postmenopauze	72
8.1 Charakteristika klimaktéria, menopauza, postmenopauza.....	72
8.1.1 Léčba.....	74
8.2 Specifika ošetrovatelské péče	76
8.3 Kvalita života ženy v klimaktériu a postmenopauze	76
Literární zdroje:	79

1 Gynekologicko- porodnické ošetrovatelství

1.1 Charakteristika oboru

Gynekologicko-porodnické ošetrovatelství je aplikovaný obor ošetrovatelství, který se zabývá ošetrovatelskou péčí o ženu od narození do smrti. Východiskem jsou ošetrovatelská teorie, ošetrovatelská praxe a ošetrovatelský výzkum.

Úlohou gynekologického ošetrovatelství je uspokojovat bio-psycho-sociální a duchovní potřeby ženské populace.

Gynekologie je medicínský obor zabývající se péčí o ženu, zaměřený na diagnostiku, léčbu a prevenci onemocnění ženských pohlavních orgánů.

Porodnictví je medicínský obor zabývající se fyziologií a patologií těhotenství, porodu a šestinedělí.

Péče o těhotnou ženu, rodičku a nedětku (prenatální, intrapartální a postnatální péče se zajištěním včasné a účinné léčby. Péče je poskytována ve spolupráci s lékařskými obory genetika a pediatrie.

Péče o ženu (manželský pár) trpící sterilitou a infertilitou (obor asistovaná reprodukce) – je určena neplodným manželským párům nebo ženám opakovaně potrácejícím. Péče je poskytována ve spolupráci s lékařským oborem endokrinologie a imunologie.

Onkologická gynekologie – poskytuje péči v rámci prevence, včasné diagnostiky, léčby a dispenzarizace onkologických onemocnění ženy. Je to interdisciplinární obor, kde úzce spolupracuje gynekolog s onkologem, radioterapeutem či klinickým psychologem.

Dětská a dorostová gynekologie – sleduje se zdravý vývoj reprodukčních orgánů a vývoj jejich funkce v dětství a dospívání (obvykle do věku 15 let). Vyhledává, diagnostikuje a léčí poruchy a onemocnění, které by mohly ohrozit budoucí fertilitu ženy (nejčastěji jsou to záněty, poruchy cyklu).

Urogynekologie – diagnostika a léčba dysfunkce dolní části močového ústrojí spojené s obtížným vyprazdňováním močového měchýře a inkontinencí moči u žen. Je to hraniční obor mezi gynekologií a urologií.

Senologie – moderní interdisciplinární obor, který řeší otázky komplexní péče o nemoci prsu (spolupráce s radiodiagnostikou, chirurgy, onkology).

1.2 Vývojová období ženy

Úlohou ženy je udržovat lidský rod, proto biologické a fyziologické procesy v ženském organismu jsou podmíněny tímto aspektem. V životě ženy rozeznáváme období, ve kterých se životní procesy, růst a celková konstituce od sebe odlišují. V jednotlivých vývojových obdobích má tělo ženy typický vzhled. V každém období se mění postava a funkce pohlavních orgánů. Nejvíce se to projevuje v období pohlavní zralosti, kdy orgány jsou připraveny k rozmnožování.

Životní období ženy můžeme dělit na novorozenecké období, dětství, pubertu, období pohlavní zralosti, perimenopauzu a senium.

Novorozenecké období - v novorozeneckém období se pod vlivem mateřských estrogenů projevuje na pohlavních orgánech a prsou tzv. novorozenecká hormonální reakce označovaná jako estrogenizace organismu. Reakce se projevuje zduřením pohlavních orgánů a prsou, někdy i vylučováním sekretů. Přibližně u 3 % novorozenců u obou pohlaví je možné sledovat nápadné zduření prsní žlázy pod bradavkou a dvorcem, někdy je spojeno se začervenaním kůže a sekrecí mléka. Jde v podstatě o reakci prsu na koncentraci hormonů, které si novorozenec přináší po porodu od matky. Zduření prsou zmizí samo. Hormony se z těla novorozence postupně vylučují, na což může reagovat také výstelka dělohy děvčátka tak, že může vyvolat krvavý výtok z rodidel. Vliv estrogenů na některých tkáních reprodukční soustavy přetrvává různě dlouho. Hormonální novorozenecká reakce se obvykle upraví do 6 až 8 týdnů po narození dítěte.

Dětské období - v dětském období, které trvá přibližně do 8. až 10. roku života, se nacházejí rodidla a prsy ve fyziologickém klidu. Aktivita gonadotropinů (hormony předního laloku hypofýzy řídící činnost pohlavních žláz – FSH, LH) nevykazují měřitelné hodnoty. Pohlavní orgány rostou zároveň s ostatními částmi těla. Pochva neobsahuje Döderleinové tyčinky. U děvčat převládá somatický růst a intelektový vývoj.

Puberta - pod pojmem puberta se rozumí přechodné stádium z klidového dětského období do období pohlavní zralosti. Pohlavní dospívání začíná tzv. **gonadarché** – jde o začátek produkce estrogenů ve vaječnicích. Celý reprodukční systém začne reagovat na stoupající koncentraci hormonů a rozvíjí se v určitém sledu až do dosažení plné ženské pohlavní zralosti. V našich klimatických podmínkách se pubertální změny obvykle projevují mezi 10. a 11. rokem věku vývojem mléčné žlázy a formováním prsů – **telarché**. Růst prsů patří k prvním příznakům dospívání u dívek. Projevuje se dva až tři roky před nástupem první menstruace. O něco později, od 12. roku, se objevuje ochlupení ohanbí – **pubarche** a následně ochlupení v axilách – **adrenarché**. V průměru kolem 13. roku přichází první menstruační krvácení z rodidel, které se nazývá **menarché**, v ovariích začínají zrát vajíčka. V pubertě je možné sledovat i zrychlený tělesný růst, který končí kolem 17. roku. V pubertálním období nastávají vlivem hormonů změny na ženských pohlavních orgánech. Hymen (panenská blána) zesílí, pochva se stává vlhkou, na děloze pozorujeme celkový nárůst ve prospěch zvětšujícího se těla dělohy. Prožívání tělesného a sexuálního vývoje má výrazný vliv také na psychiku.

Období pohlavní zralosti - fertility je nejdůležitějším a nejdelším obdobím života ženy, trvá přibližně do 40. až 45. roku. V tomto období pracuje u ženy soustava žláz s vnitřní sekrecí ve vzájemné souhře s vegetativním nervstvem. Pro reprodukční období je charakteristickým pravidelný menstruační cyklus, v průběhu kterého dozrávají vajíčka schopná oplození.

Kolem 45. roku života nastupuje období nazvané **premenopauza**. Kolem 52. roku života obvykle dochází k **menopauze** - poslednímu menstruačnímu krvácení.

Perimenopauza - klimakterium (přechod) – je období hormonálních změn v životě ženy, které je charakterizováno přechodem z premenopauzy do postmenopauzy,

z období úplné pohlavní zralosti do období stáří – senium. Nastává involuce pohlavních orgánů a mléčné žlázy, která trvale a pozvolna pokračuje až do stáří. Fyziologicky se perimenopauza vyskytuje mezi 45. a 60. rokem věku. V užším významu perimenopauzu definujeme jako období začínajícího přibližně jeden rok před menopauzou do jednoho roku po menopauze, které je charakterizované nástupem klinických obtíží a posledním menstruačním krvácením ženy - menopauzou. **Postmenopauza** je období hormonálního klidu. Začíná rok po poslední menstruaci.

Senium – období, kdy klimakterium u ženy postupně přechází do dalšího životního období – senia. V tomto období nastává úplný hormonální klid. Senium začíná kolem 60. roku věku. Přináší s sebou množství změn. Stárnutí je podmíněné fyziologickou podstatou jedinců a jejich zdravotním profilem. Vyhasínání vaječnickové estrogenové produkce způsobuje pozvolnou involuci pohlavních orgánů a sekundárních znaků. Rodidla atrofují. U starých žen jsou prsy vyplněné jen tukovou tkání a vazivem. Tím, že v něm chybí žlázové tkanivo, stává se prs ochablým. Na kůži se tvoří vrásky, vlasy řídnou, šedivějí. U některých žen se objevují výrazné mužské rysy tváře. Nedostatek estrogenů se projevuje také na kostře vznikem osteoporózy, na kardiovaskulárním systému zvýšenou náchylností k srdečním a cévním onemocněním. Nedostatek estrogenů má vliv i na psychiku. Může vyvolávat stavy úzkosti a deprese. Ženy ve stáří by měly být pod kontrolou gynekologa 1 x ročně při preventivní prohlídce a vyhledávat jej vždy, když se projeví nepravidelnosti týkající se pohlavních orgánů a změn na prsou.

1.3 Systém poskytování péče o ženu

Na zdravotnických pracovištích zaměřených na gynekologii porodnictví se dnes při poskytování komplexní ošetrovatelské péče o těhotnou ženu a rodičku uplatňuje především diplomovaná porodní asistentka (absolventka vyšší odborné školy do r. 2004) a porodní asistentka bakalářka (absolventka bakalářského studia na VŠ). Ošetrovatelskou péči o ženu s gynekologickým onemocněním může vykonávat i všeobecná sestra (absolventka vyšší odborné školy či bakalářského studia na VŠ) Gynekologicko-porodnické oddělení patří mezi základní oddělení nemocnice a tvoří ho: ambulantní část, vyšetřovací část, standardní ošetrovací jednotky, operační trakt, jednotka intenzivní péče, porodní úsek.

Ambulantní část – zde je realizována nejen léčebně preventivní péče pacientkám, ale také konziliární vyšetření pro terénní gynekology, dispenzarizace onkologických nemocných, klimakterických žen, patologicky těhotných žen, pacientek s urogynekologickými problémy či pacientek s problematikou dětské gynekologie a v neposlední radě vyšetření před hospitalizací na lůžkovém oddělení. Nedílnou součástí je také provádění drobných operačních zákroků (např. kyretáž, umělé přerušování těhotenství, zákroky na čípku děložním). Patientky obvykle přicházejí na základě písemného doporučení obvodního gynekologa nebo bez doporučení lékaře, pokud jde o akutní příhodu (např. krvácení z rodidel).

K těmto účelům v ambulantní části slouží: kartotéka, čekárna s hygienickým zařízením (toaleta a bidet), vyšetřovna s kabinkou na převléknutí (další speciální vybavení dle specializace vyšetřovny), speciální vyšetřovny – speciální přístrojové vybavení: např. ultrasonograf, urodynamický přístroj, ambulantní operační sálek s jednodenním stacionářem. Ambulantní zdravotní péče v oblasti gynekologie a porodnictví je poskytována také v rámci privátní gynekologické praxe. Ta zajišťuje jak preventivní a léčebnou péči, tak péči o těhotnou ženu.

Základní náplň práce sestry na ambulanci

Organizace příjmu a pořadí pacientek, objednávání na vyšetření. Práce s dokumentací (kartami pacientek) v kartotéce, na PC. Asistence při gynekologickém vyšetření, ultrazvuk (UZ). Asistence při malých operačních zákrocích a sledování pacientky po výkonu. Měření vitálních funkcí. Odběry biologického materiálu, orientační vyšetření moči. Aplikace léků. Komunikace s pacientkami a jejich rodinami, ostatním zdravotnickým personálem. Péče o pomůcky, zajištění dostatečného množství zdravotnického materiálu a čistoty na pracovišti.



Obr. 1.3.1 - Gynekologická ambulance

Zdroj: <http://www.kkmedic.sk/index.php/fotogaleria/16-img-2208?page=1>

Lůžková část - na lůžkových odděleních jsou hospitalizovány pacientky s konzervativním i chirurgickým způsobem léčby nemocí gynekologických orgánů, dále pak ženy, které vyžadují zvláštní péči v období těhotenství a ženy po porodu.

Ošetrovací jednotky rozdělujeme podle poskytované péče:

Ošetrovací jednotka konzervativní gynekologie, Ošetrovací jednotka operační gynekologie, Jednotka intenzivní péče, Ošetrovací jednotka pro patologické a rizikové těhotenství, Ošetrovací jednotka šestinedělí. Vybavení je obvykle obdobné jako u jiných standardních ošetrovacích jednotek, jen bývají doplněny o gynekologický vyšetřovací stůl a pomůcky ke gynekologickému vyšetření. Zvláštní

důraz je kladen na hygienu, proto se stále častěji se setkáváme s toaletami, sprchami, eventuálně bidety přímo u pokoje nemocných. Jednotka intenzivní péče je navíc vybavena monitorovací technikou, dávkovači léků, infuzními pumpami, centrálním přívodem kyslíku a pomůckami k zajištění resuscitace. Oddělení šestinedělí obsahuje mimo jiné postýlky pro novorozence (systém rooming-in), přebalovací stůl a váhu pro novorozence.

Základní náplň práce sestry na lůžkovém oddělení

Organizace práce je podobná jako na jiných lůžkových odděleních. Ošetrovatelská péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestry pracují většinou ve třísměnném provozu skupinovým systémem či systémem primárních sester. Avšak sestra musí kromě základní ošetrovatelské péče ovládat i specifické výkony realizované na gynekologických odděleních. Náročnost ošetrovatelské péče na gynekologicko-porodnickém oddělení je vysoká. Léčí se zde často ženy, které jsou přímo ohroženy na životě (jak s náhlými příhodami, tak ženy s infaustními onkologickými diagnózami). Navíc u těhotných pacientek bývá ohrožen i život nenarozeného dítěte. Pacientky jsou často pod vlivem stresujících událostí (nemoc, operace, strach o dítě) i hormonálních změn (vlivem těhotenství a porodu) zvýšeně psychicky labilní. Z toho vyplývá velké psychické i fyzické zatížení sestry. Kromě běžné ošetrovatelské péče jsou pro gynekologicko-porodnická oddělení charakteristické činnosti: diagnostické, terapeutické a preventivní.

Diagnostické činnosti – odběry biologického materiálu na různá vyšetření (včetně stěrů z pochvy, vyšetření hormonů), znalost speciálních vyšetření (např. kardiokografie - CTG), přípravu pacientek na vyšetření, ošetření po gynekologických výkonech, sledování klinických příznaků (např. krvácení z rodidel) apod.

Terapeutické činnosti – např. podávání léků

Preventivní činnosti – edukační činnost (prevence zánětlivých, sexuálně přenosných a onkologických onemocnění, prevence komplikací těhotenství, porodu a šestinedělí, zdravý sexuální život aj.)

Porodnický úsek slouží k péči o ženu před porodem, v průběhu porodu a v poporodním období. Je oddělen od ostatního provozu. Na tomto úseku se vedou porody, při nichž je většinou rodičkám více či méně umožněno využití alternativních metod jako je aromaterapie, hydroterapie, porod na speciální porodnické stoličce, apod.).

Porodnický úsek přebírá od ambulantních gynekologů péči o rodičky obvykle od 36. týdne gravidity. Od 38. týdne je doporučeno natáčet 1x týdně kardiokografický záznam.

Obvyklé vybavení

Ambulantní část – těhotenská poradna a příjmová ambulance (UZ, vyšetřovna s CTG přístroji, administrativní část), **hygienický filtr (sprchy, toalety)**.

Porodní sál – porodní boxy – často jsou již individuální pro každou rodičku samostatně po celou dobu porodu (eventuálně pokoje pro I. dobu porodní a pak přechod na porodní sál ve II. době porodní.) Vybavení: polohovatelné porodnické lůžko, CTG přístroj, balón, ev. vana na I. dobu porodní, příruční lékárna, pomůcky

k porodu, centrální přívod kyslíku a medicinálních plynů, operační světla, výhřevná lampa, přebalovací stůl, postýlka pro novorozence, křeslo pro doprovod rodičky apod.

Novorozenecký box – slouží k prvnímu ošetření novorozence. Vybavení: výhřevná lampa, výhřevné lůžko, přebalovací stůl, kojenecká váha, prádlo k zabalení novorozence, pomůcky k označení dítěte, k provedení kredeizace, k ošetření pupečníku a k měření teploty, centrální přívod kyslíku, inkubátor, pomůcky k resuscitaci apod.

Základní náplň práce a kompetence porodní asistentky na porodním sále

Ošetrovatelská péče na porodním sále je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Péče o rodičku a novorozence se dělí mezi porodní asistentku, porodníka – lékaře a dětskou sestru, ev. neonatologa. Rozsah kompetencí porodní asistentky dle Vyhlášky 424/2004 Sb. § 5:

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

a) poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství, při přípravě na porod, kojení, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje,

b) provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav,

c) podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím,

d) diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,

e) sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření,

f) připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky,

h) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,

i) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského

procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví

a) asistuje při komplikovaném porodu,

b) asistuje při gynekologických výkonech,

c) instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.

(4) Porodní asistentka se podílí pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i).

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotných a rodících žen, šestinedělek a pacientek s gynekologickým onemocněním.

Operační úsek je uspořádán jako na chirurgickém oddělení, často je součástí centrálních operačních sálů. Vybavení odpovídá zvláštnostem oboru gynekologie a porodnictví, kde převažují operace vaginální, abdominální, laparoskopické i hysteroskopické. **Základní uspořádání:** hygienický filtr, operační sály k provedení velkých i malých operačních zákroků (centrální přívod medicinálních plynů, klimatizace, přístrojová technika k zabezpečení anestezie a operačních zákroků, např. hysteroskop, laparoskop). Novorozenecký box pro první ošetření novorozence po spontánním i operačním porodu, čistící a dekontaminační úsek, skladové prostory a úsek pro dokumentaci. Náplň práce sestry na operačním úseku je obdobná jako na každém jiném chirurgickém operačním úseku. **Úsek asistované reprodukce (AR)** je součástí jen některých gynekologicko-porodnických pracovišť. **Ambulantní část úseku asistované reprodukce** – provádí se veškerá potřebná vyšetření (anamnéza, odběry krve na hormonální vyšetření, gynekologické vyšetření, hormonální stimulace vaječnicků). **Operační sálek AR** – provádí se zde odběr oocytů (odběr vajíček přes poševní stěnu, tenkou jehlou pod kontrolou ultrasonografu), embryotransfer (přenos embrya do dělohy), intrauteriní inseminace (nitroděložní oplodnění spermii partnera nebo dárce). **Laboratoře** – tady se vyšetřuje spermioqram, realizuje se mikromanipulace s jednotlivými oocyty a spermii nebo embryi (pod mikroskopem pomocí speciálních skleněných mikropipet), IVF (in vitro fertilizace – oplodnění ve „zkumavce“ – spermie kultivovány s oocyty ve zkumavce), kultivace embryí, kryokonzervace gamet, embryí a tkání, tzv. spermobanka.

Základní gynekologické vyšetření provádí lékař - gynekolog a všeobecná sestra, porodní asistentka v ambulanci na gynekologickém a porodnickém oddělení či klinice, která může být státní nebo privátní.

Gynekologické vyšetření je vyšetření zevních a vnitřních pohlavních orgánů ženy. Mezi zevní pohlavní orgány patří malé a velké stydké pysky a prsa, mezi vnitřní pohlavní orgány pochva, děloha s čípkem, vejcovody a vaječníky. Gynekologické vyšetření se nejčastěji provádí ambulantně jako preventivní nebo diagnostické vyšetření. Preventivní prohlídka je prohlídka ženy, která nemá žádné potíže; o

diagnostickou prohlídku se jedná v případě, že žena přijde do ambulance s konkrétními potížemi. Preventivní vyšetření by se mělo provádět u zdravých žen jednou ročně. Gynekologické vyšetření probíhá na speciálním gynekologickém lehátku, které je konstruováno tak, aby žena mohla zaujmout tzv. gynekologickou polohu (v poloze na zádech s pokrčenými a od sebe oddálenými dolními končetinami). Gynekolog ženu vyšetřuje zrakem a hmatem, z nástrojů používá tzv. gynekologická zrcadla a kolposkop. Gynekologická zrcadla jsou nástroje, které lékař zavede částečně do pochvy a pochvu jimi rozšíří. Kolposkop je speciálně upravený mikroskop, který umožňuje přímé prohlížení zvětšeného děložního čípku. Případně se provádí různé odběry. Toto vyšetření se provádí při každé gynekologické prohlídce. Samotné vyšetření může být pro ženu trošku nepříjemné, nemělo by ale být bolestivé.

Příprava na gynekologické vyšetření - je vhodné provést vyšetření mimo období menstruačního krvácení. Před návštěvou ordinace je vhodné se osprchovat a den před vyšetřením vynechat pohlavní styk. Před vyšetřením se žena svlékne od pasu dolů a položí na vyšetřovací křeslo. Lékař jí prohmatá břicho a pohledem zhodnotí zevní genitál. Následuje vyšetření pomocí gynekologických zrcadel, pomocí kterých gynekolog vyšetří pochvu a děložní čípek a odebere stěr na kultivaci. Lékař dále prohlédne děložní čípek kolposkopem a odebere z něj vzorek na cytologické vyšetření. Poté zrcadla vyjme a provede vyšetření tzv. bimanuální palpací. To znamená, že jednu ruku položí na břicho a dva prsty druhé ruky zavede do pochvy. Tato poloha lékaři umožní vyšetřit velikost a tvar pánevních orgánů. Následně provede lékař ultrazvukové vyšetření vaginální ultrazvukovou sondou. Po vyšetření není nutné dodržovat žádný speciální režim.

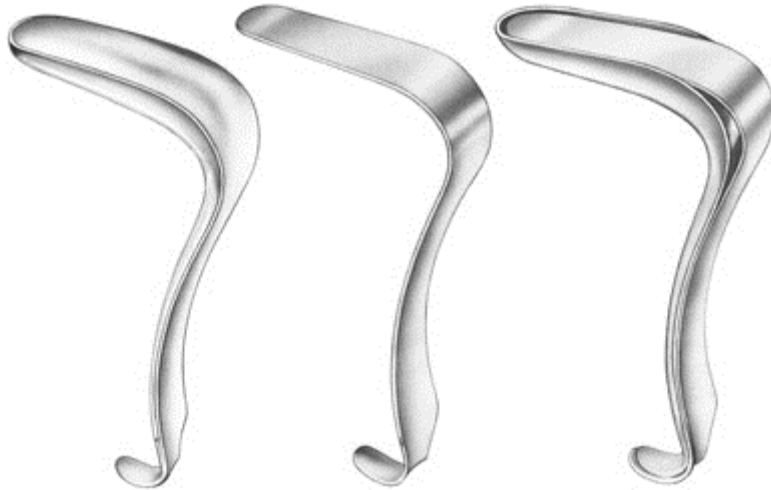


Obr. 1.3.2 - Vyšetření - bimanuální palpace

Zdroj: http://www.gynekologiept.cz/pages/gynekologicke_vysetreni/custom_page.htm

Komplexní gynekologické vyšetření začíná **zjišťováním anamnestických údajů** (menstruační cyklus, porody, potraty, operace, menopauza, pohlavní život, současné obtíže), pak následuje **aspekce** (prohlédnutí zevních genitálií a vyšetření v poševních zrcadlech se zřetelí na záněty, trofické změny, prolapsy apod.). Vyšetření v zrcadlech - použití vyšetřovacích gynekologických zrcadel, která se zavádí do pochvy, umožňuje lékaři prohlédnout zrakem jinak nepřístupná místa vnitřního

genitálu - poševní stěny a děložní čípek. Může tak diagnostikovat poševní a cervikální (týkající se děložního čípku) záněty, nádory, poranění, jizvy, hodnotit vzhled sekretu, intenzitu krvácení apod. Speciální zrcadla pak lékaři umožňují provést kolposkopické vyšetření děložního čípku, odebírat vzorky pro cytologické, bakteriologické či histologické vyšetření.



Obr. 1.3.3 - Vyšetřovací gynekologická poševní zrcadla

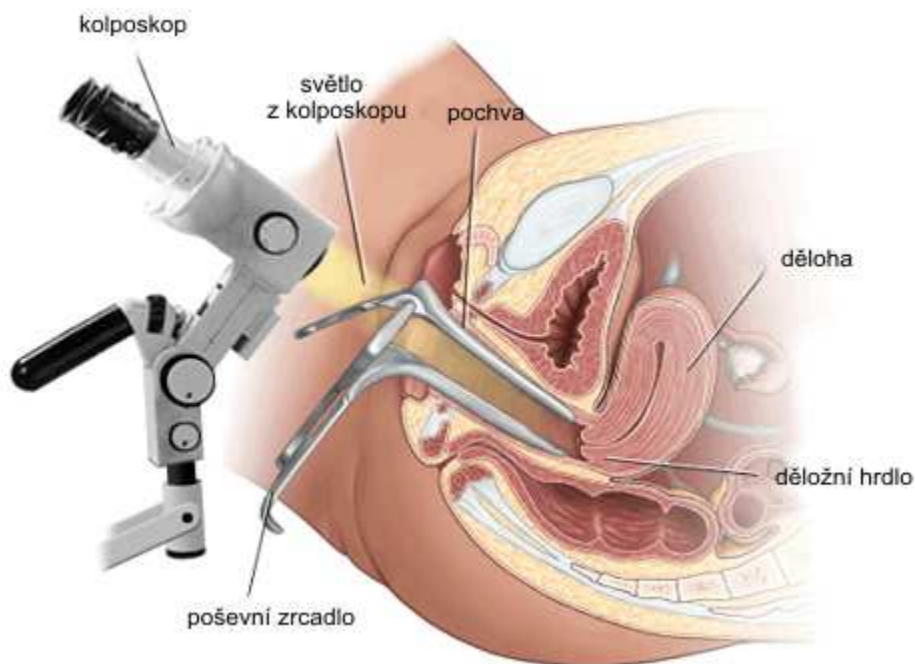
Zdroj: <http://www.lekarnet.sk/mediport/zdravotnicke-pomocky/chirurgicke-nastroje/gynekologia/zrkadla/posvove-zrkadla/kristeller-zrcadlo-posevni-sada-fig-2>

Vaginální vyšetření pochvy - lékař palpuje orgány malé pánve mezi prsty jedné ruky, zavedenými do pochvy pacientky, a prsty druhé ruky (bimanuální vyšetření), které palpují její podbříšek. Lze tak získat představu o vnitřních rodidlech ženy (děloha, vejcovody, vaječníky), zjistit jejich tvar, velikost, uložení, případně diagnostikovat jejich patologické (nenormální, neobvyklé) změny, bolestivost, či zjistit patologické útvary v malé pánvi. Tímto bimanuálním vyšetřením tak diagnostikujeme například těhotenství, děložní myomy, cysty vaječníku, zánětlivé tumory apod. Ztížené až prakticky nemožné je vyšetření u obézních pacientek, při napínání břišní stěny u akutních zánětů, při psychických zábranách pacientky nebo při nádorovém ztluštění břišní stěny. Vyšetření neprovádíme u panen, nahrazujeme jej vyšetřením rektálním. Jde o základní vyšetření, které je při abnormálních nálezech nutno doplnit o další, nejlépe ultrazvukové vyšetření, upřesňující diagnózu.

Vyšetření per rektum (rektální - prováděné přes konečník) - nahrazuje či doplňuje vyšetření bimanuální. Je používáno v dětské gynekologii a u panen, dále pro lepší posouzení patologických procesů na děložním hrdle, děložních vazech a zadní děložní stěně, která má ke konečníku úzký vztah. Rektovaginální vyšetření - doplňuje bimanuální vyšetření k upřesnění rozsahu a lokalizace některých patologických procesů. Provádí se ukazovákem a prostředníkem jedné ruky, současně zasunutými do pochvy a rekta.

Kolposkopie (endoskopické vyšetření pochvy pomocí binokulárního optického přístroje), je prohlídka povrchu čípku dělohy speciálně přizpůsobeným zvětšovací

přístrojem, tzv. kolposkopem. Pacientka leží na gynekologickém stole a po zastavení čípku dělohy pomocí poševních zrcadel se prohlíží povrch, následuje odběr biologického materiálu na vyšetření (cytologii a mikroskopické vyšetření).



Obr. 1.3.4

Obr. 1.3.4 Kolposkopické vyšetření

Zdroj: <http://www.konizace.info/kolposkopie>

Sonografie (ultrazvukové vyšetření abdominální – přes břišní stěnu nebo vaginální - pochvou, poševní ultrazvukovou sondou)



Obr. 1.3.5 - Ultrazvukové vyšetření abdominální (přes břišní stěnu)

Zdroj: <http://zdravi-zeny.zdrave.cz/prvni-navsteva-u-gynekologa/>

Metodika ošetřovatelských činností je prioritní v posouzení psychické pohody, respektive nepohody pacientky, v zabezpečení jejího soukromí při přípravě na vyšetření (stydливость, etika, empatie), kontroluje, zda se pacientka před vyšetřením vyprázdnila, vymočila, poučí ji o správné poloze a spolupráci v průběhu vyšetření, připraví gynekologický vyšetřovací stůl, dokumentaci, pomůcky a bezpečně zná všechny základní gynekologické nástroje. Specifický přístup vyžadují mladé ženy, dívky a děvčátka, která jdou na vyšetření poprvé. Poučení, vysvětlování, empatie, etika, profesionální komunikace a trpělivost jsou neodmyslitelnou součástí práce sestry u každé pacientky. Mimořádný přístup vyžaduje vyšetření starších žen, které nebyly na vyšetření několik let.

Mezi **specifické ošetřovatelské činnosti** v gynekologické péči patří aplikace léků do pochvy, výplach pochvy, asistence při vyšetření a odběru biologického materiálu a asistence při specifických odborných výkonech a zákrocích.

Doporučená stránka: <http://www.mojemedicina.cz/vysetrovaci-a-lecebne-metody/zakladni-gynekologicke-vysetreni/> (dostupné video)

1.3.1 Vyšetření v dětské gynekologii

Anamnézu tvoří rodinná, osobní a gynekologická anamnéza. Zjišťuje se od dívky a jejích rodičů (většinou od matky). Ke zjištění anamnézy je potřeba klidu, trpělivosti a navázání dobrého kontaktu. Je potřeba rozlišit pravdomluvnost od konfabulace (u mladších dívek), odhalit úmyslné zatajování skutečnosti (možnost pohlavního zneužívání). V některých případech je vhodné využít nepřítomnosti matky k pravdivé odpovědi dívky.

Dětské gynekologické vyšetření tvoří:

aspekce, palpce a perkuse, vyšetření pochvy, gynekologické bimanuální vyšetření, endoskopická vyšetření, zobrazovací metody, odběr materiálu na vyšetření, pomocná vyšetření, funkční testy.

Aspekce - prohlídka těla zrakem – stavba těla, rozložení podkožního tuku, pigmentace, sekundární pohlavní znaky, stopy poranění, prohlídka zevních rodidel se zaměřením na čistotu, zápach, pubické ochlupení, vzhled velkých a malých stydkých pysků, klitorisu, hymenu.

Palpce - palpací vyšetřujeme břicho, podbříšek, sledujeme napětí břišní stěny (Blumbergovo, Rovsingovo, Pleniésovo znamení) a eventuální rezistence.

Perkuse – bubínkový nebo temný poklep (ascites či tumor).

Vyšetření pochvy. U nedeflorovaných dívek se provádí sondáž pomocí uretrální cévky (ověření průchodnosti lumina pochvy a její sklon, prostupnost hymenu).

Gynekologické bimanuální vyšetření – palpce zevní (podbříšek) a vnitřní (pochva, konečník). U dívek nedeflorovaných vždy rektoabdominální vyšetření.

Endoskopická vyšetření: Vaginoskopie – prohlídka pochvy a děložního hrdla u nedeflorovaných dívek vaginoskopem (příloha obr. 1) a laparoskopie.

Zobrazovací metody - ultrasonografie, CT (komputerová - výpočetní tomografie), MR (magnetická rezonance).

Odběr materiálu na vyšetření bakteriologické, MOP (mikrobní obsah poševní 0-VI), cytologické vyšetření a parazitologické vyšetření.

Pomocná vyšetření – bazální teplota (progesteron způsobuje zvýšení bazální teploty). Teplota se měří denně, po probuzení v pochvě nebo konečníku, hodnoty se zaznamenávají do menstruačního kalendáře, výsledkem je bifázická křivka (normální ovulační cyklus), monofázická (anovulační cyklus).

Stanovení hladiny cirkulujících hormonů – FSH, LH a androgenů, prolaktinu, HCG (gravidita) a 17 ketosteroidů (při poruchách dospívání, vývojových vadách a poruchách cyklu, kde lze předpokládat zvýšený vliv mužských pohlavních hormonů).

Funkční testy – progesteronový test (injekční aplikace Agolutinu nebo perorálně Provery, do tří dnů po podání krvácení z rodidel – pozitivita testu). Pokud je test negativní, provádí se estrogen-progesteronový test (aplikace estrogeneru, poté aplikace progesteronu, dostaví se krvácení – pozitivita testu). Negativita testu svědčí pro poruchu endometria. Gonadotropinový test – pokud dojde po podání gonadotropních hormonů k estrogenizaci (ovaria jsou schopna reagovat na gonadotropní stimulaci), jedná se o poruchu hypofyzární. Negativita testu svědčí o poruše gonád (aplazii, dysgenezi apod.).

1.3.2 Gynekologické vyšetření dívek

Příprava na gynekologické vyšetření spočívá v pečlivém vysvětlení celého průběhu. **Cílem** je poskytnout dostatek informací k tomu, aby vyšetření proběhlo bez obav ze strany dívky i matky, vytvořit vztah důvěry mezi dívkou a zdravotníky. Na edukaci si ponecháme dostatek času, volíme vhodná slova (dle posouzení kognitivního vnímání dívky i matky, přizpůsobeno věku dítěte), demonstrujeme pomůcky k vyšetření, popíšeme průběh vyšetření a ověříme si, zda všemu porozuměly. Na vyšetření přichází dívka s prázdným močovým měchýřem a dostatečně vyprázdněná (skybala v ampuli rekta brání v jemné palpaci a mohou imitovat tumor). Jedná-li se o ultrazvukové vyšetření, musí být naopak močový měchýř naplněn. Vlastní gynekologické vyšetření má být ohleduplné a šetrné.

Vyšetření je přítomna i matka, podporuje dívku svojí přítomností, může ji držet za ruku. **Úloha sestry/porodní asistentky** při vyšetření:

- Malým dětem pomáhá při svlékání a přitom si všímá, zda nesvlékají kalhotky přes obuv, nesedají nahým zadečkem na židli apod. – sleduje jejich hygienické návyky
- Při svlékání dívek respektuje jejich stud
- Při vyšetření na gynekologickém stole v gynekologické poloze (poloha na zádech, hýždě na okraji stolu, nohy umístěné v podpěrách) stojí sestra vedle vyšetřovacího stolu, pomáhá dívce s fixací dolních končetin
- Prováděné úkony doprovází slovním popisem
- Po vyšetření se u dětí zaměří na otírání rodidel a konečníku (správný způsob je tahem zepředu dozadu)
- Umožníme oblečení oděvu

Po vyšetření poskytne lékař matce informace o zjištěné diagnóze, dalším postupu a léčbě a termínu další kontroly. Sestra spolupracuje s lékařem, věnuje potřebnou péči dívce i matce.

1.4 Prevence v gynekologicko-porodnickém ošetřovatelství

Jedním z nejúčinnějších, nejbezpečnějších a zároveň nejlevnějších léků je prevence. Preventivní péče o ženu v oblasti gynekologie začíná jejím narozením, kdy do dvou dnů od propuštění ze zdravotnického zařízení, ve kterém byly poskytnuty zdravotní služby v souvislosti s porodem, se realizuje všeobecná preventivní prohlídka novorozence, jejímž obsahem mimo jiné je také vyšetření genitálu dítěte dle Vyhlášky MZ č. 70/2012 Sb., § 3, odstavec 2, písmeno a), bod 2 a dále preventivní péče pokračuje u pediatra. Vyhláška MZ č. 70/2012 Sb. § 5, odst. 1, písm. b) a j) stanoví, že při preventivní prohlídce ve 13 letech lékař poučí dívku o možnosti očkování proti karcinomu děložního čípku a o zdravotních rizicích a důsledcích souvisejících se sexuálním životem včetně poučení o chráněném sexu. Obsahem všeobecných preventivních prohlídek dětí v 15 letech věku je dle Vyhlášky MZ ČR č. 70/2012 Sb. § 5, odst. 2, písm. i: „celkové zhodnocení stavu a vývoje dítěte, poučení vztahující se ke zdravotním rizikům a důsledkům souvisejících se sexuálním životem včetně poučení o chráněném sexu, u dívek případně doporučení gynekologického vyšetření, zejména pokud ještě není menstruace, a poučení o možnosti očkování proti karcinomu děložního čípku“. Očkování proti HPV (Human papilloma virus) – v ČR plně hrazeno dívkám ve věku 13 – 14 let. Preventivní gynekologická prohlídka je hlavní součástí preventivní gynekologické péče o ženu. V České republice se poprvé provádí v 15 letech. Pak se opakuje jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 12 měsíců po provedení poslední gynekologické preventivní prohlídky. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách., v § 7 stanovuje obsah a časový rámec gynekologické preventivní prohlídky, který stanovuje její legislativní rámec.

1.4.1 Preventivní prohlídka

je zaměřena na včasnou diagnostiku všech onemocnění u ženy, hlavně onkologického. Zahrnuje komplexní gynekologické vyšetření včetně odborného poradenství. Součástí preventivní gynekologické prohlídky v České republice je kolposkopie, cytologický stěr, gynekologické a ultrazvukové vyšetření a vyšetření prsou. Důležitou součástí prohlídky je screening rakoviny děložního čípku. Screening rakoviny děložního čípku se realizuje u žen při preventivní prohlídce, která se opakuje v ročním intervalu spolu s odběrem cytologie. Druhým důležitým preventivním vyšetřením je screening rakoviny prsu. U žen se dělá mamografie jednou za 2 roky od věku 45 let. V případě pozitivní rodinné anamnézy bez důrazu na věk jednou za rok, v případě patologického nálezu podle potřeby.

Gynekologická prohlídka musí obsahovat:

- a) založení zdravotnické dokumentace při přijetí do péče,
- b) rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory,
- c) klinické vyšetření prsů od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný nebo familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů,
- d) prohlídka kůže a palpační vyšetření mízních uzlin v oblasti pohlavních orgánů,
- e) vyšetření v zrcadlech a kolposkopické vyšetření – neprovádí se u panen (virgo intacta),
- f) odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému, případně bakteriologickému nebo virologickému vyšetření – neprovádí se u panen,
- g) palpační bimanuální vyšetření, doplnění vyšetření vaginální ultrazvukovou sondou,
- h) poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky,
- i) nácvik samovyšetřování prsou při první prohlídce u registrujícího poskytovatele,
- j) u žen od 45 let věku doporučení k provedení screeningového mamografického vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření ve dvouletých intervalech, jestliže žena již absolvovala vyšetření v posledních 2 letech a je k dispozici jeho výsledek, vyšetření se nezajišťuje,

Přehled preventivních vyšetření	
děložní čípek	kolposkopie, onkocytologický stěr, kultivace, palpační vyšetření
děložní sliznice	Ultrazvukem, onkocytologický stěr buněk sliznice z kanálku děložního hrdla
vaječníky	palpační vyšetření a v rámci sekundární prevence vyšetření ultrazvukem, sledování nádorových markerů
prsy	palpační vyšetření od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze do 45 let vyšetření ultrazvukem nad 45 let mamografie 1x za dva roky

Tab. 1.4.1.1 Přehled preventivních vyšetření

Gynekologicko-porodnické ošetřovatelství plní důležitou úlohu v oblasti prevence ve všech jejích úrovních: **primární, sekundární a terciární**. Primární prevence je zaměřena na zdravé ženy, usiluje o upevňování zdraví a prevenci nemocí. Sekundární prevence se uplatňuje až po vzniku nemoci. Jejím cílem je včasná diagnóza a včasná léčba. Terciární prevence se orientuje na obnovení funkcí a rehabilitaci.

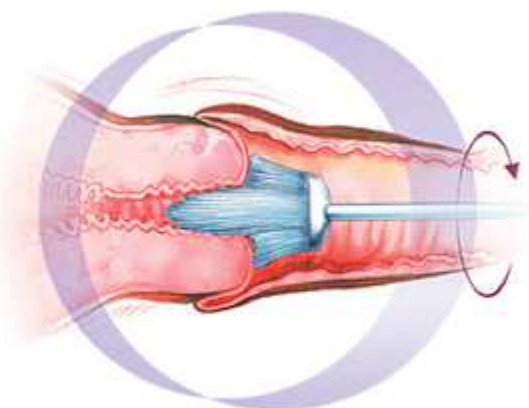
1.4.2 Primární prevence

Oblasti spadající pod primární prevenci v jednotlivých věkových obdobích života se liší. **Období dětského věku** je charakterizováno jako období pohlavního klidu. V tomto období se sleduje, zda je vývoj reprodukčních orgánů fyziologický. Eliminují se rizikové faktory, které mohou v pozdějším období ohrozit plodnost ženy, eliminují se

úrazy. **V předškolním věku** se děti učí v rámci zdravotní výchovy, jaké jsou pohlavní rozdíly mezi chlapci a dívkami. Jsou vedeny k dodržování zásad hygieny pohlavních orgánů a celého těla, k pravidelné výměně spodního prádla, ke správnému utírání genitálií a konečníku (u dívek od stydké spony ke konečníku). Hravou formou třeba dětem vysvětlit, jak jsme přišli na svět. **V mladším školním věku** se dětem vysvětluje, co je to puberta, početí, těhotenství a porod. Potřeba je poučit je o nebezpečí sexuálního zneužívání. **Období puberty** je obdobím pohlavního dospívání. Prevence spočívá v posouzení fyziologického stavu pohlavních orgánů. Zdravotní výchova se věnuje změnám, které s sebou přináší puberta. Důraz se klade zejména na menstruaci a zásady hygieny během jejího trvání. Podrobněji se rozebírá otázka početí, plánování rodičovství. **V období adolescence** se ukončuje tělesné a duševní dospívání a začínají první sexuální kontakty. Pozornost se věnuje prevenci předčasných pohlavních styků, nechtěnému nebo předčasnému těhotenství, ale i prevenci onkologických onemocnění reprodukčních orgánů. Zdravotní výchova je zaměřena na sexuální výchovu, výchovu k manželství a rodičovství, na informovanost o přirozených metodách plánování rodičovství a antikoncepci.

Reprodukční období patří mezi nejdůležitější období v životě ženy, protože se v této fázi naplňuje její mateřské poslání. Prevence se orientuje na péči v mateřství a na včasnou diagnostiku gynekologických, hlavně onkologických onemocnění u ženy.

Cytologický stěr – jedná se o odběr buněk z povrchu děložního čípku a z kanálku děložního hrdla. Získané slizniční buňky jsou natřeny na sklíčka, která se odesílají do specializované laboratoře. Většina žen má normální cytologický nález. Riziko rakoviny děložního čípku je pak minimální. Při abnormálním nálezu byly nalezeny změněné buňky, které je nutné podrobněji vyšetřit. Cytologické vyšetření je nejdůležitějším screeningovým vyšetřením přednádorových změn na čípku. Toto vyšetření by měla podstupovat každá žena jedenkrát ročně.



Obr. 1.4.2.1 Cytologický stěr

Zdroj: <http://www.cervarix.cz/jak-se-chranit/limity-gynekologickeho-vysetreni/>

Preventivní péče v mateřství se provádí u těhotných žen jednou měsíčně do 36. týdne těhotenství, dále pak po jednom týdnu do termínu porodu a jedna preventivní prohlídka šest týdnů po porodu. Kompletní preventivní prohlídka zahrnuje anamnézu

a fyzikální vyšetření včetně zjištění výšky, hmotnosti, krevního tlaku a pulsu. Pomocí vnějšího vyšetření lékař určí velikost dělohy, změří pánevní rozměry a vaginálně vyšetří děložní hrdlo. Součástí preventivní péče v mateřství jsou i laboratorní vyšetření moči, krve, krevní skupiny a Rh - faktoru a speciální vyšetření podle potřeby vzhledem ke zdravotnímu stavu těhotné ženy a plodu. Žena má během fyziologického těhotenství třikrát nárok na ultrazvukové vyšetření plodu, včetně biometrie, posouzení vývoje orgánů a obrazové dokumentace. Dále má těhotná žena nárok na dvě preventivní prohlídky u zubního lékaře. Dárkyním ženského mléka zdravotní pojišťovna poskytuje příspěvek ke stravě pro kojící matku. (Odborné pokyny MZ ČR 21-27/2004).

Prevence ve fertilním období se orientuje na včasné odhalování zdravotních problémů týkajících se reprodukčních orgánů. Každá žena by měla absolvovat každoročně preventivní gynekologickou prohlídku po dovršení 18. roku života.

V období klimakteria fyziologicky klesají ovariální funkce a vznikají tomu odpovídající somatické, psychické a endokrinní změny. Prevence se orientuje na edukaci zaměřenou na odstraňování problémů vyvolaných klimakterickým syndromem, na včasné odhalování inkontinence moči, příznaků osteoporózy, nádorových onemocnění aj.

Senium představuje období pohlavního klidu. Prevence se zaměřuje na zlepšení kvality života, prevenci předčasného stárnutí a nemocnosti, na realizaci edukačních programů.



Obr. 1.4.2.1 Screeningové mamografické vyšetření

Zdroj: <http://zdravi-zeny.zdrave.cz/prvni-navsteva-u-gynekologa/>

1.4.3 Sekundární prevence

Pod sekundární prevencí se rozumí ve všech věkových obdobích ženy včasná diagnostika a léčba vzniklých onemocnění. Jejím úkolem je zvládnout chorobný proces a zabránit vzniku komplikací. Prevence v plánovaném rodičovství se orientuje na hledání možností jak řešit nechtěné těhotenství. Doporučujeme porod dítěte s

možností adopce, utajený porod, využití hnízda záchrany - Baby box, umístění matky a dítěte v krizovém centru.

1.4.4 Terciární prevence

V rámci terciární prevence se realizují opatření na stabilizování poškozených funkcí zejména při chronických chorobách. Edukace se zaměřuje na příznaky signalizující zhoršení stavu, léčebné procedury, např. realizování některých cviků (Kegelovy cviky na podporu pánevního dna při inkontinenci) na potřebné pomůcky a praktický nácvik s nimi, na komunitní podpůrný systém, jako jsou kluby, sociální pomoc a jiné.

1.4.5 Samovyšetřování prsů

Samovyšetřování prsů je důležitou součástí péče o zdraví ženy. V případě vzniku nádorového onemocnění prsu je podstatný záchyt, který několikanásobně zvýší pravděpodobnost úspěšné léčby. Velikost nádoru bývá rozhodující. Proto by měla každá žena provádět pravidelnou kontrolu svých prsů, bez ohledu na věk. Toto onemocnění může ohrozit i velmi mladé ženy.

Každoroční návštěva gynekologa by také měla patřit k preventivnímu programu každé ženy. Screeningový (preventivní) program pro vyhledávání malých nádorových ložisek v prsu je v České republice dobře organizován a je dostupný každé ženě.

Každá žena starší 45 let, má nárok na opakované preventivní vyšetření mamografem. Období mezi dvěma vyšetřeními je však poměrně dlouhé, trvá celé dva roky. Proto je pro každou ženu nutné se v tomto období o sebe starat. Vyžaduje to jen trochu času a může se provádět v pohodě domácího prostředí. Jedná se o známé samovyšetření prsů. Nemůže nahradit pravidelné vyšetření na mamografu, je však dobrou "výplní" v období mezi preventivními mamografiemi.

Pohmatové samovyšetření prsů metodou MammaCare je technika **samovyšetření a sebezpozorování**.

Nejjednodušší metodou včasného zachycení rakoviny prsu je pravidelné samovyšetření. Je ale třeba vědět, jak na to. Návod na pohmatové **samovyšetření prsu zcela novou metodou MammaCare**. [instruktážní video o samovyšetřování prsů]. <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-prsu--samovysetreni-prsu>

Samovyšetření by mělo být provedeno tehdy, když jsou v prsech co nejmenší hormonální změny. Taková situace nastane vždy, když skončí menstruace (měsíčky). Samovyšetření má vždy začít sebezpozorováním.

Sebezpozorováním sledujeme změny prsů, které nelze považovat za normální. Některé změny mohou být natolik nápadné (například krvácení z bradavky nebo zarudnutí kůže prsu), že není zapotřebí vytvářet zvláštní podmínky, aby byly odhaleny. Jiný významný příznak, zatahování kůže (nově vzniklý dolíček), se musí hledat aktivně. Někdy jde dokonce o natolik jemný příznak, že není vůbec

jednoduché jej objevit. Téměř každý zhoubný nádor v prsu si při svém růstu přitahuje okolní tkáň. Toto přitahování se přenáší až na kůži, kde se vytvoří dolíček. Cílem pozorování vlastních prsů je tedy vyhledávání takových dolíčků či větších vtažení. Nejvhodnější je postavit se před zrcadlo, nejprve si oba prsy prohlédnout, když jsou ruce spuštěny dolů, pak pomalu zvedat ruce nad hlavu a pomalu a soustředěně si prohlížet oba prsy ze všech stran. Tak, jak postupně ruce zvedáte, tvar prsů se postupně mění, mění se i rozložení kůže. U žen, které již rodily, se objevují různé změny, zejména poporodní jizvičky v kůži chvílemi vyniknou více, chvílemi méně, ale pozor, objevují se na obou prsech stejně, víceméně ve stejný okamžik a i ve stejném uložení. Jestliže se objeví cokoli jen na jednom prsu, musí se vám to zdát podezřelé.

Samovyšetření - druhým krokem je prozkoumání všech částí prsu.

Tímto postupem lze odhalit, zda se v prsu neskrývá nějaká významná změna, hledáním bouličky. Samovyšetření má význam jen tehdy, když se provádí pečlivě, s důrazem na každou část prsu. Vyšetření se provádí pomalými krouživými pohyby, jako vyšetřovací nástroj poslouží tři prsty položené vedle sebe. Na prsty se lehce tlačí. K vyšetření zevních částí prsu se používá vždy ruka z druhé strany. Ruka, která je na straně prsu, je zvednutá. Krouživými pohyby se postupně vyšetří jeden a pak i druhý prs.

K prsům patří i oblast podpaždí, axila.

Zde jsou umístěny uzliny, za normální situace nejsou hmatné. Pohmatem je možné je objevit, když se zvětší. Zvětšení uzlin se může objevit po nemoci jako je chřipka a z různých jiných příčin, které nemusí být závažné. Zvětšené uzliny se však také mohou objevit při nádorovém onemocnění prsu.

K prsům patří i prostor v okolí. Zpravidla totiž části žlázy zasahují pod kůži dále od prsu, než by se to mohlo zdát. Tím, že je žláza ukrytá pod kůží, je těžké odhadnout, kde vlastně končí. Některé ženy mají přídatné okrsky žlázy, takové malé ostrůvky žlázy, uložené v okolí prsu. Přídatné ostrůvky mohou zasahovat na hrudník vysoko nad okraj hlavní žlázy. I tato místa je třeba vyšetřit. Jsou to místa, která se nedají zobrazit při mamografickém vyšetření, ultrazvukem však ano. Jestliže se v těchto místech objeví nějaké změny, je třeba, aby na ně žena upozornila lékaře při [mamodiagnostickém vyšetření](#). Samovyšetření je dobrá metoda v dvouletém období mezi dvěma [preventivními mamografiemi](#). Malé změny, malá nádorová ložiska nelze při samovyšetření odhalit, samovyšetření tedy nemůže mamografii nahradit. Zodpovědné jsou ty ženy, které se naučí samovyšetřovat a ještě k tomu chodí na [preventivní mamografii](#).

2 Základy anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů

Základní pojmy z oblasti anatomie a fyziologie reprodukčních orgánů ženy jsou pro sestry důležité z hlediska důkladné znalosti ošetrovatelské problematiky a ošetrovatelských intervencí.

K pohlavním orgánům ženy patří zevní rodidla, vnitřní rodidla a prsy.

2.1 Zevní pohlavní orgány (organa genitalia externa)

K zevním pohlavním orgánům počítáme hrmu, velké a malé stydké pysky, topořivá tělesa, vestibulární žlázy, panenskou blánu a hráz.

Hrma (mons pubis, mons Veneris) vyklenutí nad dolní částí podbřišku a před sponou stydkou. Tvoří ji tuková vrstva krytá kůží (po pubertě i ochlupením) s četnými mazovými a potními žlázami. **Velké stydké pysky (labia maiora pudendi)** kožní valy vycházející z hrmy, vzadu jsou spojeny řasou, zadní komisurou (comisura labiorum posterior). Valy tvoří tuková tkáň. Ve střední čáře na sebe stydké pysky naléhají a tvoří stydkou štěrbinu (rima pudendi). Zevní strana velkých stydkých pysků je od puberty porostlá ochlupením. **Malé stydké pysky (labia minora pudendi)** neochlupené slizniční řasy s četnými mazovými žlázkami překryté velkými stydkými pysky, obkružují poševní vchod. Vpředu tvoří předkožku klitorisu (praeputium clitoridis) a uzdičku klitorisu (frenulum clitoridis). Vzadu se spojují v jemnou řasu (frenulum labiorum pudendi) a tím vytvářejí malou jamku (fossa navicularis).

Topořivá tělesa (corpora cavernosa) při pohlavním dráždění v těchto orgánech dochází k městnání krve a tím zduření příslušné oblasti. Mezi ženská topořivá tělesa řadíme: **Poštěvák (clitoris)** – uložený nad ústím močové trubice, odpovídá stavbou topořivým tělesům v penisu. **Párový erektilní orgán** pod spodinou malých stydkých pysků, tvoří žilní pleteně po stranách poševního vchodu.

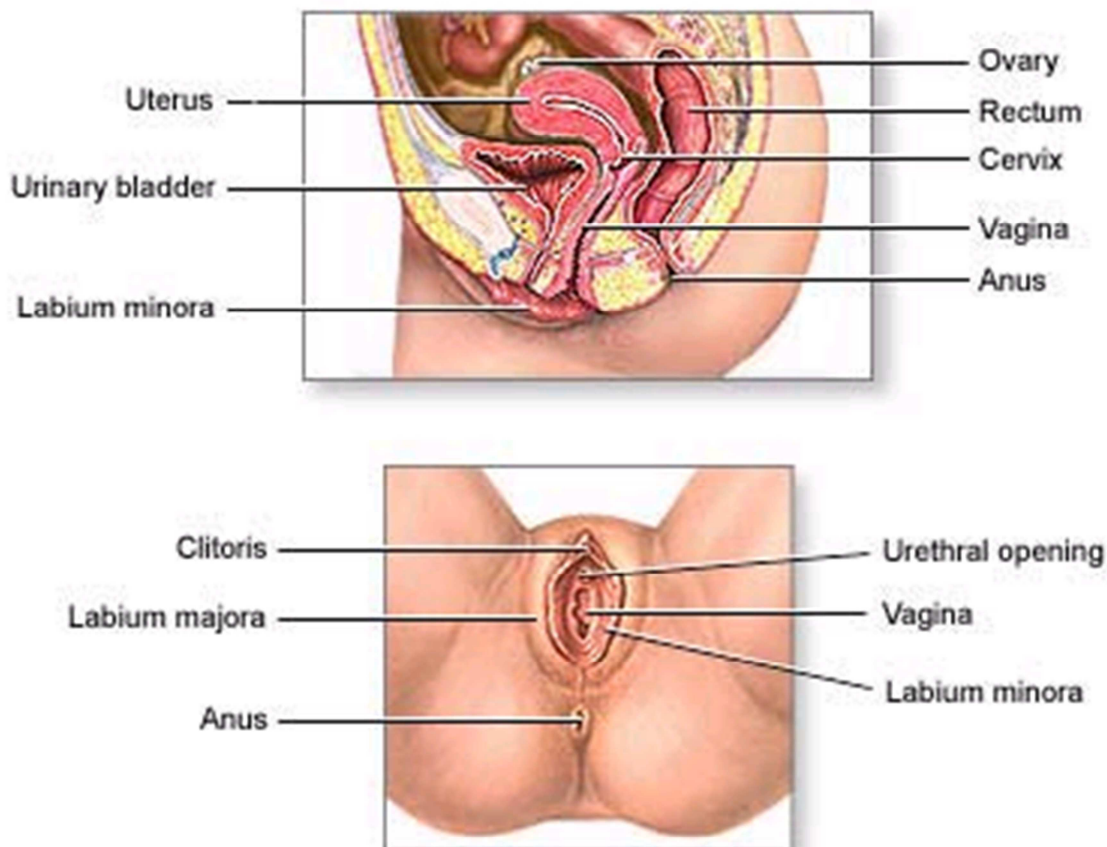
Vestibulární žlázy (glandulae vestibulares) drobné žlázy pod sliznicí poševního vchodu, které udržují vlhkost poševního vchodu. Největší je Bartholiniho žláza (glandula vestibularis maior). Je velikosti hrášku, uložena na dolní vnitřní straně velkých stydkých pysků.

Poševní předsíň (vestibulum vaginae) prostor ohraničený malými stydkými pysky. Vpředu pod poštěvákem nacházíme zevní ústí močové trubice, pod ním vlastní vstup do pochvy a vzadu jamku (fossa navicularis).

Panenská blána (hymen) slizniční řasa různého tvaru neúplně uzavírající poševní vchod (ostium vaginae). Při prvním pohlavním styku se (někdy za slabého krvácení) její okraje roztrhnou (deflorace). Dále se trhají zbytky panenské blány při porodu.

Hráz (perineum) asi 4 cm vysoká část zevních rodidel mezi análním otvorem a zadní komisurou velkých stydkých pysků. Hráz se za porodu stává součástí měkkých porodních cest.

Mezi pohlavní orgány ženy bývají zařazeny i prsy, které se zakládají u obou pohlaví, ale rozvíjí se pouze u dívek.



ADAM.

Obr. 2.1.1 Zevní a vnitřní pohlavní orgány

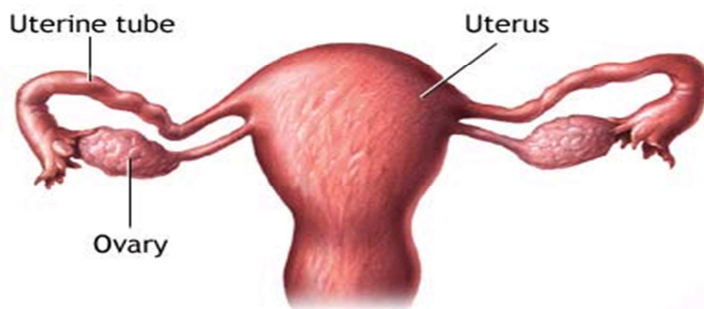
Zdroj: <http://www.health.sk/health/anatomia.php?lekcia=a36>

2.2 Vnitřní pohlavní orgány

Vnitřní pohlavní orgány jsou tvořeny dělohou, vaječníky, vejcovody a děložními vazy. Spojení se zevními pohlavními orgány zajišťuje pochva.

Pochva (vagina) dutý svalový orgán (asi 10 cm dlouhý), který ústí do poševní předsíně a kranálně (směrem nahoru) se cirkulárně upíná na děložní hrdlo. Svým úponem na děložní hrdlo vytváří přední, zadní a postranní poševní klenby. Pochva je poddajná a roztažitelná, což je důležité během porodu pro postup plodu. Je vystlána vrstevnatým dlaždicovým epitelem s přítomností bakterie *Lactobacillus Döderleini*, která zkvašuje glykogen na kyselinu mléčnou, což způsobuje kyselé pH v pochvě (pH 4,5). Toto prostředí zajišťuje zvýšenou odolnost pochvy proti infekci. Poševní sliznice je pokrytá sekretem, který tvoří hlen z cervixu a odloupané epitelie. Hlavní funkce: umožnění pohlavního styku, odchod menstruační krve, porodní cesta.

Děloha (uterus, metra, hystera) dutý svalový orgán hruškovitého tvaru (asi 8 cm dlouhý) uložený v malé pánvi mezi močovým měchýřem a konečníkem. Horní část nazýváme děložním tělem, dolů směřující užší část děložním hrdlem a přechod mezi těmito částmi děložním isthmem.

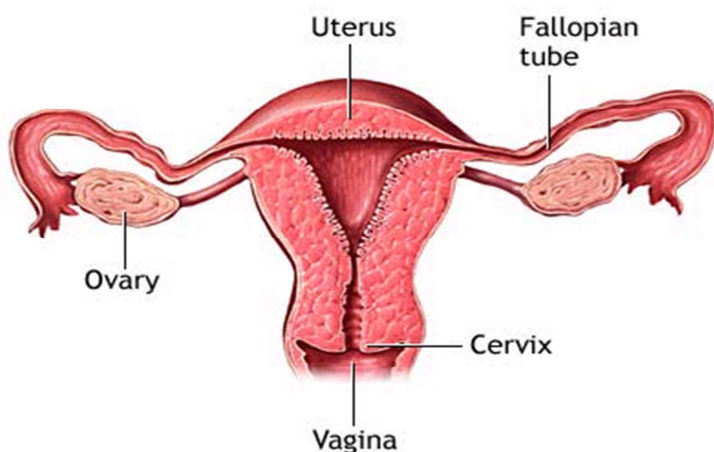


ADAM.

Obr. 2.2.1 Vnitřní pohlavní orgány – děloha

Zdroj: <http://www.health.sk/health/anatomia.php?lekcia=a37>

Členění dělohy: **Děložní hrdlo (cervix uteri)** - dolní část dělohy směřující do pochvy, má válcovitý tvar a je 3,5–4 cm dlouhé. Rozlišujeme na něm čípek děložní – část děložního hrdla uloženého v pochvě a část hrdla nad pochvou. Hrdlo obsahuje hlenotvorné žlázy (produkují cervikální hlen) a kanál (navazuje na děložní dutinu), který je zúžen ve vnitřní branku (nahore u děložní dutiny) a zevní branku (dole u pochvy). **Děložní úžina (isthmus uteri)** – přechod mezi tělem a hrdlem děložním. **Děložní tělo (corpus uteri)** – horní část dělohy, na které popisujeme přední a zadní děložní stěnu, děložní hrany, rohy a dno. Děložní tělo obsahuje dutinu trojúhelníkového tvaru, která je vystlána sliznicí (endometrium), na níž, od puberty do klimakteria, pravidelně probíhají cyklické změny – menstruační cyklus. Děloha je tvořena třemi vrstvami: **Endometrium** – sliznice vystylající děložní dutinu, **Myometrium** – svalová vrstva, **Perimetrium** - povrchová vrstva dělohy. Velikost dělohy se v průběhu života neustále mění. Ovlivňuje ji věk ženy, fáze menstruačního cyklu, gravidita a různé patologické procesy. Podélná osa děložního těla svírá s osou hrdla děložního tupý úhel (160-170 °) otevřený dopředu.



ADAM.

Obr. 2.2.2 Vnitřní pohlavní orgány – průřez dělohou

Zdroj: <http://www.health.sk/health/anatomia.php?lekcia=a38>

Vejcovod (tuba uterina, salpinx, fallopian tube)

Párový trubicovitý orgán, dlouhý 9-12 cm. Začátek vejcovodu je otevřený do dutiny břišní a je opatřený pohyblivými řasinkami (fimbriae), které při ovulaci obklopi vaječník, aby mohly zachytit uvolněné vajíčko. Vejcovody ústí do dělohy v děložních rozích. Řasinky ve sliznici vejcovodů a peristaltické pohyby vejcovodu usměrňují posun vajíčka do dělohy. Vejcovody jsou nejčastějším místem oplodnění vajíčka.

Funkce: transport vajíček do dělohy

Vaječník (ovarium, oophoron, ovary)

Párová pohlavní žláza velikosti švestky, uložen při boční stěně malé pánve, zavěšen na zadní straně širokého děložního vazů (plica lata uteri). S děložním rohem spojuje vaječník ligamentum ovarii proprium. V mládí je povrch vaječníku hladký, po nástupu menstruace je zbrzděn jizvičkami po uvolněných vajíčkách.

Vaječníky a vejcovody souhrnně nazýváme **děložní přívěsky – děložní adnexa**.

Stavba vaječníku: **Kůra (cortex ovarii)** – obsahuje ženské pohlavní buňky – vajíčka různého stupně zralosti (oocyty), váček, ve kterém je vajíčko umístěno, se nazývá folikul a **Dřeň (medulla ovarii)** – obsahuje vazivo, hladkou svalovinu, cévy, nervy.

Hlavní funkce: tvorba a uvolnění vajíček, tvorba ženských pohlavních hormonů (estrogeny, progesteron) od puberty do klimakteria.

Ovariální cyklus zahrnuje přípravu vajíčka schopného oplodnění a sekreci ovariálních hormonů. V embryonálním životě se zakládá ve vaječnících asi 2 miliony primárních folikulů, které se při narození zredukuje na 700 tisíc a v pubertě na 300-400 tisíc. Během reprodukčního života ženy se uvolní z vaječníků asi 400 vajíček. V pubertě rostou folikuly pod vlivem hormonů adenohipofýzy (gonadotropiny – folikulostimulační FSH a luteinizační hormon LH). Zralé vajíčko (ovum, oocyt) obsahuje poloviční počet chromozómů (22 somatických a 1 pohlavní – chromozóm X).

Řízení činnosti vaječníků, reprodukční systém ženy podléhá cyklickým změnám daným souhrou žláz s vnitřní sekrecí (hypotalamus, adenohipofýza, ovaria). Produkci gonadotropinu v adenohipofýze řídí hypotalamus prostřednictvím gonadoliberinu (GnRH). Činnost hypotalamu je pod vlivem mozkové kůry, proto fyzický i psychický stres může narušit reprodukční funkce ženy. Gonadotropiny (FSH, LH) stimulují růst a zrání folikulů, ovulaci, vznik žlutého tělíska a tvorbu pohlavních hormonů.

Ovulační cyklus – zahrnuje přípravu vajíčka ve folikulu a po ovulaci změnu jeho zbytku ve žluté tělísko:

1. **Fáze – folikulární**, trvá 12-14 dní od 1. dne poslední menstruace. Jeden z rostoucích folikulů se v ovariu zvětšuje rychle a dozrává v Graafův folikul (1-1,5 cm v průměru), vyklenuje se na povrch ovaria. V ovarích se tvoří estrogeny a v malém množství progesteron.

2. **Fáze – ovulační**, nastává asi 14. den. Graafův folikul praskne a vajíčko se vyplaví do dutiny břišní. Tento proces nazýváme ovulace. Vypuzené vajíčko zachytí fimbrie vejcovodu.
3. **Fáze – luteální**. Po vyplavení vajíčka stěna folikulu zkolabuje a ve folikulárních buňkách se ukládá tuk a žlutý pigment lutein. Vzniká útvar – žluté tělísko (corpus luteum), které produkuje progesteron. Pokud nedojde k oplození uvolněného vajíčka, začne se žluté tělísko měnit v bílé tělísko (corpus albicans), které okolo 24. dne zaniká. Na povrchu ovaria po něm zůstane jen drobná jizvička.

Sekreční funkce vaječníků: zahrnuje tvorbu estrogeneru a progesteronu (pod vlivem gonadotropinů). Tyto hormony působí zejména na sliznici děložní, pochvu, mléčnou žlázu, kostní tkáň, zasahují do řízení činnosti štítné žlázy a tělesné teploty. Mají vliv na vnímání bolesti, na paměť a chrání buňky nervové soustavy.

Estrogeny (steroidní hormony tvořené folikulárními buňkami, z nichž nejvýznamnější je estradiol, estriol a estron) – Estradiol je převažujícím estrogenem u žen od první menstruace do menopauzy, jeho max. hladina je v době ovulace, pak klesá a má zejména tyto **biologické účinky**:

- Růst a diferenciaci folikulárních buněk ovaria, sliznice, vejcovodu, dělohy, pochvy
- Vývoj zevních pohlavních orgánů, sekundárních pohlavních znaků (vlasové linie a linie ochlupení, ukládání tuku na prsou a bocích, stavba kostry)
- Stimulují sekreci řídkého hlenu ve žlázách děložního hrdla
- Navozují proliferační fázi menstruačního cyklu
- Tlumivý vliv na erytropoetin
- Řídí vývoj sexuálního chování a jeho změny během menstruačního cyklu

Progesteron (gestagen, steroidní hormon tvořený žlutým tělískem, max. hladina 20. až 23. den cyklu). Biologické účinky: navozuje sekreční fázi menstruačního cyklu endometria, snižuje kontraktibilitu gravidní dělohy, snižuje produkci a zvyšuje viskozitu hlenu v děložním hrdle, stimuluje prsy, vývoj a sekreční aktivitu mléčné žlázy, zvyšuje bazální teplotu – vzestup v době ovulace. Pro úplnost zahrneme do výčtu anatomie a fyziologie rodidel také závěsný a podpůrný aparát dělohy.

Závěsný děložní aparát zabezpečuje pružné zavěšení dělohy v pánvi a je tvořen především pánevním vazivem, které obklopuje vnitřní pohlavní orgány ženy.

Složení: parametrium – vazivo kolem dělohy, parakolpium – vazivo kolem pochvy, postranní vazy – vazy od děložního hrdla do stran ke stěně pánve, křížoděložní vazy (ligamenta sacrouterina) – vazy od děložního hrdla ke křížové kosti, oblé vazy (ligamentum teres uteri) – vazy od děložního rohu k tříselnému kanálu.

Vnitřní pohlavní orgány ženy (kromě vaječníků) pokrývá pobřišnice (peritoneum), která mj. vytváří:

- Široký vaz děložní (ligamentum latum uteri) – uložen při děložních hranách
- Douglasův prostor (excavatio rectouterina) – záhyb mezi zadní stěnou dělohy a konečníkem (nejnižší místo břišní dutiny).

Podpůrný děložní aparát pomáhá udržovat dělohu v centru pánevní dutiny a je tvořen svalovinou a vazivem pánevního dna. Skládá se ze dvou částí:

Diaphragma pelvis – má tvar nálevky směřující svým vrcholem ke konečníku. Za symfýzou je v ní uložen otvor pro konečník, močovou trubici a pochvu (hilus

genitalis). Diaphragma pelvis je tvořena svaly: zdvihač řitní (musculus (m) levator ani) a kostrční sval (m. coccygeus).

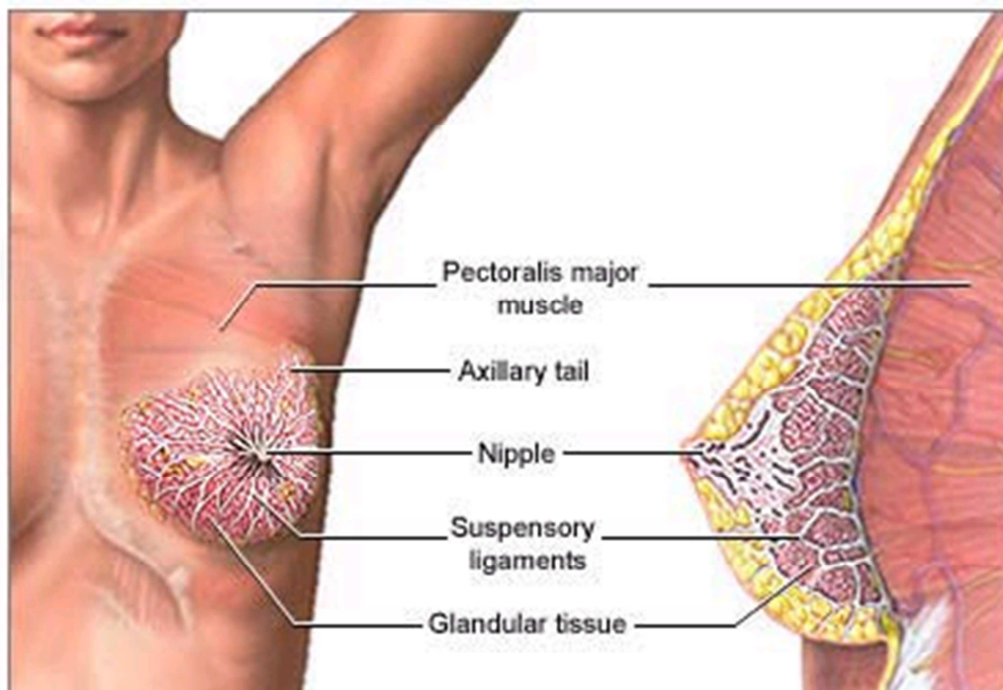
Diaphragma urogenitale – vytváří část pánevního dna pod obloukem stydké kosti a tvoří ji: hluboký příčný sval hráze (m. transversus perinei profundus), m. bulbocavernosus, m. ischiocavernosus, povrchový příčný sval hráze (m. transversus perinei superficialis) a zevní svěrač řitní (m. sphincter ani externus).

2.3 Prs (mamma, mastos)

Prs je párový orgán na přední ploše hrudníku, jehož součástí je mléčná žláza (největší kožní žláza). **Mléčná žláza (glandula mammae)** se skládá asi z 15 laloků, které se člení do malých lalůčků. Jejich vývody se spojují do společných mlékovodů (sinus lactiferi) ústících na **prsí bradavce (papilla mammae)**. Na povrchu prsu rozlišujeme **pigmentovaný dvorec (areola mammae)** a vystouplou bradavku. Tvar a velikost prsu je individuální, závisí na velikosti žlázy, množství tukové tkáně, věku a proběhlém těhotenství.

Prsí žláza prodělává změny v průběhu menstruačního cyklu. Estrogeny stimulují růst vývodu žlázy, progesteron ovlivňuje epitel lalůčků.

Mléčná žláza je plně funkční až v závěru těhotenství a po dobu laktace. V prvních dnech po porodu se tvoří v mléčné žláze **mlezivo (kolostrum)**. **Vlastní mléko** se začíná z prsu vyměšovat 3. - 4. den po porodu. Hlavním hormonem, který spouští a udržuje laktaci, je **prolaktin**. Vyprazdňování mlékovodů vyvolává hormon **oxytocin**.



Obr. 2.3.1 Anatomie prsu

Zdroj : <http://www.health.sk/health/anatomia.php?lekcia=a40>

2.4 Menstruační cyklus

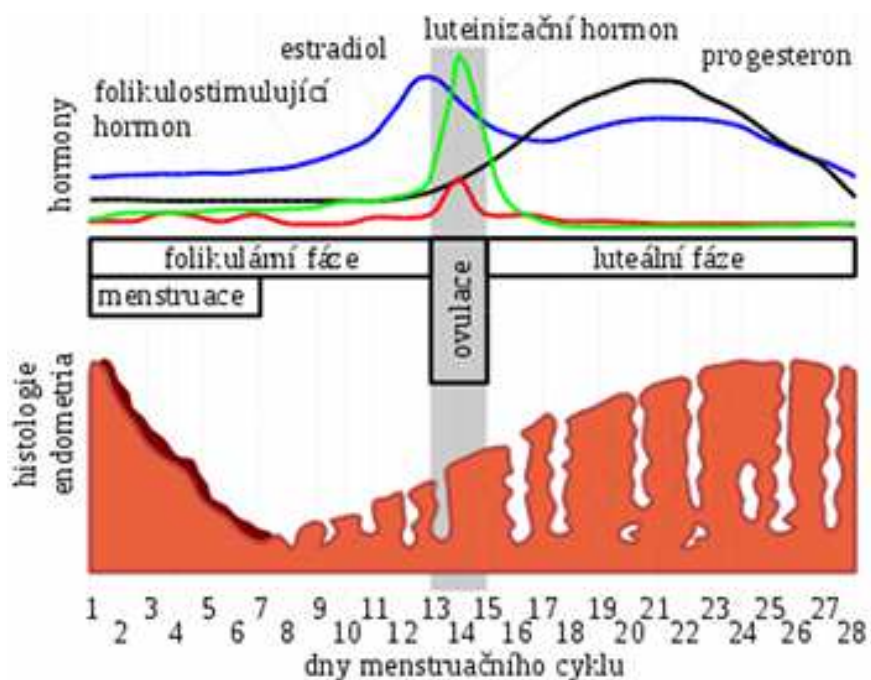
je opakující se biologický děj u žen od první menstruace až do přechodu. Je to proces, při kterém se tělo ženy připravuje na přijetí oplozeného vajíčka a těhotenství. Počít a donosit dítě je žena schopna od svých cca 14 do cca 40 let v tzv. fertilním období. Podle toho jak se organismus ženy vyvíjí ve smyslu změn tělesných, změn pohlavních orgánů a jejich funkce rozeznáváme v životě ženy několik období. V menstruačním cyklu probíhají změny endometria, které se opakují zpravidla po 28 dnech, od puberty do klimaktéria. Hlavním cílem menstruačního cyklu je příprava endometria na uhníždění oplodněného vajíčka a jeho další vývoj. Cyklus je řízen hormony vaječníku. **Folikulární (proliferační) fáze - navozená estrogeny** – dochází v ní k dělení buněk sliznice, jejímu růstu po proběhlé menstruaci, růstu žlázek a zvýšení jejího prokrvení. Ke konci fáze dosahuje endometrium výšky až 10 mm. Fáze trvá od 5. dne do 14. dne cyklu.

Luteální (sekreční) fáze - navozená progesteronem ze žlutého tělíska – v buňkách endometria se po ovulaci hromadí glykogen a lipidy (potřebné pro počáteční výživu oplozeného vajíčka). Žlázy se rozšiřují, tvoří hlen a spirální tepénky dosahují k povrchu endometria. Fáze trvá asi od 15. dne do 26. dne cyklu.

Ischemická fáze – trvá několik hodin až 1 den (26. – 28. den cyklu). Kontrakcí hladké svaloviny tepének se sníží přívod O₂ k buňkám endometria a ty pak odumírají. Tato a následující fáze nastává pouze tehdy, když nedojde k oplodnění vajíčka.

Menstruační fáze – odumřelé buňky sliznice se odlučují a do 48 hodin se odloučí celá povrchová vrstva sliznice. Ta spolu s krví z porušených tepének vytéká děložním hrdlem do pochvy. Menstruační krev je nesrážlivá, částečně hemolyzovaná. Jejímu vypuzení napomáhají kontrakce dělohy.

V období menstruace rozeznáváme fáze: deskvamační: trvá 1-2 dny a regenerační fáze: trvá 2-3 dny. Po 3-7 dnech se vlivem ovariálních hormonů celý cyklus opakuje. Hlavní funkce dělohy: místo vývoje zárodku a plodu, vypuzení plodu během porodu.



Obr. 2.4.1 Menstruační cyklus

Zdroj: <http://someonecz.blogspot.sk/2009/11/menstruacni-cyklus.html>

Poruchy menstruačního cyklu

Průměrná délka menstruačního cyklu je 28 dní +/- 3 dny. Poruchy menstruačního cyklu mohou být v intervalu a intenzitě krvácení. **Menses (lat.) menorea (řec.)** je pravidelné, bez těžkostí probíhající menstruační krvácení (**eumenorea**), které trvá 3 – 7 dní. Krevní ztráta během menstruačního krvácení je 60 - 80 ml nesražené krve (v důsledku fibrinolýzy).

Poruchy v intervalu: **Amenorea** je vynechání menstruace aspoň 6 měsíců.

Oligomenorea je zřídka se vyskytující menstruace po více než 35 dnech. Mluvíme o prodlouženém menstruačním cyklu. **Polymenorea** je často se opakující menstruace za méně než 25 dní. Jde o zkrácený menstruační cyklus.

Poruchy v intenzitě: **Hypomenorea** je slabé menstruační krvácení se sníženou intenzitou, obvykle i krátké. Trvá 1-2 dny, resp. několik hodin. Velmi krátké menstruační krvácení se může označovat jako **bradymenorea**. **Hypermenorea** je pravidelné, silné menstruační krvácení, mohou být i koagula, přitom celková délka krvácení není prodloužená (maximálně 6 - 7 dní). Při silném a delším krvácení než 7 dní se může objevit **menoragie**.

Menoragie je pravidelné, velmi silné a dlouhotrvající menstruační krvácení trvající více než 7 dní při spotřebování více než 8 vložek denně.

Metroragie je nepravidelné uterinní krvácení (acyklické, dysfunkční).

Jako **dysmenoreu** označujeme syndrom charakterizovaný bolestmi v podbřišku a další obtíže (bolest vystřelující do dolních končetin, diareta, nauzea, zvracení, kolapsové stavy), které se vyskytují bezprostředně před menstruací a zpravidla druhý a třetí den menstruace mizí. Dysmenoreou trpí asi 50 % žen, častěji mladší a nerodící. **Předmenstruační tenze** se označuje i jako předmenstruační

(premenstruační) syndrom. Jde o soubor obtíží (nespavost, podrážděnost, retence tekutin spojená s otoky a napětím v prsou, snížené močení, bolest hlavy), které se objevují v posledním týdnu před menstruací a ustupují s nástupem menstruace.

Poruchy menstruačního cyklu – přehled

Mezi **anomálie menstruačního krvácení** zařazujeme odchylky od normálního měsíčního cyklu ženy. Změny jsou buď **v síle** krvácení, nebo **intervalu** mezi krváceními.

- **Anovulační cyklus** – v cyklu nenastává ovulace, rytmus krvácení je zachován s frekvencí asi 28 dní
- **Oligomenorea** – méně časté krvácení, cyklus je delší než 35 dní
- **Polymenorea** – časté krvácení, cyklus je kratší než 21 dní
- **Hypomenorea** – abnormálně slabé menstruační krvácení
- **Hypermenorea** – abnormálně silné menstruační krvácení
- **Menoragie** – silné menstruační krvácení delší než 7 dní
- **Metroragie**- acyklické krvácení
- **Amenorea** – absence menstruačního krvácení
- **Dysmenorea** – bolesti při menstruaci
- **Premenstruační syndrom** – soubor psychických, somatických a vegetativních příznaků, obvykle 5 - 14 dní před menstruací

Klimakterium: období přechodu, kdy fyziologicky dochází k poklesu ovariální funkce a tomu odpovídajícím endokrinním, somatickým i psychickým změnám. Období nastává mezi 45. - 50. rokem života ženy.

Období dělíme

- **Premenopauza** – období před menopauzou – kolem 45. roku života ženy
- **Menopauza** – poslední menstruace – cca mezi 46. – 55. rokem života ženy
- **Postmenopauza** – období, které začíná rok po menopauze, obvykle do 60. roku života ženy.
- **Senium** – po 60. roku věku ženy

Příčinou nástupu klimakteria je vyčerpání funkce vaječnicků, což vede k poruše ovulace. Postupně dochází k poruše pravidelného menstruačního krvácení (méně časté nebo velice silné krvácení) a rozvoji **klimakterického syndromu**.

Aby se eliminovaly projevy, doporučuje se v indikovaných případech zahájit:

- Hormonální substituční terapii (HRT – Hormone Replacement Therapy). Většinou jde o aplikaci estrogenu s progestiny nejčastěji formou perorální (tablety) nebo transdermální (náplasti)
- Nehormonální terapii – přípravky s fytoestrogeny, sójovými proteiny, včelími produkty.

Možné poruchy

- Klimakterický syndrom s těžkým průběhem
- Hypermenorea – silné menses, krevní ztráta větší než 80 ml
- Menoragie – menses trvají déle jak 7 dní
- Metroragie – krvácení z rodidel mimo menstruační cyklus (dysfunkční krvácení, acyklické krvácení)

Senium

Klidové období pohlavních orgánů, které navazuje na období postmenopauzy (po 60. roce života ženy). Funkce vaječnicků je zcela vyhaslá, dochází k atrofii rodidel, mohou se objevit příznaky močové inkontinence, mizí podkožní tuk, ochabuje kůže a skládá se do vrásek. Vlasy řídnou a šediví. Žena obvykle nemá obtíže, správnou životosprávou si může udržet duševní a tělesnou svěžest až do pozdního věku.

Poruchy:

- Descensus (sestup) pochvy a dělohy, event. až prolaps (děloha vystupuje ze zevních rodidel) z důvodů nedostatečné hormonální funkce vaječnicků
- Metroragie z nejrůznějších příčin, z nichž nejzávažnější je karcinom endometria. Pro možnost této příčiny je nutno ověřit každé gynekologické krvácení po menopauze histologickým vyšetřením.

3 Ošetřování žen při zánětlivých nemocech ženských pohlavních orgánů

Zánětlivá onemocnění ženských pohlavních orgánů jsou častým onemocněním ženy. Příčiny jsou především anatomické - rodidla se nacházejí v blízkosti močové trubice a konečníku, a funkční - možnost infekce během menstruace, při porodu a potratu, při pohlavním styku. Vyvolávají je rozličné mikroorganismy, jako bakterie, viry, kvasinky, prvoci, ale i endogenní poruchy (nedostatek estrogenů, diabetes mellitus). Nejčastěji vznikají při sexuální promiskuitě, nevhodné hygieně pohlavního života, nesprávných hygienických návycích (nesprávné utírání konečníku a genitálií, neprodyšné spodní prádlo). Vyšší riziko vzniku infekcí je také během menstruace, kdy je otevřená vstupní brána k vnitřním rodidlům, a během těhotenství, protože organismus ženy je vnímavější. Rozlišují se akutní, subakutní, chronická, specifická, nespecifická zánětlivá onemocnění.

Zánětlivá onemocnění ženských pohlavních orgánů patří mezi nejčastější gynekologická onemocnění, která se vyskytují především u mladých žen ve fertilním věku. Mohou postihnout všechny části pohlavních orgánů ženy. Jejich závažnost spočívá v možných trvalých následcích a možných poruchách plodnosti (infertilita, sterilita). Dalšími komplikacemi mohou být poruchy menstruačního cyklu, bolest při pohlavním styku, nádorové změny – prekancerózy, HPV infekce, komplikace v těhotenství a během porodu (předčasný odtok plodové vody, předčasné porody, infekce novorozence). Proto se jim věnuje zvýšená pozornost. Zánětlivá onemocnění ženských pohlavních orgánů jsou jednou z nejčastějších příčin návštěvy ženy v ordinaci gynekologa. Tato skutečnost přímo souvisí s rozvojem skupiny sexuálně přenosných nemocí (sexually transmitted diseases - STD) tzv. druhé generace, kde byly prokázány nové klinické jednotky, jako je např. bakteriální vaginóza nebo velmi závažný syndrom získané imunodeficience (AIDS).

Narůstající výskyt zánětlivých onemocnění přináší s sebou nejen mnohé medicínské, ale i specifické ekonomické a sociální problémy. Dochází k narušení partnerských vztahů, a to nejen v sexuální oblasti. Negativní je i psychosociální dopad na samotnou ženu. Ženy často tají onemocnění, nevěnují mu potřebnou pozornost. Nepříjemně páchnoucí výtok ženy společensky kompromituje a neurotizuje. S nemocnou se musí jednat otevřeně, ale zároveň diskrétně. Důraz je kladen na prevenci onemocnění, včasnou diagnostiku a důkladnou léčbu. Každá žena by měla znát možné komplikace nedostatečně léčených zánětlivých onemocnění.

Klasifikace zánětlivých onemocnění ženských pohlavních orgánů:

– dle lokalizace

vulvitis - zánět zevních rodidel (herpes genitalis, bartholinitis, folliculitis vulvae)

colpitis - zánět pochvy – sliznice (nejčastěji spojen s trichomonádovým, gonoroickým a mykotickým výtokem)

cervicitis - zánět děložního hrdla

endometritis - zánět sliznice dělohy

myometritis - zánět svaloviny dělohy

pelvic inflammatory disease (PID) – hluboký pánevní zánět, který postihují ženské pohlavní orgány:

salpingitis – zánět vejcovodu

oophoritis – zánět vaječníku

adnexitis - zánět vaječníku a vejcovodu

pelveoperitonitis – zánět pánevní pobřišnice pokrývající orgány malé pánve

parametritis – zánět pánevního vaziva

– **dle vyvolávajícího agens**

bakteriální, virové, plísňové, parazitární

– **dle časového průběhu**

akutní zánět – vzniká náhle, má výrazné příznaky

subakutní zánět – průběh je méně prudký než akutní, ale prudší než chronický

chronický zánět - méně výrazné příznaky, ale častější trvalé následky

rekurentní zánět – návratný, opakovaný

– **dle klinické souvislosti vzniku zánětu**

záněty související s graviditou, porody a potraty

záněty související s gynekologickými operacemi

záněty související s nemocemi přenášeny pohlavním stykem (STD)

indukované záněty - appendicitis aj.

3.1 Klinické projevy a etiologie

Specifičnost projevu se váže na druh a lokalizaci zánětu: svědění vulvy, otok postižené kůže a sliznice a její zarudnutí, výtok z pochvy, dysurie, deformace poševního vchodu, bolestivé zduření, silná bolest v místě zánětu v souvislosti s chůzí, svědění až pálení v pochvě, výtok z pochvy, dysurie, dyspareunie, dysmenorea, bolest v podbřišku i na pohmat, bolest v kříži, zácpa, meteorismus, nauzea, zvracení, malátnost, schvácenost, horečka (39 - 40 ° C) s třesavkou.

Predispoziční faktory zánětlivých nemocí můžeme etiologicky identifikovat na hormonální vlivy (DM, těhotenství), léky (kortikoidy, antibiotika, cytostatika, imunosupresiva), stav výživy (obezita, redukční diety, podvýživa), nevhodná a nedostatečná hygiena (alkalická mýdla, horké koupele, neprodyšné prádlo, detergenty při praní prádla), nevhodný oděv (stahující oděvy, spodní prádlo – tanga), sexuální promiskuita, mechanická traumatizace pochvy (používání pesaru, zvýšená frekvence pohlavních styků, používání mechanických sexuálních pomůcek), zavedení nitroděložního tělíska, vlivy měnícího se pH pochvy (poševní antikoncepce), snížená imunita, stres, infekce močových cest, stavy po operacích v malé pánvi, po porodu (rezidua post partum), potratu (rezidua post abortum).

3.2 Diagnostika

Diagnostika zahrnuje **anamnézu** (s důrazem na gynekologickou a sociální anamnézu), **gynekologické vyšetření**, **fyzikální a laboratorní vyšetření** (bakteriologické, parazitologické, mikroskopické a virologické - krevní testy, MOP, cytologie, materiálu z vulvy a pochvy), biochemické, hematologické, sérologické vyšetření, speciální vyšetření (např. CT) také interní a dermatovenerologické vyšetření.

Výtěr z pochvy na mikrobiologické vyšetření (kultivace a citlivost)

Materiál se odebírá sterilní štětičkou na tyčince, vloží se do nativní kultivační půdy ve zkumavce, nebo do odběrových systémů se živnou půdou pro chlamydie, trichomonády a plísně. Příprava na vyšetření předpokládá přípravu ženy (intimní hygiena, vyprázdněný močový měchýř a uložení ženy do správné gynekologické polohy na vyšetřovacím stole) a psychickou přípravu (edukace ženy o vyšetření a spolupráci při vyšetřování), nezbytné pomůcky (zdravotní dokumentaci, průvodku na mikrobiologické vyšetření, vybraný druh sterilní štětičky, ochranné rukavice, sterilní poševní zrcadla).

3.3 Léčba

Léčba závisí na příčině a rozsahu zánětu. Většinou se dá zvládnout ambulantně. Při těžkých akutních zánětech je žena hospitalizována. Konzervativní léčba zahrnuje farmakoterapii (podávání antibiotik podle citlivosti, antipyretik), klid na posteli, sexuální abstinenci. Chirurgická léčba je zvolena ve vybraných indikacích. Lokální léčba spočívá v aplikaci léků do pochvy (tablety, vaginální čípky, gely, pěny, masti). Odstraňuje pocit svědění, bolesti. Při fyzikální léčbě se využívá diatermie, léčba teplem, lázeňská léčba.

Mezi známé lázně v Čechách, které se specializují na léčbu gynekologických chorob, patří Františkovy Lázně, včetně neplodnosti a následné onkologické péče, Lázně Lednice (Jihomoravský region) a Sanatorium Klimkovice (Moravskoslezský region). Na Slovensku jsou to lázně Bardejov, Lúčky, Nimnica, Štós, Štrbské pleso, Tatranské Matliare a Vyšné Ružbachy. Využívá se i rehabilitační léčba, která je zaměřena zejména na prevenci komplikací z delšího pobytu na lůžku.

Prevence - předcházení onemocněním - je správná životospráva (výživa, spánek, eliminace stresu), správné a zdravé oblékání, ochrana před prochlazením, důkladná intimní hygiena, zdravý sexuální život, vyhýbání se promiskuitě, bariérová antikoncepce (kondom), pravidelné návštěvy gynekologa a důsledné doléčování každého zánětu, nepodceňování podezřelého výtoku.

3.4 Ošetřovatelská péče

Při ošetřování ženy se zánětlivým onemocněním ženských pohlavních orgánů se dbá na holistický přístup a uspokojování potřeb, které se týkají převážně pohybového

režimu, hygienické péče a psychosociálních potřeb. Během hospitalizace se přihlíží na aktuální stav ženy.

Poloha, pohybový režim

Většina žen má volný pohybový režim. V akutním stádiu je třeba zajistit klid na posteli. Při bolestech se žena ukládá do úlevové polohy.

Hygienická péče

Vyhodnotí se samostatnost při hygienické péči a v případě potřeby se ženě poskytuje pomoc při provádění základních hygienických úkonů. Důležité je poučit ženu o zásadách správné hygieny při menstruaci s důrazem na častou výměnu vložek, tamponů, dbát na pravidelnost vyprazdňování, informovat o používání individuálních ručníků na rodidla, nevhodnosti používání alkalických mýdel, preferovat sprchování, zdůraznit zákaz koupání ve veřejných bazénech.

Sexuální potřeby

Ženě je třeba zdůraznit zákaz pohlavního styku během léčby.

Psychosociální potřeby

Nemoc může vážně narušit partnerský vztah. Ženy často onemocnění tají nebo naopak, nevěnují mu dostatečnou pozornost. Potřebné je se ženou mluvit otevřeně, ale zároveň diskrétně. Během edukace je důležité informovat ženu o možných komplikacích při nedostatečném léčení zánětlivých onemocnění.

Ošetřovatelské postupy při lokální léčbě

Aplikace vaginálních tablet

Při naordinování vaginálních tablet ženu poučíme o správném postupu. Aplikaci předchází důkladná očista genitálií. Pokud si žena zavádí tablety sama, může si je zavádět buď v mírném podřepu, nebo vleže na zádech. Doporučuje se tablety před zavedením navlhčit čistou vodou, protože se lépe přisají ke sliznici a lépe se rozpouštějí. Pokud je lék ordinován jednou denně, doporučuje se aplikovat ho před spaním. Při aplikaci přípravku vícekrát za den je třeba po jeho aplikaci zůstat chvíli ležet, aby se rozpustil a vstřebal. Po aplikaci je vhodné přiložit na rodidla hygienickou vložku, která má zabránit případnému znečištění spodního prádla (možné vytékání rozpuštěného léku). Obdobně se postupuje i při aplikaci masti. K její aplikaci se používají speciální aplikátory.

Výplach pochvy

Jde o omývání poševní sliznice antiseptickým nebo antimykotickým roztokem. Připraví se ordinovaný roztok, irigátor (je určen pouze pro poševní výplachy) - vaginální trubice k jednorázovému použití, čtverce buničité vaty, emitní miska, podložní mísa, jednorázové rukavice. Pod ženu se položí podložná mísa a mírným proudem se opláchnou rodidla. Pak se zavede irigátor do pochvy a roztok se nechá volně proudit, aby byla vypláchnuta celá pochva. Po skončení se osuší genitálie buničitou vatou a přiloží se na ně hygienická vložka.

Preventivní opatření

Zdravotničtí pracovníci musí znát základní preventivní opatření, pomocí nichž se předchází zánětlivým onemocněním ženských pohlavních orgánů, a informovat o nich ženy. Patří k nim:

- dodržování základních hygienických návyků v péči o pohlavní orgány,
- vyloučení neopodstatněných poševních výplachů,
- používání ověřených kosmetických prostředků pro intimní hygienu s pH 4-5
- důkladné osušení genitálií (vlhké a zapařené prostředí je vstupní branou pro infekci),
- používání bavlněného spodního prádla (neprodyšné a syntetické materiály zvyšují riziko vzniku infekce),
- pravidelné vyprazdňování močového měchýře a stolice, jakož i hygienická očista po nich,
- hygiena pohlavního styku (a jeho abstinence během menstruace, před porodem, v šestinedělí, po potratu),
- vystříháním se před pohlavní promiskuitou,
- opatrnost na veřejných toaletách a koupalištích,
- pravidelné gynekologické prohlídky.

Návrh ošetřovatelského procesu u žen při zánětlivých onemocněních ženských pohlavních orgánů

Posouzení

Identifikační údaje:

životopisné údaje (jméno, příjmení, věk, rodné číslo, pojišťovna)

Soubor anamnéz

osobní anamnéza: zánětlivá onemocnění organismu (trávicí systém, močové cesty, onkologická onemocnění, diabetes mellitus, hormonální poruchy)

gynekologická anamnéza: předchozí záněty ženských pohlavních orgánů, stavy po gynekologických výkonech, hygiena pohlavního života, promiskuita,

alergologická anamnéza: imunodeficientní stavy

farmakologická anamnéza: užívání širokospektrých antibiotik

sociální anamnéza: špatná ekonomická situace, působení rizikových faktorů (chemikálie, noční směny, vlhké pracovní prostředí)

Fyzikální vyšetření:

subjektivní údaje - získané od pacientky

objektivní údaje - získané inspekcí, palpací, perkusi, auskultací

sestra zjišťuje nejčastěji odchylky od fyziologické normy:

vitální funkce

tělesná teplota TT (hypertermie), krevní tlak TK (hypotenze), puls P (tachykardie), dýchání D (tachypnoe)

břicho a trávicí systém

bolest v podbříšku, rezistence v oblasti malé pánve, poruchy vyprazdňování (zácpa), nauzea, zvracení,

urogenitální systém

pálení při močení - dysurie, dyspareunie, změny na zevním genitálu (léze sliznice), otok, bolestivé zduření, deformace poševního vchodu), změny na vnitřních genitáliích (fluor bakteriální nehnisavý, bakteriální hnisavý, trichomonádový, mykotický)

lymfatický a hematopoetický systém

leukocytóza, zvýšené hodnoty jaterních a ledvinných testů, FW (sedimentace), CRP (C reaktivní protein), hodnoty glykémie, zduřelé tříselné uzliny

kostro - svalový systém

snížená pohyblivost

kůže a kožní adnexa

vlhkost kůže, svědění kůže a sliznic rodidel, zarudnutí kůže a sliznic rodidel, folikuly, furunkly

nervový systém

podrážděnost, poruchy spánku, nervozita, malátnost, schvácenost, únava

Aktivity denního života, životní styl:

stravování a příjem tekutin - nauzea, zvracení

spánek a bdění - přerušovaný, nedostatečný spánek

vyučování - zácpa, dysurie

aktivita a odpočinek - intolerance aktivity pro úporné svědění a silné bolesti stupňující se při chůzi

Kazuistika

Na gynekologické oddělení byla přijata 27 - letá pacientka odeslaná ambulantním gynekologem „pro neefektivní ambulantní léčbu“, pacientka si nadále stěžuje na bolest při chůzi a sezení, přetrvávají zvýšené teploty a zvětšující se otok v oblasti poševního vchodu, má vystrašený výraz tváře, obavy z hospitalizace, narušení partnerského vztahu a neplodnosti.

subjektivně:

mám bolesti při sezení, i když chodím i teplotu jsem měla zvýšenou nad 37°C, jsem unavená, malátná, mám sucho v ústech, necítím se dobře

objektivně:

při vyšetření bolestivá reakce, zarudnutí, VAS (vizuální analogová škála 0 -10) udává st. 8, viditelné vyklenutí Bartholiniho žlázy velikosti holubího vejce, TT 38,6 ° C, P 94/min., suché sliznice v ústech

Lékařská diagnóza: Bartholinitis z rozvinutým abscesem

Ošetřovatelská diagnostika a plánování

Ošetřovatelská dg. 1. Bolest akutní

Cíl: zmírnit bolest do 30 min. o 2 st. (VAS)

VK:

pacientka verbalizuje zmírnění bolesti na stupnici VAS z 8 na 4 stupně do jedné hodiny.

pacientka umí zaujmout úlevovou polohu

pacientka chápe příčiny bolesti a je schopna sledovat bolest.

Ošetrovatelské intervence:

zajistit P klid na posteli a úlevovou polohu

vysvětlit P stupnici bolesti, požádat ji o spolupráci při jejím hodnocení

sledovat P - verbální a neverbální projevy bolesti

monitorovat projevy bolesti, jejich rozsah a charakter

podávat analgetika podle ordinací lékaře

sledovat a zaznamenávat její efekt a vedlejší účinky

Ošetrovatelská dg. 2. Hypertermie

Cíl: snížit tělesnou teplotu do 1 hodiny o 0,5 ° C

VK:

pacientka má TT ve fyziologické normě (36,6 - 37°C) do konce hospitalizace

pacientka má vitální funkce v normě (TK 120/80, P-65, D 18) do konce hospitalizace

pacientka pocítí úlevu v důsledku snižování TT

pacientka má vlhké sliznice

Ošetrovatelské intervence:

sledovat a zaznamenávat intenzitu bolesti VAS

sledovat a zaznamenávat vitální funkce - TT, D, P, TK

odebrat biologický materiál na vyšetření (dle ordinace lékaře)

zajistit dostatečné množství hydratace pacientky (2500 - 3000 ml tekutin za den)

sledovat bilanci tekutin

podávat antipyretika podle ordinace lékaře

podávat antibiotika podle ordinace lékaře

snižovat TT pacientky odstraňováním části oděvu, snižováním teploty okolního prostředí

zabezpečit klid na lůžku

zajistit hygienu těla, suché osobní a ložní prádlo

edukovat pacientku o léčebném režimu a prevenci

Ošetrovatelská dg. 3. Strach

Cíl: zmírnit, příp. odstranit strach pacientky z hospitalizace a operačního výkonu do 2 hodin.

VK:

pacientka má dostatek informací o důvodu hospitalizace

pacientka je informována o nutnosti operačního zákroku

pacientka umí verbalizovat příčiny strachu

pacientka zná odpoutávací a relaxační techniky

pacientka spolupracuje ze zdravotnickým personálem

Ošetrovatelské intervence:

informovat pacientku o důvodu hospitalizace a nutnosti operace (v rámci kompetencí sestry)

seznámit pacientku s prostředím a režimem oddělení

komunikovat s pacientkou o jejích problémech a strachu

sledovat verbální a neverbální projevy strachu u pacientky, monitorovat jejich rozsah a charakter

pomoci při spolupráci se zdravotnickým personálem

Ošetrovatelská dg. 4. Diskomfort

Cíl: zlepšit pocit celkové pohody do 24 hod.

VK:

pacientka v noci spí nerušeným spánkem alespoň 5 - 6 hodin bez sedativ

pacientka během dne se bude zapojovat do různých aktivit (sledování TV, čtení)

pacientka chápe příčiny, které způsobují poruchy spánku

pacientka zná odpoutávací a relaxační techniky

pacientka spolupracuje se zdravotnickým personálem

Ošetrovatelské intervence:

zjistit přítomnost faktorů přispívajících k nespavosti pacientky

u pacientky posoudit souvislosti spánkové poruchy se základním onemocněním

poslechnout si subjektivní potíže pacientky na kvalitu spánku

akceptovat okolnosti, které ruší její spánek

poskytovat péči tak, aby měla pacientka k dispozici nerušenou dobu pro odpočinek

neprovádět, příp. omezit ošetrovatelské intervence během spánku u pacientky

omezit u pacientky příjem tekutin večer, aby klesla potřeba močení v noci

postarat se o klidné prostředí a nerušený komfort před spaním pacientky

pomoci pacientce při uspokojování potřeb před spánkem

podávat léky proti bolesti (dle ordinace) 1 hodinu před spaním, aby se využilo jejich uklidňujícího a sedativního účinku

Realizace

Sestra provádí a zajišťuje jednotlivé naplánované intervence, zaznamenává je do dokumentace i s efektem své činnosti v časové a logické posloupnosti, každou intervenci eviduje (potvrzuje) vlastním podpisem.

Vyhodnocení

Sestra nebo porodní asistentka hodnotí splnění cílů na základě výsledných kritérií.

Zda-li byl cíl splněn, hodnotí se dosažení vytyčených cílů. Pokud byl cíl splněn částečně, uvádíme, že při částečně dosažených cílech je třeba v intervencích pokračovat.

Ale pokud uvádíme, že je cíl nesplněný, je třeba zjistit příčinu, doplnit posouzení, změnit naplánované intervence a jejich realizaci.

4 Ošetřování žen při endometrióze

Endometrióza je gynekologickým onemocněním, při kterém se částičky děložní sliznice (endometria) nacházejí mimo děložní dutinu. Podle toho, kde se děložní sliznice uloží, se rozlišuje interní (lat. *interus* = vnitřní) a externí (lat. = ležící venku/mimo) endometrióza. Při takzvané *endometriosis interna uteri* se ložiska endometriózy nacházejí uvnitř dělohy v jiných vrstvách než je endometrium, např. ve svalovině dělohy. Při *endometriosis externa uteri* se ložiska naproti tomu objevují mimo dělohu v jiných orgánech.

U endometriózy se nacházejí ložiska děložní sliznice jak již bylo řečeno buď v jiných tkáních dělohy (ve svalovině) nebo mimo děložní dutinu, např. na vaječnicích, vejcovodech, močovém měchýři, střevě, peritoneu, vzácněji i ve vzdálenějších částech těla jako jsou plíce nebo mozek. Lokalizace těchto částiček tedy nemusí být omezena jen na oblast pánve ženy, ale může se vyskytovat kromě srdečního svalu a sleziny prakticky kdekoli.

Endometrióza je benigní gynekologické onemocnění, ale s agresivními rysy chování. Je onemocněním převážně reprodukčního věku. Hlavními symptomy jsou pánevní bolest, dyspareunie a snížená fertilita.

Dislokovaná tkáň dělohy se účastní běžných cyklických změn dělohy, a vede tak k obtížím zejména během menstruace. Tyto částičky děložní sliznice reagují na hormonální změny během menstruačního cyklu stejně, jako by byly v děložní dutině. Při každé menstruaci také krvácejí. Části endometria jsou velmi malé, a tak nedochází k velkému krvácení. Problémy však postupně narůstají, protože se okolo ložisek mohou vytvořit cysty a jizvy.

Endometrióza nepatří do skupiny civilizačních nemocí, protože byla popsána již v polovině 19. století. I když je známa takto dlouho, není současná medicína schopna jistě popsat příčiny vzniku. Existuje několik názorů, jak by mohla vznikat.

Mezi nejstarší a nejvíce uznávanou teorii patří tzv. teorie implantační. Ta je založena na tom, že při menstruaci je děložní sliznice odplavována z děložní dutiny pochvou. Některé částičky děložní sliznice jsou během menstruace odplaveny i do břišní dutiny. Může zde docházet k jejich zahnízdění neboli implantaci a pak zde dochází ke stejnému hormonálnímu procesu jako na děložní sliznici. Samotný vznik endometriózy je způsoben několika faktory. Patří mezi ně genetický, hormonální (obviňován je především hormon estrogen) a imunologický faktor.

Nezřídka je endometrióza i příčinou neplodnosti ženy. Endometrióza je totiž nejčastější gynekologickou nemocí v reprodukčním věku ženy. Svědčí o tom literární údaje, podle nichž se endometrióza vyskytuje u 20-50 % neplodných žen a u 50 % žen, které trpí tzv. pánevní bolestí.

4.1 Etiologie a klinické projevy

Příznaky závisí na umístění ložiska, na jeho velikosti a stádiu.

Teorie retrográdní menstruace, Sampsonova retrográdní implantační teorie - vysvětluje vznik ložisek následkem implantace endometriální buněk v průběhu

menstruace, kdy dojde k obrácenému průtoku menstruační krve přes vejcovody do dutiny břišní. Endometriální buňky se usazují na peritoneu a vaječnicích apod. Vlivem steroidních hormonů rostou a dávají základ vzniku patologického ložiska. Tato teorie rozvoje endometriózy je nejznámější. Nejtypičtějším příznakem, který zavede pacientky k lékaři, je dlouhodobá bolest. Bolest pobřišnice v raném stádiu je způsobena enzymy, které působí na nervová zakončení. Pokud už se jedná o tzv. bílou endometriózu, bolest pochází od útlaku jizev a srůstů. Bolesti se často při menstruaci zhoršují. V případě umístění ložisek v močovém měchýři, bývá krev v moči, při umístění v rektovaginálním septu bolest při styku. Existuje přímá spojitost mezi neplodností žen a endometriózou. Nejčastější příčinou neplodnosti jsou srůsty v malé pánvi. Tyto srůsty mohou uzavřít vejcovod a tím znemožnit posunutí vajíčka do dělohy. Také mohou zabránit uvolnění vajíčka z vaječníku a pohybu vejcovodů. V mnoha případech se endometrióza objeví při laparoskopickém vyšetření neplodných žen.

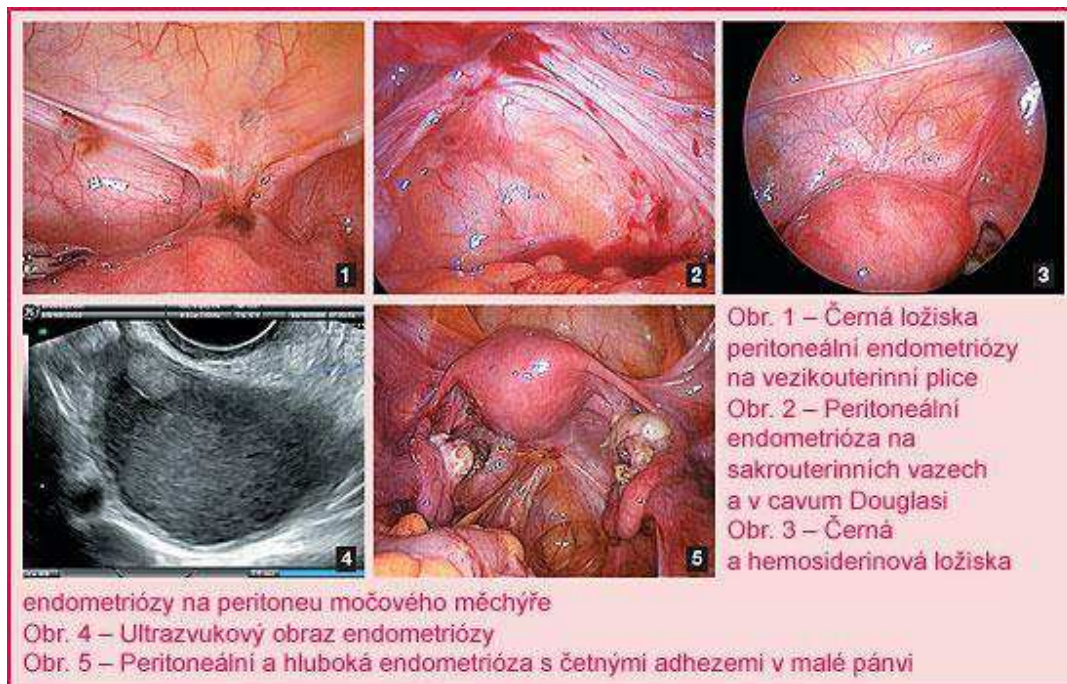
Rozeznáváme 4 typy endometriózy:

Endometrióza peritoneální - výskyt ložisek na pobřišnici. Tento typ endometriózy je nejnáze rozpoznatelný. Na pobřišnici můžeme při operaci zjistit barevné skvrny velikosti i několika milimetrů. Barva těchto skvrn je různá podle toho, v jakém vývojovém stadiu se ložiska endometriózy nacházejí. (obr.4.1.1 - Endometrióza) Zpočátku jsou ložiska tak nepatrná, že je pouhým okem nevidíme. V dalších vývojových stádiích se na pobřišnici vyskytují skvrny červené barvy. Příčinou je vznik četného, i když velmi drobného cévního zásobení původně nepatrných mikroskopických ložisek. Červená ložiska endometriózy prodělávají v podstatě stejný hormonální cyklus jako děložní výstelka. Znamená to, že se po jistém čase odlučují v závislosti od menstruace. Toto vede k místnímu zánětu v okolí těchto červených ložisek, které se postupně uzavřou. V uzavřeném prostoru se hromadí odlučovaná tkáň a ložiska se zvětšují a mění se na ložiska modrá. V nich se postupně snižuje cévní zásobení a dochází tak k přeměně ložiska na jizvu. Vzniká tak poslední vývojové stadium - bílá endometrióza. Důsledkem jizvení v okolí ložiska mohou být i kulaté defekty (otvory) v pobřišnici.

Endometrióza ovariální - výskyt ložisek na vaječníku. Tento typ je charakteristický výskytem barevných ložisek na povrchu vaječníku, která se mohou vnořit do hloubky vaječníku a vytvořit cystu velikosti i několika centimetrů. Tato cysta se nazývá endometriom nebo endometriodní cysta. Pro svůj obsah zahnědlé tekutiny bývá často označována jako dehtovitá nebo čokoládová cysta.

Endometrióza rektovaginálního septa - výskyt endometriózy v přepážce mezi pochvou a konečníkem. Pro tento typ endometriózy je typický výskyt tuhých uzlíků. Uzlíky vznikají zvýšenou tvorbou hladké svaloviny a vaziva v okolí endometriálních žlázek. Mnohokrát se tento typ endometriózy označuje jako hluboký, protože postihuje nejen zmíněnou přepážku, ale také vazy mezi dělohou a pánevními kostmi. Uzlíky se mohou tvořit i ve svalovině pánevních orgánů. Tato endometrióza podléhá jen minimálním změnám v průběhu menstruačního cyklu a projevuje se trvalou a velkou bolestí.

Adenomyóza - výskyt ložisek uvnitř svaloviny dělohy. Tento typ endometriózy není izolován. Většinou je provázen výskytem peritoneální endometriózy. Projevuje se zvýšeným děložním krvácením, bolestivou a zvětšenou dělohou a dalšími příznaky typickými pro endometriózu, jako jsou bolestivá menstruace, bolesti při pohlavním styku a dlouhodobá pánevní bolest.



Autor: www.zdn.cz

Obr.4.1.1 - Endometrióza

Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/endometrioza-285069>

Text k obrázku:

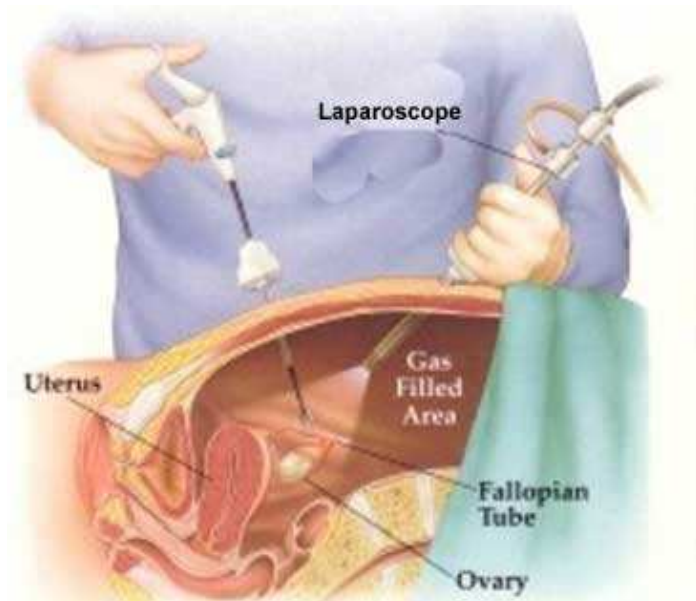
Červená ložiska - vezikulární ložiska s hemoragickým obsahem, ložiska vzhledu plamene, ve kterých probíhá výrazná neovaskularizace.

Černá ložiska - klasická ložiska vzhledu střelného prachu, modré a černé barvy s variabilním množstvím vaskularizace nebo fibrózy (obr.4.1.1/1).

Bílá ložiska - bílé jizvení, peritoneální defekty cirkulární, oválné nebo kribiformní. Předpokládá se, že červená ložiska jsou časná aktivní ložiska, kde probíhá neovaskularizace. Nižší stupeň vaskularizace, ale i již počínající fibrotizace, probíhá v černých ložiscích, zatímco v bílých ložiscích dochází již jen k fibrotizaci. Zobrazit ložiska v této podobě lze nejlépe laparoskopicky (obr.4.1.1/2, obr.4.1.1/3). Některá ložiska mohou být přehlédnuta pro svoji velikost nebo lokalizaci ve srůstech nebo na nepřehledných místech. Z nejvíce atypických ložisek by se měla vždy provést biopsie k vyloučení nádorového procesu.

4.2 Diagnostika

Lékař nejdříve analyzuje problémy pacientky a při podezření na endometriózu ji pošle na specializované oddělení. K potvrzení nemoci je totiž zapotřebí operačního vyšetření, nejčastěji používaná je **laparoskopie** (obr. 4.2.1). Laparoskopii lze prohlížet všechny orgány v oblasti břicha a pánve. Pacientka je uvedena do celkové narkózy a je jí proveden malý řez v pupeční jamce, kterým se vsune optický přístroj laparoskop. Ten je opatřen kamerkou a světlem pro přehledné prohlížení orgánů. Největší výhodou laparoskopie je, že lze provádět chirurgické zákroky bez otevření břicha. Jizvička proto zůstává malá, pacientka je schopná brzy jít znovu do práce a doba hospitalizace v nemocnici je minimální. Užívá se v diagnostice a léčbě endometriózy a rovněž ke zjištění průchodnosti vejcovodů.



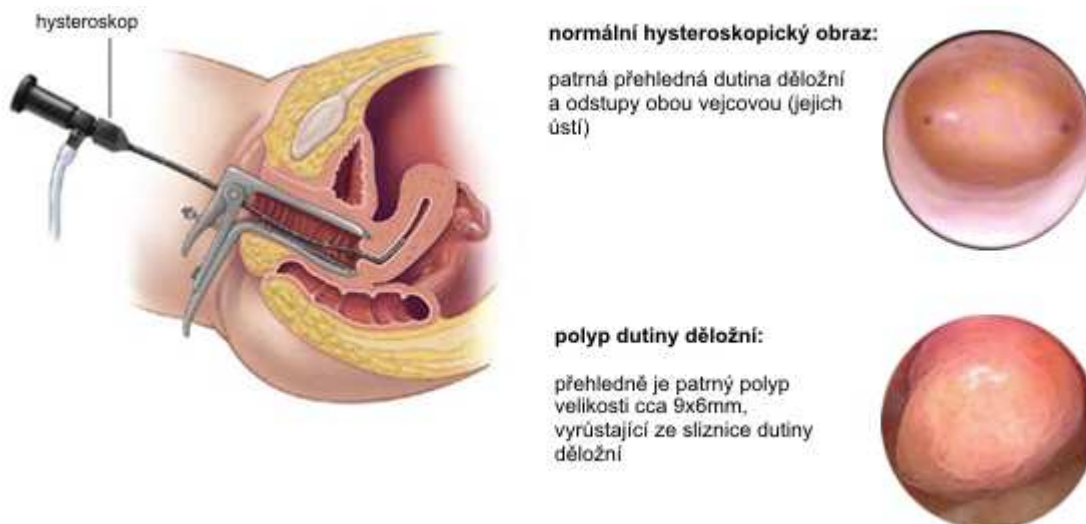
Obr. 4.2.1 - Laparoskopie

Zdroj: www.reprofit.cz/ivf/vysetrovaci-metody-zeny

Hysteroskopie

Sám gynekolog může provést vyšetření zvané hysteroskopie. Umožňuje řádně vyšetřit děložní hrdlo i dutinu a dokáže uvnitř odhalit netypická ložiska. Po dezinfekci pochvy a děložního hrdla je nejdříve zavedeno zrcadlo. Poté je vsunut tenký optický přístroj hysteroskop s fyziologickým roztokem pro zlepšení viditelnosti.

Výhodou hysteroskopie je jednodenní hospitalizace s minimálními komplikacemi. Pacientka netrpí téměř žádnou bolestí. Používá se k odhalení a léčbě problémů uvnitř dělohy (polypy, myomy, adheze, septa).



Obr. 4.2.2 - Hysteroskopie

Zdroj: www.reprofit.cz/ivf/vysetrovaci-metody-zeny

Pokud je prokázána endometrióza, lékař s největší pravděpodobností určí i typ onemocnění. V případě, že se jedná o **endometriózu peritoneální**, budou se částičky děložní sliznice nacházet na **pobříšnici**. Tento typ je nejlépe rozeznatelný, protože se na pobříšnici vyskytují okem viditelné skvrny.

Definitivní diagnóza endometriózy se opírá o histologické potvrzení endometriální tkáně mimo dutinu děložní.

Endometrióza peritoneální, ovariální a endometrióza rektovaginálního septa jsou pravděpodobně tři rozdílné klinicko-patologické entity rozdílného původu, vyjádření, ale i rozdílného způsobu diagnostiky. Peritoneální a ovariální endometrióza se projevují spíše jako hemoragický typ, zatímco hluboká pánevní endometrióza spíše jako adenomyomatózní typ. Základními diagnostickými postupy jsou anamnéza, palpační gynekologické vyšetření, ultrazvukové vyšetření (UZV), laparoskopie, ev. magnetická rezonance (NMR).

S ohledem na cenu a dostupnost je ultrazvukové vyšetření používáno mnohem častěji než vyšetření NMR. Laparoskopická diagnostika je často i metodou terapeutickou.

4.3 Léčba

Vhodná léčba je lékařem doporučena po řádném posouzení stavu a stádia nemoci. Využívá se chirurgické léčby v kombinaci s léčbou hormonální. Lékaři nejčastěji první endometriózu odstraní chirurgicky a poté nasadí hormonální léčbu, aby se endometrióza dále nešířila.

Základem léčby bývá **chirurgická operace**, která se provádí nejčastěji **laparoskopicky** (tedy stejnou metodou jako se endometrióza vyšetřuje). Lékaři se snaží odstranit co možná nejvíce ložisek a rozdělit vzniklé srůsty. Úspěšnost operace závisí na uložení a velikosti ložisek.

Při rozsáhlých nebo nepříznivě umístěných ložiscích je nutná abdominální operace. V těchto případech se doporučuje, pokud však žena netouží po dalším dítěti,

odstranit vaječníky kvůli zastavení menstruačního cyklu a tím odstranit symptomy endometriózy.

Hormonální léčba bývá velmi úspěšná, dosahuje 80 – 90% úspěšnosti. Problémem však je, že až u 50 % pacientek se do roka od ukončení léčby problémy opakují. Hormonální léčba dosahuje minimální úspěch především u endometriózy rektovaginálního septa.

Léky bývají aplikovány do podkoží nebo do svalů. Podávané léky **tlumí hormony řídicího centra hypofýzy**. Zablokování hypofýzy pak zabraňuje vyplavování ženských hormonů estrogenů a endometrium není pravidelně obměňováno. Hladina estrogenů bývá velmi nízká (jako při klimakteriu neboli přechodu) a to způsobuje problémy jako je dočasná ztráta menstruace, deprese, změna nálad, migrény, poruchy spánku a návaly. Nežádoucí příznaky do půl roku od ukončení léčby mizí.

V hormonální léčbě je užívána někdy i **hormonální antikoncepce**. Ta sníží hormonální podněty ložisek endometriózy a zároveň snižuje bolest.

V některých případech se podávají **antidepresiva**, protože depresí trpí asi 50 % nemocných pacientek. Zároveň řeší i problémy se spánkem.

Někdy lékař může poradit velmi efektivní léčbu, a to přerušení cyklu tím nejpřirozenějším způsobem – **otěhotněním**. Je samozřejmé, že pokud endometrióza způsobila neplodnost, tato rada moc efektivní nebude. Pokud se však otěhotnět povede, ve většině případů dochází ke zmenšení ložiska endometriózy.

Nesmíme zapomenout, že pokud je endometrióza diagnostikována, neznamena to automaticky neplodnost. Existuje ale i mnoho pacientek, které problémy s otěhotněním nemají. Neplodnost u pacientky je vždy řešena individuálně a nabízí se několik možností, jak tento problém léčit. Kromě již zmíněného chirurgického zákroku a hormonální léčby se využívá **metod asistované reprodukce**. To jsou metody, kde dochází k manipulování se zárodečnými buňkami, jako jsou spermie a vajíčka za účelem těhotenství.

4.4 Ošetřovatelská péče

Specifika ošetřovatelské péče o ženu při endometrióze je zaměřená na intervence v konzervativní péči a na předoperační přípravu a pooperační péči v gynekologii.

Předoperační příprava v gynekologii

Spočívá v úpravě stravy, vyprázdnění střev a v přípravě operačního pole. Den před operačním výkonem dostane pacientka v poledne jen lehčí stravu, večer jen tekutou, pít může nejpozději šest hodin před začátkem výkonu. Při předpokladu výkonu na střevě musí být vyprázdnění dokonalé. Na noc dostávají pacientky sedativa nebo trankvilizéry. V den operace dostane pacientka očistné klyzma, pro abdominální přístup se holí ochlupení na hrmě a na podbřišku, před vaginálními operacemi je oholeno ochlupení na vulvě a na hrázi. Je podána předepsaná medikace (kardiotonika, kortikosteroidy, antibiotika, infuze). Většinou jednu hodinu před začátkem anestezie se podává premedikace do svalů, u výkonu z vitální indikace podává premedikaci anesteziolog do žíly na operačním stole. Součástí je také

profylaxe pooperačního zánětu antibiotiky a předcházení tromboembolické nemoci podáváním antikoagulancií a bandáží dolních končetin.

Pooperační péče v gynekologii

Platí zde veškeré zásady všeobecné bezprostřední pooperační péče. Pacientka je těsně po operaci uložena na dospávací pokoj, případně na JIP k monitoraci vitálních funkcí a stabilizaci stavu. Specifika ošetrovatelských intervencí se řídí druhem výkonu, stavem pacientky, zvyklostmi oddělení a požadavky operátora.

Poloha a pohybový režim: pacientku po operaci uložíme na pokoj, do polohy, která jí vyhovuje. K ruce ženy připravíme balíček sterilních vložek a emitní misku. Zkontrolujeme všechny invazivní vstupy (periferní žilní vstup, drény, močový katetr), rodidla kryjeme sterilní vložkou.

Monitorujeme: základní životní funkce - dle ordinace lékaře (TK, P, D, TT), bolest a její projevy, operační ránu, prosakování, krvácení, sekreci z drénů a jejich funkčnost, projevy pooperační nevolnosti, bilanci tekutin, sledujeme odchod plynů a vzednutí břicha. Dále sledujeme výsledky ordinovaných vyšetření, projevy infekce - lokální i celkové, hlavní i vedlejší účinky podávaných léků.

Hygienická péče: hodnotíme úroveň sebek péče, větší dohled vyžadují starší a imobilní pacientky. Pacientku aktivizujeme již v den operace na lůžku, soustředíme se i na oblast genitálií - oplachování zevních rodidel. Další dny aktivizujeme pacientku do hygieny mimo lůžko. Po odstranění drénů a ostatních invazivních vstupů může žena do sprchy. Připomeneme správné hygienické návyky: hygiena při vyprazdňování, omytí genitálií po vyprázdnění, používání hygienických přípravků, používání vložek a spodního prádla. V gynekologické pooperační péči se preferuje volné hojení operační rány a správné hygienické návyky (podpora hojení). **Výživa:** zhodnotíme úroveň výživy a sebek péče. V den operace někdy i 1. den po operaci přisun tekutin a energie parenterální cestou - dle ordinace lékaře. Pokud nemá pacientka pooperační nevolnost, může dvě hodiny po operaci zkoušet tekutiny per os. První den začínáme s šetrným příjmem potravy D1, pokud není jiné dietní omezení postupně D3, důležitý je dostatečný pitný režim k předcházení potížím s vyprazdňováním stolice.

Vyprazdňování: Močový měchýř: zavedený močový katetr se odstraňuje co nejdříve, pokud to stav dovoluje. U abdominálních operací do 24 hodin, u vaginálních do 2-5 dnů, při poranění močového ústrojí je při operaci katetr odstraněn 7. den po výkonu. Při zavedeném katetru dodržujeme všechny zásady ošetrovatelské péče. U spontánního vyprazdňování měchýře sledujeme frekvenci a příměsí - v prvních hodinách po anestezii může dojít k retenci moče. Střevo: k vyprázdnění stolice dochází až po postupném zatížení GIT. Problém může být s odchodem plynů, může dojít k obstipaci v důsledku manipulace s pánevními a břišními strukturami, ale také nevhodnou stravou v pooperačním období.

Bolest: zhodnotíme bolest a její projevy, dodržujeme všeobecné zásady v péči o bolest. Včas pacientku aktivizujeme, aplikujeme opiáty, analgetika, vše dle ordinace lékaře.

Odpočinek a spánek: zhodnotíme úroveň odpočinku a spánku, pokusíme se zajistit klidné pooperační prostředí. Při nespavosti se pokusíme o náležitá opatření.

Rehabilitace: s rehabilitací začínáme již v den operace aktivací na lůžku. Důležité jsou cviky pomáhající fyziologické pasáži střev a předcházející retenci moče. Bolesti ramen, zad, krční páteře mohou pramenit z polohy během operačního výkonu

Psychosociální potřeby: gynekologické problémy úzce souvisí se změnami sebepojetí, hlavně v oblasti sexuální aktivity, studu a plnění role ženy. Ženy se často záměrně vyhýbají řešení gynekologických problémů, jsou k tomuto tématu uzavřené. V pooperačním období je vhodné znovu ženu instruovat, co pro ni tento výkon znamenal.

5 Ošetřování žen při nádorových chorobách ženských pohlavních orgánů

Nádory ženských pohlavních orgánů a prsu představují specifickou skupinu onemocnění. Dobrá znalost symptomatologie jednotlivých nádorů a schopnost indikovat jak adekvátní vyšetřovací metody v diagnostice, tak léčbu onemocnění a ošetrovatelskou péči rozhodují o dalším osudu pacientky.

5.1 Nádory ženských pohlavních orgánů

Nádor se označuje onemocnění, při kterém vznikl v těle nežádoucí novotvar, který nemá ani funkční, ani tvarová zařazení v organismu. Velikost nádoru může být různá - od několika buněk až po několikakilogramové nádory vyplňující celou dutinu břišní. Šíření nádorů v organismu probíhá různými cestami, metastatický rozsev (generalizace nádoru v těle znamená nejzávažnější poškození organismu), lymfatickou cestou (postihuje parametrální a paraaortální lymfatické uzliny), hematogenní cestou (kosti, plíce, mozek) a implantační cestou (lokální, prorůstá na rektum, močový měchýř – riziko vzniku pyelonefritidy s urémií apod.) Dle lokalizování můžeme nádory ženských pohlavních orgánů rozdělit na nádory vulvy, pochvy, hrdla dělohy, těla dělohy, vejcovodů a vaječnicků. TNM klasifikací hodnotíme rozsah postižení: T – tumor (typ nádoru), N – nodus (stupen postižení lymfatických uzlin), M – metastáza (přítomnost metastáz v organismu). Dle toho rozlišujeme nádory **nezhoubné (benigní)**, u kterých jsou zachovány kontrolní mechanismy růstu buněk, ale mohou pacientku ohrozit jiným způsobem. Druhou skupinou jsou nádory **zhoubné (maligní)**, laicky označované jako rakovina a lékaři jako **karcinomy**.

Nezhoubné nádory

Mohou vznikat z různých tkání ženských pohlavních orgánů. Rostou většinou pomalu (roky). Mohou tlačit na okolní orgány, ale nedochází k prorůstání a tvorbě metastáz. Nádory vaječnicků a nádory, které rostou na stopce, se mohou otočit a při zaškrcení cévního zásobení dojde k nekróze jejich tkáně, provázené bolestmi a zánětem. Nádory pod sliznicí děložní způsobují nepravidelnosti krvácení. Nejčastější nezhoubné nádory ženských pohlavních orgánů jsou **myomy** ze svalových buněk dělohy a cysty vaječnicků, které se ale řadí k tzv. nepravým nádorům.

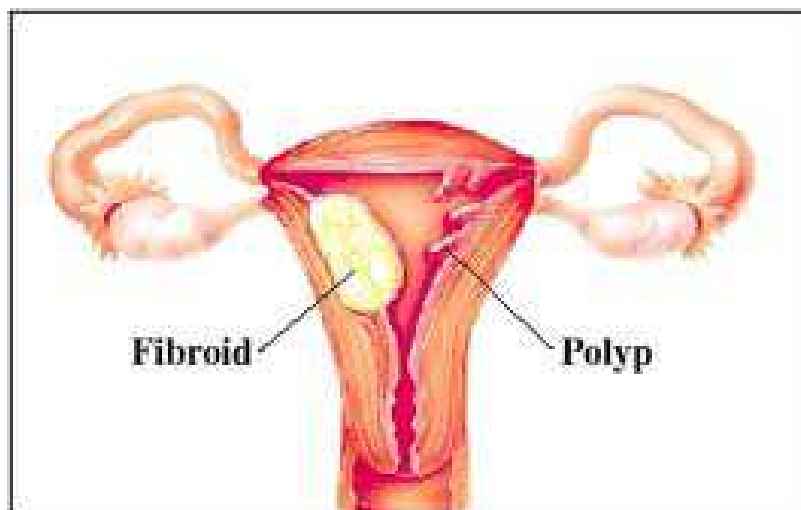


Obr. 5.1.1 Myomy dělohy – místa růstu

Zdroj: <http://www.myomy.cz/>

Podle umístění vzhledem ke stěně dělohy rozeznáváme tři hlavní typy myomů: **subserózní**, **submukózní** a **intramurální**. **Subserózní**, klenoucí se pod zevní povrch dělohy, směrem do dutiny břišní, **submukózní**, uložené těsně pod povrchem sliznice a vyklenující se do dutiny děložní, **intramurální**, prostupující stěnu děložní. Je-li myom spojen s dělohou pouze tenkou stopkou, hovoříme o myomech **stopkatých** neboli pendulujících. I tyto myomy mohou být uloženy buď v dutině děložní, nebo navenek dělohy – podle toho se k jejich odstranění volí přístup hysteroskopický (z dutiny děložní) nebo laparoskopický (z dutiny břišní). Léčba pendulujících myomů je sice pouze chirurgická, ale v porovnání s ostatními myomy většinou snazší, protože stačí přerušit stopku a netřeba zasahovat do stěny děložní. Ženy s objemnými či specificky lokalizovanými myomy někdy udávají nespecifické tlakové obtíže a pocit prosáknutí až edému podbřišku, často ve spojení s obtipací a obtížným či častým močením. Tyto příznaky se někdy označují jako „bulky symptoms“ - obtíže vyplývající z objemné masy zvětšené dělohy. Vztah myomů k inkontinenci moči je diskutabilní, spíše přidružený než příčinný. Hysterektomie tak, přestože někdy bývá součástí urogynekologických operací, rozhodně nepatří mezi operace určené k léčbě stresové inkontinence.

Mezi nezhoubné gynekologické nádory také řadíme **polypy**.



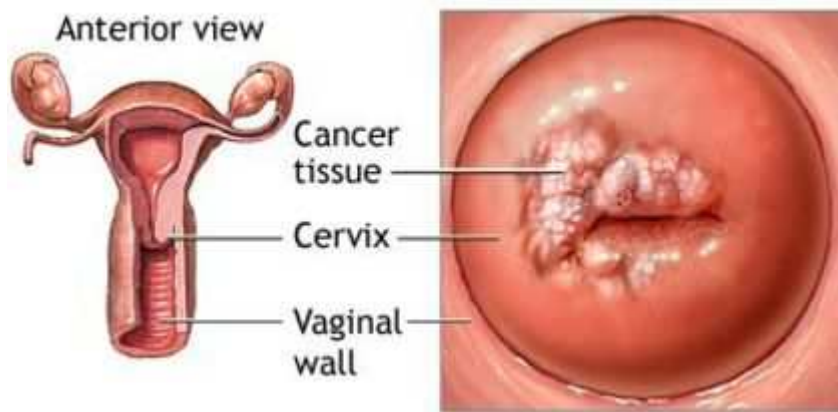
Obr. 5.1.2 Polypy dělohy

Zdroj: <http://www.zbynekmlcoch.cz/>

Děložní polypy se u žen mohou vyskytovat nehledě na věk. Polypy hrdla snad o něco častěji u žen do přechodu, naopak polypy děložního těla jsou častější a hlavně nebezpečnější u žen po menopauze. Podle uložení na děloze rozlišujeme **polypy děložního hrdla**, které je snadné diagnostikovat při běžném gynekologickém vyšetření v zrcadlech, neboť obvykle prominují (vystupují) z děložního hrdla navenek, čili do pochvy, a dále **polypy děložního těla**, které se nacházejí v děložní dutině. Tento druhý typ polypů se zjišťuje obtížněji, běžným gynekologickým vyšetřením (v zrcadlech a pohmatem) je diagnostikovat nelze a jasné podezření na ně lze získat vaginálním ultrazvukovým vyšetřením. Definitivně se potvrdí až při hysteroskopii neboli endoskopickém zobrazení děložní dutiny. Ve většině případů se jedná o **benigní**, čili **nezhoubné** slizniční výrůstky. Problém však může být v mylné diagnóze, kdy se za zdáním polypu může skrývat skutečný zhoubný nádor.

Zhoubné nádory

Zhoubný nádor vzniká třeba jen z jediné buňky, která se zvrhla, vymkla se všem kontrolním mechanismům a rychle se dělí. Zvětšuje se velikost nádoru, který ničí své okolí, prorůstá do okolních orgánů a při uvolnění buněk např. do krevních či lymfatických cév může dojít k vytvoření vzdálených ložisek nádoru, které se označují jako metastázy. Ty mohou vyrůstat na okolních orgánech, v lymfatických uzlinách nebo i v orgánech vzdálených. Chovají se většinou stejně agresivně jako prvotní ložisko, z kterého vznikly. Nejčastějším zhoubným novotvarem ženských pohlavních orgánů je rakovina děložní sliznice (karcinom endometria), na druhém místě je rakovina děložního čípku (karcinom cervixu).



Obr. 5.1.3 Ca cervicis

Zdroj: <http://www.picsearch.com/>

Nutno říci, že chování nádorů je mnohem složitější, mezi nezhoubnými a zhoubnými nádory neexistuje ostrá hranice a některé nádory se označují jako potenciálně zhoubné (border-line tumory), nebo jako tzv. předrakovinná stadia (prekancerózy). Rychlost, jakou onemocnění postupuje je také velice různá. Někdy zůstává zhoubný nádor po relativně dlouhou dobu v nízkém stadiu rozvoje. Jindy je jeho chování velice agresivní již od počátku vzniku. Nádory vznikají z různých tkání (tuk, sval, vazivo, žláza,...) a podle toho se také nazývají. Mohou vznikat v různých orgánech. Některé typy nádorů se mohou vyskytnout během celého života ženy. Jiné se objevují spíše u mladších nebo naopak starších věkových kategorií. Jako nepravé nádory se označují útvary, které svým vzhledem nádory připomínají, ale vznikly jiným způsobem. Mezi benigními a maligními nádory je celá řada přechodů, které podle orgánů označujeme jako *prekancerózy* nebo nádory potenciálně maligní (hraniční, semimaligní).

Prekancerózy

Prekancerózy jsou dystrofické změny tkání, které předcházejí nádorovému bujení. V gynekologii jsou nejvíce probádané prekancerózy děložního hrdla, méně znalostí máme o prekancerózách vulvy, prsu a endometria. Nejméně víme o prekancerózách vejcovodů a vaječníků. Do prekanceróz řadíme i tzv. karcinomy "in situ" (proinvasivní karcinomy) a nádory potenciálně maligní (hraniční, „borderline“, semimaligní, nádory s nejistým biologickým charakterem): nejvíce při nádorech ovarií. Mohou lokálně recidivovat nebo metastazovat, jejich prognóza je příznivá.

Gynekologická onkologie (onkogynekologie) je oborem, který se zabývá diagnostikou a komplexní léčbou zhoubných nádorů rodidel. Tyto nádory tvoří 12 – 15 % všech maligních nádorů žen. Na tom se podílejí zejména tři nejčastější: karcinom děložního čípku, karcinom endometria a karcinom vaječníků, přičemž karcinom děložního čípku patří mezi druhý nejčastější nádor u žen vůbec a to celosvětově.

5.2 Klinické projevy a etiologie

Specifičnost klinických projevů se váže na druh a lokalizaci nádorů.

Benigní - nezhoubné nádory mikroskopicky se neliší od tkáně, z které vznikly, mají pomalý růst, jsou ohraničené, nepřerůstají do okolí, nemetastazují a zřídka recidivují

Maligní – zhoubné nádory - rychlý růst, přerůstají do okolí, destruuji ho a metastazují.

Dle lokalizace se vyskytují v děloze, postihují tělo i čípek. Také se nacházejí ve vaječnicích, pochvě a také postihují prsy.

Gynekologická nádorová onemocnění se projevují příznaky, jako jsou poruchy menstruačního cyklu (polymenorea, oligomenorea, amenorea, hypomenorea, menoragie, dysmenorea, metroragie), kontaktní krvácení (po pohlavním styku, po vyšetření), opakující se, na léčbu nereagující výtok z rodidel (fluor), krvácení z konečníku, bolesti při pohlavním styku, v lumbální části páteře a podbřišku. Dále atrofickými nebo hypertrofickými změnami na pohlavních orgánech ženy, virilismem, zánikem libida, záněty nebo abscesy, které se nehojí. Nechuť k jídlu, úbytek hmotnosti, až kachexie, nauzea a zvracení, poruchy při vyprazdňování moče, sterilita, infertilita, metastázy do okolních tkání a orgánů (lymfatické uzliny, játra, slezina, kosti, atp.), ascites v břišní dutině, psychické obtíže jsou dalšími možnými příznaky (deprese, pocit úzkosti, beznaděje, bezmocnosti, apatie atp.)

Z etiologického hlediska příčiny nejsou zcela objasněny. Na jejich vzniku se podílejí nejruznější faktory, jako jsou hormonální, genetické, růstové a jiné. Zhoubná transformace tkáně je proces složitý, na kterém se podílí řada činitelů. Jeho výsledkem je genetická změna buňky. Na vzniku zhoubného bujení se podílejí karcinogeny (fyzikální, chemické a biologické faktory). Po styku s těmito látkami se na povrchu buňky mohou vytvářet nádorové antigeny (protilátky), které za normálních okolností vyprovokují imunitní systém organismu k obranné reakci a ke zničení chorobného ložiska. Až selže imunitní systém, dochází k nekontrolovatelnému bujení tkáně. V současnosti hrají významnou roli při vzniku ženské rakoviny tzv. orogenní viry. Je prokázáno, že hlavním biologickým karcinogenem je lidský papillomavirus (HPV), sexuálně přenosný virus postihuje kůži a sliznice.

Všeobecně se předpokládá, že bezprostřední příčinou vzniku nádorové buňky je genetická mutace normální buňky, karcinogeny – fyzikální, chemické, biologické, orogenní viry, rizikový typ HPV (human papillomavirus – lidský papillomavirus) a selhání imunitního systému.

Mezi rizikové faktory se řadí časný začátek sexuálního života, promiskuita, kouření a imunosuprese.

Karcinom prsu

Karcinom prsu není onemocnění reprodukčních orgánů, ale jeho epidemiologický význam i estrogen-dependentní status jej řadí k nejvýznamnějším mezi ženskými nádory. Etiologie karcinomu prsu není objasněna. Je pravděpodobné, že se na ní významnou měrou podílejí zevní faktory životního prostředí spolu s vrozenými predispozicemi a expozicí endogenním estrogenům. S tím souvisí i omezené

možnosti primární prevence. Významným opatřením, které snižuje specifickou mortalitu karcinomu prsu, jsou screeningové programy.

5.3 Diagnostika

Již **anamnéza**, která specifikuje potíže pacientky, může odhalit i rizikové faktory vzniku rakovinového bujení a nasměrovat lékaře ke stanovení správné diagnózy. Nádory ženských pohlavních orgánů provází spíše nespecifické obtíže a bohužel mnoho zhoubných nádorů může růst zcela bez projevů (asymptomaticky) až do pozdních stadií. Proto jsou zvláště v gynekologii tak důležité preventivní prohlídky.

Vyšetřovací metody

jsou různé podle toho, který orgán je nutno vyšetřit. Vyšetření **kolposkopem** a okamžitý odběr stěru z děložního čípku.

Pro vyšetření sliznice dutiny děložní, dělohy, vejcovodů a vaječnicků je nutné kromě běžného **gynekologického vyšetření** použít další vyšetřovací metody (**ultrazvuk, hysteroskopie, laparoskopie**).

Tumor markery (tumor - nádor, markery - ukazatele), jsou specifické látky, které nádorové buňky při svém množení uvolňují. Jejich hladiny závisí na růstové aktivitě nádoru. Jedná se o vyšetření pomocné a nelze říci, že pokud je hladina nádorových markerů zvýšená, pacientka má jistě zhoubné onemocnění. Naopak v počátečních stadiích zhoubného bujení mohou být hladiny nádorových markerů zcela normální. Vyšetření je součástí vyšetřovacího schématu a neprovádí se samostatně. Dále vyšetření tumor markerů slouží k monitorování úspěšnosti léčby a po jejím ukončení může pozitivní výsledek signalizovat recidivu (opětné propuknutí choroby). Provádí se zvláště vyšetření markeru CA125 (karcinom vaječnicků), SCC (karcinom děložního čípku) a dalších (CEA, C19-9, CA 15-3, ...).

Diagnóza myomu je většinou, na základě podezření z anamnézy a klinického vyšetření (zejména z bimanuální palpce), potvrzena ultrazvukem. Používá se většinou vaginální přístup, v případě velkého zvětšení dělohy je výhodné kombinovat sondu vaginální a abdominální. Lze tak poměrně přesně popsat počet myomů, jejich velikost a případné sekundární změny (kalcifikace, nekróza apod.), stanovit přesnou lokalizaci myomu i vztah k dutině děložní. K ještě přesnějšímu určení vztahu k děložní dutině slouží, zejména u infertilních pacientek, hysterosalpingografie (HSG). Pomocí barevné dopplerovské ultrasonografie lze zobrazit vaskularizaci myomu. Potvrzení diagnózy přinese v některých případech až operace (hysteroskopie či laparoskopie, případně laparotomie), definitivní biologickou povahu nádoru určí vyšetření histopatologem.

V nejasných situacích lze využít i podrobnějších zobrazovacích metod jako magnetickou rezonanci nebo CT. Lze tak (ne ve všech případech) diferencovat myom od adenomyózy, sarkomu, solidního ovariálního tumoru či jiné pánevní patologie. Je důležité připomenout, že vyskytne-li se u pacientky některý z příznaků, který lze spojovat s myomy, je třeba vyloučit i jiné, mnohdy závažnější patologické procesy se zcela odlišnou terapií.

U zhoubných nádorů nebo při podezření na ně, je nutné před operací **vyšetřit rozsah onemocnění**: zda nejsou postiženy okolní orgány, mízní uzliny a zda již nejsou založeny metastázy. Jedná se hlavně o **vyšetření močového měchýře**, močovodů, **konečniku**, střeva, jater, plic a kostí. Z vyšetřovacích metod se používá **rentgen, ultrazvuk, počítačová tomografie** a **endoskopické metody**. Přestože je někdy diagnóza zhoubného nádoru vysoce pravděpodobná, s jistotou to můžeme říci až po **odběru vzorku** z podezřelé tkáně (nazývá se biopsie) či po odnětí postiženého orgánu a diagnózu stanoví **histologické vyšetření** (patolog pod mikroskopem vyšetří tkáň, popíše druh nádoru a zda se jedná o nádor zhoubný či nezhoubný). Toto vyšetření se často provádí již během operace a jeho výsledek rozhoduje o rozsahu operace - (vyšetření se nazývá peroperační biopsie).

Časná stadia **karcinomu prsu** jsou ve většině případů asymptomatická a je možno je detekovat pouze pomocí zobrazovacích metod. Mamografický screening u žen ve věku nad 45 let prokazatelně snižuje mortalitu karcinomu prsu. Mortalitu karcinomu prsu snižuje i pravidelné klinické vyšetření prsů u žen. Vyšetření zaměřené na včasnou diagnostiku karcinomu prsu vychází z analýzy možných symptomů, vývoje anamnézy, klinického vyšetření, zobrazovacích metod, na jejichž základě je indikováno biopsické vyšetření. Principem vyšetřovacího algoritmu je správné určení léze a indikace k biopsii.

Základem je použití trojice vyšetřovacích metod: klinické vyšetření, zobrazovací metody (mamografie, ultrasonografie) a jehlová biopsie. Zjevné klinické příznaky obvykle provázejí pokročilá stadia onemocnění. Patří sem změny velikosti a tvaru prsů, kožní změny v oblasti prsu (pomorančová kůra), nově vzniknuvší inverze bradavky, sekrece z prsu, zejména jednostranná a obsahující krev, zvětšení axilárních uzlin. Dyspnoe, skeletální bolesti, hyperkalcemie, zvětšení objemu břicha, žloutenka, neurologická symptomatologie a alterace kognitivních funkcí patří do skupiny symptomů signalizujících generalizaci onemocnění. Komplexní onkologickou terapii zahrnující operaci, chemoterapii a aktinoterapii zajišťují specializovaná pracoviště. Sekundární prevence karcinomu prsu mamografickým screeningem a screening karcinomu děložního hrdla realizují gynekologové ve spolupráci s akreditovanými cytologickými laboratořemi.

V možnosti prevence geneticky podmíněných nádorů je identifikovat rizikové pacientky pomocí pozorného posouzení rodinné anamnézy. Následuje informace o míře rizika a doporučení do specializovaného onkogynekologického pracoviště, kde bude individuálně doporučena vhodná metoda prevence. Pro včasné rozpoznání manifestního nádorového onemocnění je nutná dobrá znalost symptomatologie. Příznaky gynekologických nádorů mohou být nespecifické, proto se často stává, že jsou konfrontovány primárně s praktickými lékaři. Vyloučit prodlení při stanovení správné diagnózy má rozhodující prognostický význam.

5.4 Léčba

U *nezhoubných nádorů* je chirurgické odstranění dostatečnou léčbou.

Léčba *zhoubných nádorů* je komplexní a podílí se na ní odborníci z různých oborů. Léčebné schéma obsahuje různé léčebné metody. Postup léčby se volí s ohledem na druh nádoru, stádium onemocnění (neznamená jen velikost nádoru) a zdravotního stav pacientky

Léčebné metody:

Chirurgická léčba: cílem operace je odstranění celého nádoru i za cenu přijatelného poškození některých orgánů - radikální výkon. Při velkém rozsahu onemocnění není možné nádor chirurgicky odstranit - nádor je inoperabilní.

Chemoterapie: používá látky nazývané cytostatika, které různými mechanismy blokují množení buněk nádoru. Užívá se ke zničení zbylých nádorových buněk po operaci, ke zmenšení nádoru před operací nebo i samostatně. Má však i své vedlejší účinky (porucha krvetvorby, padání vlasů, zvracení), které však mizí po skončení léčby.

Radioterapie: znamená léčbu zářením. Ničí zbylé nádorové buňky po operaci nebo se používá samostatně u pokročilých (inoperabilních) stadií onemocnění. Má také vedlejší účinky.

Před léčbou je nutné, aby pacientka byla řádně poučena o všem, co léčba zhoubného nádoru přináší. Mnohem lépe pak snáší nepříjemné vedlejší účinky léčby. Celkový stres organismu je menší a to je vždy důležité pro boj s těžkým onemocněním. Léčba nádorových onemocnění je komplexní a vyžaduje specializované pracoviště s adekvátními personálními a provozně-technickými předpoklady. Dobrá znalost těchto pracovišť je podmínkou pro rychlé předání nemocných do jejich péče a předpokladem úspěšné léčby. Poslední oblastí je podíl na multioborové komplexní paliativní terapii všude tam, kde byla radikální onkologická léčba ukončena, nemocné však trpí specifickými problémy.

5.5. Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče u onkologicky nemocné ženy je poskytována ambulantně nebo při hospitalizaci na onkologickém nebo gynekologickém oddělení. Pro ošetrovatelský personál je mimořádně náročná a vyžaduje nesmírnou zodpovědnost. Způsob ošetřování musí být přísně individualizovaný, zaměřený na potřeby nemocné, a také na její rodinné příslušníky.

Ošetrovatelské intervence při chirurgické léčbě

Nemocná vyžaduje intenzivní péči se zaměřením na uspokojování primárních potřeb a prevenci komplikací. Cílem pooperační péče je usnadnit nemocné ženě zvládnout bolesti, pooperační šok, předcházet pooperačním komplikacím a urychlit přechod na rekonvalescenci. Pooperační ošetrovatelskou péči lze rozdělit na bezprostřední pooperační období, intermediární pooperační období a rekonvalescenci.

V bezprostředním pooperačním období, je žena uložena na jednotce intenzivní péče, kde se u ní monitorují vitální funkce. V prvních dvou až šesti hodinách po operaci se postupně snižuje hladina analgetik. Postupně se navrácí vědomí a svalové napětí, obnovují se ochranné fyziologické reflexy a spontánní dýchání. Po překladu

pacientky z operačního sálu se monitorují: vitální funkce (TK, TT, P, D) každých 15 minut, stav vědomí, barva kůže a sliznic, stav operační rány, drenážní systém (jak je zaveden), pooperační krvácení, bilance tekutin, reakce na anestezii, možné reakce na parenterální aplikaci léků. **Intermediární pooperační období** je obdobím, kdy se pacientka kompletně zotaví z narkózy a trvá až do propuštění do domácího léčení. V průběhu tohoto období se důraz klade na tlumení bolesti, sleduje se operační rána (hojení - per primam, per secundam, odstraňování stehů), vyprazdňování (močení, defekace), hygienickou péči, polohu, pohybový režim, výživu, soběstačnost apod.

Období rekonvalescence začíná propuštěním do domácí péče a končí úplným uzdravením. Komplexní péči přebírá smluvní lékař prvního kontaktu, gynekolog a ženská sestra (porodní asistentka). Po chirurgické léčbě, dle náročnosti má pacientka nárok na lázeňskou léčbu. Je poučena o pravidelných kontrolách a úpravě životního stylu. Je třeba se zaměřit na dostatek tělesného a duševního klidu, dbát na osobní hygienu (nejvhodnější je sprchování), upozornit na sexuální abstinenci min. 6 týdnů, sledovat operační ránu, chránit se před nachlazením a infekcemi, zvládat postupnou zátěž organismu, pacientce poskytujeme odborné informační a edukační materiály.

Ošetrovatelské intervence při radioterapii

Při léčbě ozařováním je před zahájením léčby nutná speciální příprava. Vhodný je informativní rozhovor, během kterého se nemocné vysvětlí postup. Informujeme ji o nebolestivosti léčby ozařováním. Vysvětlíme jí, že ozařování se provádí ze vstupních ozařovacích polí, které dopředu zakreslí radiolog na kůži. Zakreslená pole nesmí být po celou dobu ozařování smyta. Před ozařováním malé pánve se ženě večer podá očistný klystýr, bezprostředně před výkonem se žena vymočí. O možných postradiačních potížích, tzv. radiačním syndromu, ženu informujeme pouze okrajově, neboť tyto obtíže se nevyskytují standardně. Radioterapie se uskutečňuje v několika sezeních v místnosti se speciálně upravenými vnitřními plochami, které nepropouštějí záření do sousedních místností.

Radiační syndrom můžeme pozorovat u nemocných s labilním neurovegetativním systémem. Projevuje se ztrátou chuti k jídlu, nauzeou až zvracením, průjmem, únavou, tachykardií, změnami v krevním obraze, psychickými změnami. Pro zmírnění trávicích obtíží se doporučuje během ozařování jíst v menších dávkách a častěji. Strava má být bohatá na bílkoviny a vitamíny, je nutný dostatečný příjem tekutin. Při výrazných obtížích se doporučují antiemetika, antidiaroeika, vhodný je i vitamin B6 pyridoxin.

Místní reakce radiačního syndromu se projevují na kůži a sliznicích. Místo je zarudlé, vzniká suchá nebo vlhká deskvamace. Problému se předchází tak, že ozářenou oblast udržujeme v čistotě a v suchu. Na kůži se nepoužívá mýdlo. Při erytému se aplikují výživné krémy, při mokvajících dermatitidách se předchází vzniku infekcí potíráním antiseptickými přípravky. Po ukončení terapie je potřebné ozářenou kůži chránit delší dobu před přímým slunečním zářením, nevystavovat ji působení vysokých a nízkých teplot (horké koupele, termofory, kapsy s ledem), nevystavovat tlaku oděvu (nosit volnější oděv), vtírat výživné krémy do pokožky, zajistit pokožce přístup vzduchu. Při ozařování orgánů malé pánve vzniká podráždění sliznice

tenkého střeva, což se může projevit, průjmy, tenesmy, meteorismem. Především tomu lze bílkovinnou bezsezbytkovou dietou, při průjmech se doporučuje užívat léky na tlumení střevní motility. Podobně mohou být následkem ozařování časté záněty močového měchýře, což se projevuje dysurií.

Ošetrovatelské intervence při chemoterapii Cytostatika jsou v současnosti nejúčinnější systémové protinádorové léky. Tyto léky však působí i na zdravé buňky a mají mnoho nežádoucích účinků. Často dochází k útlumu kostní dřeně, což se projevuje trombocytopenií (riziko krvácení) a leukopenií. V době aplikace cytostatik vzniká poškození vlasového folikulu, což má za následek padání vlasů až plešatost (alopecie). Po skončení cytostatické léčby vlasy opět narostou. Nauzea a zvracení jsou doprovodným nežádoucím účinkem každé cytostatické léčby. Mohou se objevit i průjmy. Ošetrovatelské intervence pro zmírnění obtíží jsou stejné jako při radioterapii. Při aplikaci cytostatik parenterální cestou musíme počítat s tím, že většina cytostatik má velmi dráždivé místní účinky. Při intravenózní aplikaci se musí dbát na to, aby se roztok nedostal mimo žílu. Při paravenózní příhodě může vzniknout kožní nekróza. Třeba infuzi ihned přerušit a pokusit se uniklý roztok z okolí žíly a podkoží co nejvíce odsát nasátím cca 5 ml krve a vyndat jehlu. Končetinu třeba zvednout a na postižené místo přiložit studený obklad, aby se zpomalilo vstřebávání cytostatika. Totéž místo se použije k aplikaci cytostatika opět až po vymizení všech příznaků, jako je otok, pálení, bolest.

Zásady bezpečnosti práce na onkologických pracovištích.

Onkologická pracoviště jsou zařazena mezi riziková. Zdravotničtí pracovníci musí pro ochranu svého zdraví dodržovat zásady bezpečnosti práce. Na těchto pracovištích by měly pracovat sestry se specializací, které neplánují těhotenství, respektive jsou mimo reprodukční věk, neměly hepatitidu B a netrpí alergií.

Práce s cytostatiky. Při práci s cytostatiky musí být ošetrovatelský personál mimořádně obezřetný. Při ředění musí používat osobní ochranné pomůcky (plášť, ústní rouška, rukavice). Ředění se provádí ve zvlášť k tomu upravené místnosti s digestoří. Práce s cytostatiky má být co nejkratší. Při ředění je třeba se vyvarovat potřísnění kůže a vdechnutí aerosolu .

Práce na radiologickém oddělení. Zdravotnický personál je vystaven riziku radiační zátěže, proto musí dodržovat základní pravidla radiační hygieny. Při ošetřování žen s místními aplikátory, personál musí dodržovat ochranné pomůcky - ochranné rukavice a zástěru. Dobu pobytu na pokojích nemocných musí zkrátit na minimum, proto musí pracovat rychle a provádět pouze nezbytné ošetrovatelské výkony. Každý zdravotnický pracovník musí mít osobní měřič radiačního záření tzv. dozimetr. Pokud je nemocná uložena na speciálně upraveném pokoji, musí být před tím poučena o tom, co může a nemůže dělat. Je potřeba jí vysvětlit, proč se ošetřující personál zdržuje na pokoji pouze minimální dobu. Současně ženu třeba poučit, kdy toto izolační omezení skončí.

6 Ošetřování žen při náhlých příhodách v gynekologii

Náhlé příhody, akutní stavy jsou onemocnění, která vznikají z pocitu plného zdraví nebo náhle zhoršením nemoci, která předtím probíhala bez příznaků, případně jen s mírnými příznaky. Jsou to nebezpečné stavy, které mají rychlý průběh, ohrožují život ženy a vyžadují neodkladnou odbornou pomoc, rychlé stanovení diagnózy protože často je nevyhnutelný operační zákrok. V gynekologii a porodnictví se nejčastěji setkáváme s mimoděložním těhotenstvím, s úrazy v gynekologii, překotným porodem, s preeklampsii a eklampsii, s embolií plodovou vodou.

Z etiologického hlediska můžeme akutní stavy rozdělit na akutní stavy v gynekologii, akutní stavy v porodnictví, akutní stavy komplikující těhotenství a gynekologická onemocnění a ostatní náhlé příhody břišní.

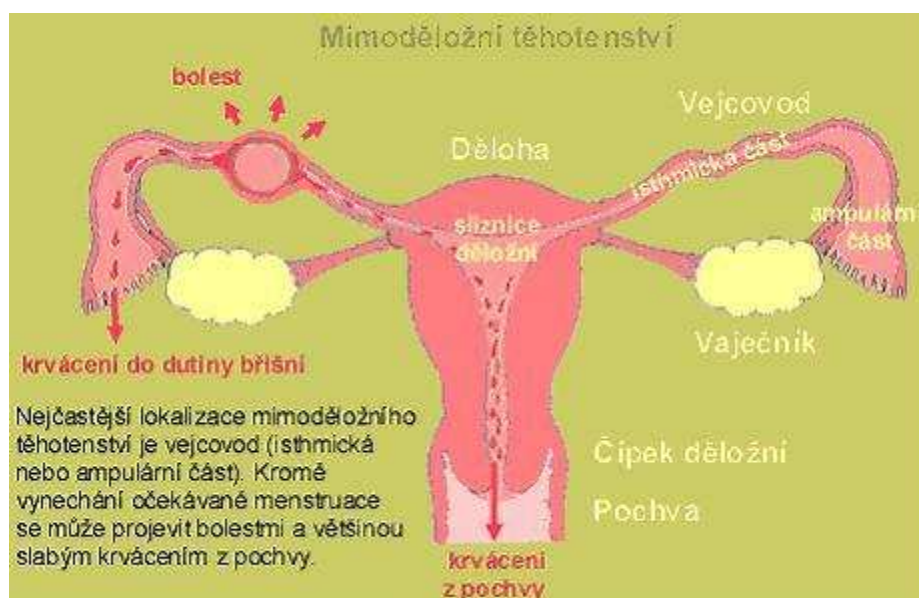
akutní stavy	symptomatologie a klinika	
v gynekologii	spojené s bolestí	potrat, gravidita extrauterinní, akutní adnexitis, torze cysty, torze adnex, nekróza myomu, poranění rodidel (dopravní nehody, pády, nárazy na břicho apod.), ruptura ovariálního tumoru, progresse maligního onemocnění
	spojené s krvácením	poruchy menstruačního cyklu, poranění rodidel
v porodnictví	spojené s krvácením	vcestné lůžko, předčasné odlučování lůžka, atonie dělohy, ruptura orgánů, inverze dělohy
		embolie plodovou vodou, krevním embolem, vzduchem
		eklampsie
komplikující těhotenství a gynekologická onemocnění	astma bronchiální diabetes mellitus hypertenze epilepsie	
ostatní náhlé příhody břišní	střevního původu	akutní apendicitida, ileus, akutní gastroenteritida
	retroperitoneálního původu	akutní ledvinnová kolika, akutní infekce močových cest, akutní pankreatitida
	extraabdominálního původu	výhřez meziobratlové ploténky, fraktury páteře, trombóza pánevních cév

Tab. 6.1.1 Akutní stavy – přehled

6.1 Klinické projevy a etiologie

Mimoděložní těhotenství

Je charakterizováno jako uhníždění oplodněného vajíčka ve vejcovodu, výjimečně i jinde. Následkem vývinu vajíčka a tvorby tkáně - trofoblastu se narušují stěny cév vejcovodu a tím dochází ke krvácení do dutiny břišní, což vyžaduje okamžitý operační zákrok. Rostoucí těhotenství postupně rozšiřuje vejcovod, jehož stěna se ztenčuje. Chování plodového vejce je agresivní a ve snaze zajistit si krevní zásobení, narušuje cévy v místě, kde se uhnízdilo. Způsobuje tak nitrobřišní krvácení, které může být i silné, život ohrožující, když je porušena větší céva. K tubárnímu potratu dochází, když plodové vejce usazené v blízkosti břišního ústí vejcovodu odumírá a je vypuzeno do dutiny břišní. Rostoucí mimoděložní těhotenství může způsobit i prasknutí vejcovodu a následně šokový stav pacientky. Nutno říci, že mimoděložní těhotenství může probíhat nerozpoznáno a zcela bezpříznakově a při vzniku nitrobřišního krvácení pak ohrožuje život pacientky.



Obr. 6.1.2 Mimoděložní těhotenství

Zdroj: <http://www.nemjbc.cz/cs/o-nemocich/mimodelozni-tehotenstvi.html>

Úrazy v gynekologii

Rozlišujeme úrazy vnitřních ženských pohlavních orgánů, jejichž příčinou jsou většinou pády, tupé údery, autonehody a úrazy, vnějších ženských pohlavních orgánů, kterých může být příčinou náhodné poranění, ale i znásilnění, zneužití.

Úrazy vnitřních ženských pohlavních orgánů

Příčinou jsou pády, tupé údery do břicha, autonehody

Subjektivní příznaky bolesti podbříšku, objektivními příznaky jsou zhoršené vědomí a příznaky šoku - zrychlený pulz, nízký krevní tlak. Důležitá je první pomoc, postiženou uložit do úlevové polohy, volat 155, provádět protišoková opatření, nepodávat žádné jídlo ani tekutiny kvůli možnému operačnímu zákroku.

Úrazy zevních ženských pohlavních orgánů

Úrazy, ke kterým dochází nejčastěji při pádech rozkročmo na tvrdé předměty.

Příčiny: u děvčátek při hře, tělesné výchově – pád na kladinu, na úzké sedlo kola atd., pády z výšky, traumatické sexuální praktiky, znásilnění
Příznaky - subjektivní: bolest, objektivní: viditelné krvácení a otevřené rány
První pomoc: poraněnou položit na záda, přistupovat k ní šetrně, klidně, ránu krýt sterilními čtverci, provádět protišoková opatření a podle závažnosti stavu zajistit transport do zdravotnického zařízení nebo volat 155, kontrolovat životní funkce a krvácení, u násilných činů (včetně pouhého podezření) platí oznamovací povinnost policii ČR.

Překotný porod

Překotný porod je název pro spontánně probíhající porod, který trvá méně než dvě hodiny. Je tomu v případech, kdy měkké porodní cesty nekladou odpor, zejména u vícerodiček, při silných děložních stazích, často také při nedostatečném uzávěru děložního hrdla a u malých plodů. Překotný porod není prospěšný pro matku ani pro dítě. Těhotná bývá často překvapena rychlým nástupem děložních kontrakcí. Bývá ohrožena poraněním děložního hrdla, pochvy, vznikem trhlin hráze a krevních výronů. Novorozencům hrozí nebezpečí nitrolebního krvácení. Příčinou bývají silné a časté děložní stahy, kdy je na hlavičku plodu vyvíjen nadměrný tlak. Pokud hlavička rychle prostoupí pánví, pak po jejím porození stlačení náhle opadne, hlavička částečně změní svůj tvar a při této fázi hrozí drobná poranění cév v mozku anebo v jeho okolí. Při pozvolném porodu k náhlým tlakovým změnám nedochází. Při překotném porodu, když žena rodí bez pomoci, hrozí přetržení pupečníku a vykrvácení dítěte. Překotnými porody bývají tradičně zmiňované porody do záchodové mísy, nechtěné porody doma, porody v automobilu cestou do porodnice ap. Avšak překotný porod může nastat i v porodnickém zařízení. Po překotných porodech je nezbytné dopravit matku i dítě do porodnického zařízení. U dítěte je nutné pevně zaškrtnit pupečník, zabránit vykrvácení a prochladnutí.

Preeklampsie a eklampsie

Vzniká po 20. týdnu těhotenství. Ke stanovení diagnózy preeklampsie musí být přítomny dva příznaky - hypertenze a proteinurie, edémy mohou ale nemusejí být přítomny. Závažnou preeklampsii doprovázejí bolesti hlavy (cefalea), epigastrická bolest, někdy i poruchy vidění. Jako následek neléčené preeklampsie vzniká velmi vážný až život ohrožující stav jak pro dítě, tak i pro matku a to eklampsie. Tento stav má charakter záchvatovitého, konvulzního stavu, který se projevuje tonicko-klonickými křečemi, bezvědomím, cyanózou.

Embolie plodovou vodou

Charakterizujeme ji jako průnik plodové vody do oběhu matky s následným zablokováním plicního řečiště a vznikem plicní hypertenze. V první fázi jsou příznaky stejné jako u tromboembolií, dochází zde k výrazné dušnosti, hypotenzi, nastává kardiopulmonální selhání. Do 15 minut se rozvinou příznaky DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie), které spočívají v akutním, život ohrožujícím krvácení, kdy se nesráží krev, v dechové tísní a následně renálním selhání.

6.2 Diagnostika

Diagnostický proces zahrnuje: anamnézu (rodinnou, osobní, gynekologickou, porodnickou), vyšetření základních vitálních funkcí, stavu vědomí, fyzikální vyšetření - pohledem, poklepem, poslechem, pohmatem, základní gynekologické vyšetření, zobrazovací vyšetření – ultrazvuk, (někdy i chirurgické, interní a neurologické vyšetření), základní laboratorní vyšetření - krevní obraz, CRP, koagulační vyšetření, základní biochemické vyšetření, vyšetření vnitřního prostředí, krevní skupina + Rh faktor, prostý snímek břicha, ev. CT, MR. Informace často zjišťujeme i od doprovodu postižené ženy. Pozdní stanovení diagnózy může mít za následek těžkou újmu na zdraví až smrt.

6.3 Léčba

Stabilizace urgentní pacientky

Většina náhlých příhod končí operačním zákrokem. Pro pacientku je to velká psychická zátěž, v důsledku narušení intimity, také trpí bolestí, strachem, často je v šoku. Stabilizace pacienta před operací může být stejně důležitá jako operace samotná. Pacientka indikována k akutnímu operačnímu zákroku nemusí mít přesně stanovenou diagnózu, proto se nedá jednoznačně plánovat rozsah a lokalizace chirurgického výkonu i samotné trvání zákroku.

Náhlé příhody třeba rychle rozpoznat, aby se včas začalo s léčbou. Pro její úspěch je důležitá správná první pomoc podle povahy náhlé příhody. Pacientka s příznaky náhlé příhody musí být ihned převezena na gynekologické oddělení s doprovodem a nemá až do vyšetření odborným lékařem dostat léky, které by mohly změnit obraz nemoci. Podle toho, zda se jedná o krvácení nebo zánětlivou akutní příhodu, je volena adekvátní léčba. **Chirurgická léčba** - zastavení krvácení, odstranění cysty, torze adnex (cysty), odstranění zánětlivého ložiska a následná drenáž (u pelveoperitonitidy). **Konzervativní léčba** - zahrnuje antibiotickou léčbu (při zánětlivých procesech), hormonální léčbu (např. u dysmenorey). **Zvládnutí hemorrhagického šoku** - nahradit ztrátu krve, zastavit krvácení. Medikamentózní léčba šoku se řídí zásadami intenzivní medicíny.

6.4 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče vyžaduje mimořádný a zodpovědný přístup, rychlé reakce a přesné intervence dle symptomatologie, charakteru a ordinace. Specifika ošetrovatelské péče jsou zaměřená na intervence při oxygenaci, při náhradě tekutin, monitoringu diurézy a aplikaci antibiotik.

Oxygenace

Každá pacientka v akutním stavu, která vyžaduje i operační zákrok se může dostat do šoku a následné hypoxie. Proto je nutné podání kyslíku kyslíkovou maskou, zhodnocení saturace krve kyslíkem a vyšetření krevních plynů. Závažná hypoventilace nebo nedostatečná oxygenace vyžaduje endotracheální intubaci a

umělou ventilaci s překladem pacientky na jednotku intenzivní péče nebo oddělení anesteziologie a intenzivní medicíny. Před intubací je vhodné zavést nasogastrickou sondu preventivně před aspirací do dýchacích cest.

Intervence sestry:

- Pozorováním zhodnotit efektivitu dýchání,
- Monitorovat saturaci kyslíku v krvi prostřednictvím pulzního oxymetru,
- Aplikovat kyslík pomocí obličejové masky nebo kyslíkových brýlí,
- Připravit pomůcky k intubaci v případě nedostatečnosti dýchání.

Náhrada tekutin

Pokud pacientka je dostatečně okysličená, je nutné postarat se také o to, aby se kyslík dostal tam kde je ho potřeba. K dosažení adekvátnosti objemu je třeba zajistit u pacientky cévní vstup a aplikaci infuzní terapie krystaloidů respektive koloidů. Cévní vstup se obvykle volí podle předpokládaného objemu, který je nutné doplnit. Efektivní, zejména v urgentních situacích, je centrální žilní katetr, který mimo jiné umožňuje i monitoring cirkulujícího objemu - měřením centrálního žilního tlaku.

Intervence sestry:

- Zajistit adekvátní cévní vstup,
- Příprava infuzní terapie podle ordinace lékaře,
- Monitoring volémie,
- Sledovat kontinuální celkový stav pacientky,
- Sledovat a zaznamenávat bilanci,
- Poučit pacientku před urgentní operací.

Monitoring diurézy

U pacientek určených k předoperační přípravě je nezbytností zavedení permanentního močového katétru (PMK). Přináší dostatečně přesnou informaci o adekvátní objemové resuscitaci projevující se zvýšením diurézy. Cílovou by měla být přinejmenším diuréza 0,5-1 ml / kg / hod. Jde o velmi jednoduchou a citlivou známku volumové resuscitace s obnovením adekvátní perfuze tkání.

Intervence sestry:

- Informovat pacientku o nutnosti zavedení PMK,
- Zavést PMK aseptickým způsobem,
- Péče o PMK a sledování množství, barvy, koncentrace a příměsí moči,
- Monitorovat hodinovou diurézu a celkovou bilanci tekutin.

Antibiotika předoperačně

Před operací při náhlých břišních příhodách se používají antibiotika. Podávají se profylakticky s cílem snížit riziko infekce již existující nebo potenciální kontaminace během operačního výkonu.

Intervence sestry:

- Aplikovat ordinované léky,
- Dokumentovat podávání antibiotik,
- Sledovat stav pacientky, možné reakce

7 Inkontinence moči

Mikce je složitý neurohumorální proces řízený centrem močení, které je uloženo v páteřní míše na úrovni 2. - 4. křížového obratle a centrem kontroly močení v mozkové kůře. Při poškození těchto částí nervové soustavy dochází k samovolnému vyprazdňování močového měchýře - inkontinenci.

Inkontinence moči (UI - Urinary Incontinence) je definována jako jakýkoliv nedobrovolný, nechtěný, samovolný vůlí neovlivnitelný únik moči. Není to nemoc, ale projev nedostatečné kontroly vyprazdňování moči při různorodých onemocněních a potížích. Mezi nejčastější příčiny vzniku problémů spojených s inkontinencí je těhotenství a porod dítěte, menopauza či nadváha.

Jedná se o poruchu, která může mít různé příčiny. Následky inkontinence se promítají do všech oblastí života jedince. Neschopnost udržet moč se významně podílí na snížení kvality života. Jedná se přitom o poruchu, která postihuje stále více žen. Velké procento inkontinentních žen však nehledá pomoc a spoléhá se při zvládnutí inkontinence na vlastní metody. Důvody jsou různé, nejčastěji pacientky uvádějí vlastní zhodnocení inkontinence jako běžné součásti procesu stárnutí, nedostatek informací o možnostech léčení, stud a nedůvěru ve výsledky léčení. Odbornou lékařskou pomoc je třeba vyhledat ve chvíli, kdy nechtěný únik moči začne ženu obtěžovat. Preventivní opatření spočívají hlavně ve zdravém životním stylu, dostatku pohybu, udržování ideální tělesné hmotnosti, nekouření, poctivém přístupu k léčbě zánětů dolních cest močových i chronických chorob (cukrovka, astma apod.) s vlivem na inkontinenci.

7.1 Klinické projevy a etiologie

Klasifikace inkontinence moči je rozlišována na základě příčin a identifikujeme čtyři základní typy inkontinence.

Reflexní inkontinence - je samovolné vyprazdňování močového měchýře po jeho naplnění. Vyskytuje se u pacientů při poškození mozku, míchy, úrazech CNS a u lidí s neurologickými onemocněními. Je důsledkem hyperreflexie detruzoru, která je způsobena neurogenní poruchou dolních močových cest. Detruzor je sval v močovém měchýři podílející se na jeho vyprazdňování, hyperreflexie znamená zvýšení reflexů při výpadku jejich přirozeného tlumení. Pacienti tedy nemusejí pociťovat nucení na močení.

Paradoxní inkontinence - tzv. inkontinence z přetékání - je charakterizována spontánním odtokem malého množství moči při přeplněném močovém měchýři.

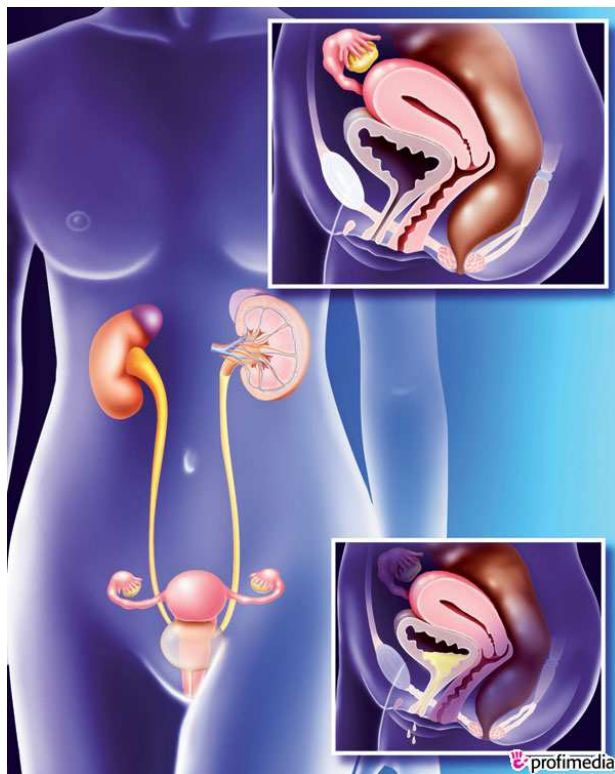
Urgentní inkontinence - je mimovolný únik moči s náhlým a silným nucením na močení s polakisurií (časté močení přes den), nykturií (nočním močením) a pocitem tlaku v podbříšku. Příčinou může být infekce močového měchýře, nádor, přítomnost kamenů, ale i při chorobách CNS. Nejčastěji je tento typ inkontinence způsobený nekontrolovanými stahy svaloviny močového měchýře (nestabilní detruzor), někdy bývá označován jako „mokrý“ hyperaktivní močový měchýř.

Stresová inkontinence - je stav mimovolného úniku moči při zvýšení nitrobřišního tlaku, při němž nedochází ke stahování svaloviny močového měchýře. Pokud je tlak v měchýři vyšší než uzavírací tlak v oblasti svěrače, dochází k úniku moči. Je nejčastějším typem inkontinence u žen. Nejedná se o inkontinenci způsobenou psychickým stresem, ale je způsobena ochabnutím pánevního svalstva. Je způsobena nedostatečným výstupním tlakem při naplnění močového měchýře.

Stupně stresové inkontinence

Stupeň inkontinence může být definován jako frekvence úniků moči, jako množství uniklé moči či výsledkem dotazníku kvality života zaměřeného na inkontinenci.

Dle závažnosti stavu je rozdělení stresové inkontinence na tři stupně podle jedné z obecně uznávaných klasifikací (tzv. Ingelmann-Sundberg): **1. stupeň** – inkontinence při kašli, kýchnutí, tedy při náhlém velkém zvýšení nitrobřišního tlaku, **2. stupeň** – inkontinence při práci, chůzi, tedy při pohybech, které nejsou spojeny s výrazným vzestupem tlaku, **3. stupeň** – inkontinence i vleže na lůžku, v klidu.



Obr. 7.1.1 Inkontinence moči

Zdroj: <http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php%3Fid=479869>

Příčiny inkontinence moči - většinou multifaktoriální příčiny:

- věkem podmíněné změny funkce močových cest: omezená schopnost udržet mikce, snížená kapacita měchýře, zhoršené vyprazdňování měchýře
- onemocnění urogenitálního traktu: infekce močových cest, nádory, záněty, prolaps dělohy,

- celková onemocnění: autonomní neuropatie, postižení míchy a CNS, psychiatrické onemocnění,
- porucha mobility, dovednosti a vnější vlivy, např. schopnost rychlého přesunu na toaletu a svléknout se, vybavenost WC

Velmi často se vyskytuje smíšená forma inkontinence, kdy je současně přítomna urgentní i stresová složka úniku moči.

Rizikové faktory

Stresová inkontinence je především doménou žen středního a vyššího věku. Rozvoj stresové inkontinence může souviset s mnoha faktory. Základem je nepochybně genetická výbava, za rozhodující je však považován vliv těhotenství a vaginálního porodu. Také se vyskytují tvrzení, že bez vaginálního porodu není stresové inkontinence. Není to pravdivé, neboť i mezi ženami, které nikdy těhotné nebyly, lze nalézt takto postižené. Mezi další rizikové faktory lze zařadit dlouhodobé vystavování pánevního dna nadměrné zátěži – obezita, těžká fyzická práce, chronický kašel atd. Jistě i hormonálně podmíněné změny pojiva po menopauze svým dílem k rozvoji stresové inkontinence přispívají. Stresová inkontinence souvisí nejen s počtem těhotenství, vaginálními porody, ale také s hysterektomií, přítomností genitálního prolapsu, kouřením, nadváhou a klimakteriem. V období klimakteria dochází ke snížení hladiny ženských pohlavních hormonů - estrogenů. Druhou příčinou stresové inkontinence je insuficience sfinkterů (svěračů), jejíž příčinou jsou zejména operace močové trubice, přední poševní stěny, operace a ozařování v malé pánvi.

Rizikové faktory stresové inkontinence moči také můžeme rozdělit na predispoziční, vyvolávající, podporující a dekompenzující faktory.

Predispoziční faktory: pohlaví, rasa, faktory neurologické, svalové, anatomické, pojivové (kolagen), rodinné.

Vyvolávající faktory: porod, hysterektomie, vaginální chirurgie, radikální pánevní operace, úrazy.

Podporující faktory: menopauza, obezita, plicní onemocnění, kouření, zácpa, infekce, povolání, medikamentózní léčba.

Dekompenzující faktory: stárnutí, demence, celková slabost, nemoc, prostředí, medikamentózní léčba. Rizikové faktory ovlivňují velkou část ženské populace.

7.2 Diagnostika

K diagnostice inkontinence je k dispozici několik speciálních dotazníků a testů. Stejně tak se může využít i několik typů vyšetření – **fyzikální, urodynamické a zobrazovací metody**. Nejčastěji jsou využívána urodynamická a ultrasonografická vyšetření, rentgenologická vyšetření a vyšetření magnetická rezonance se využívají zřídka. Kromě standardních diagnostických metod je důraz kladen na anamnézu (rodinnou - RA, osobní - OA, sociální - SA, gynekologickou - GA), na zhodnocení aktuálních příznaků a projevů. Při **fyzikálním vyšetření** moči se hodnotí barva, množství, zápach a čírost, dále je stanoveno postmikční reziduum moči, odběr

venózní krve na zánětlivé markery (krevní obraz - leukocyty, C-reaktivní protein), kreatinin, urea, glykemie, mineralogram a další dle ordinace lékaře. Dále pacientka podstoupí **gynekologické vyšetření**, kde se vyšetřuje stav pánevního dna a pevnost pánevních svalů. Vyšetření se zaměřuje na viditelné anomálie dolních močových cest a hodnotí se sestup rodidel. Pak následuje **urodynamické vyšetření**, kde se zaznamenává tlak v močovém měchýři, v močové trubici. Především se zjišťuje kapacita močového měchýře, stahy jeho svaloviny, objem, uzavírající tlak v močové trubici, rychlost proudu moči a vymočený objem moči. **Zobrazovací metody** – ultrasonografické vyšetření (USG) je nezbytným doplňkem diagnostiky.

7.3 Léčba

K léčbě stresové inkontinence se používá široké spektrum metod – od konzervativní léčby přes fyzioterapii a elektrostimulaci až po různé operační techniky. Léčba je zaměřena na zpětné umístění hrdla měchýře a močové trubice do správné polohy, což představuje hlavní cíl léčby.

Konzervativní léčba je prioritně zaměřená na roli behaviorální metody.

Jsou to postupy, které vyžadují spolupráci, ochotu a odhodlání pacienta se aktivně zapojit do léčebných metod. Zahrnují režimová opatření, jejichž součástí je například snížení tělesné hmotnosti u obézních pacientů. Dále je to omezení pití kávy na maximálně 5 šálků kávy týdně, omezení nadměrného kořenění jídel, zlepšení pitného režimu tak, aby se příjem tekutin pohyboval v rozmezí 1,8 – 2,2 litrů tekutin na den a hlavně rovnoměrně rozložený do celého dne. Obtíže může také zhoršovat nadměrné požívání citrusových plodů, pití sycených nápojů, diskutabilní je oblast pití alkoholu. Pokud pacientka má pocit, že chodí močit hlavně v noci, pak může pomocí omezení příjmu tekutin 2 hodiny před ulehnutím k spánku.

Další součástí léčby je tzv. mikční drill, neboli také „močení podle hodinek“. Smyslem tohoto cvičení je snaha „získat kontrolu nad svým močením“. Je k tomu potřeba vést důkladně „mikční deník“, pomocí kterého se zjistí časové intervaly mezi každým močením a po jejich zprůměrování se získá časový interval, po který je nutné nejít močit. Po jeho uplynutí se pak pacientka vymočí bez ohledu na to, jestli se jí chce nebo ne. Cílem je tyto intervaly postupně prodlužovat za stálého vedení deníku za účelem možnosti kontrolovat dosažené výsledky. V noci se časové intervaly mezi jednotlivým vymočením nestanovují. Doporučuje se obecně toto provádět přibližně 4-12 týdnů, pokud se v průběhu dostavuje efekt.

Součástí behaviorálních postupů je rovněž **fyzioterapie svalů pánevního dna**, kdy cílem je naučit pacientku vlastní vůlí provádět stahy svalů pánevního dna za účelem ovlivnění nástupu urgency tak, aby byla potlačena. Behaviorální postupy však vyžadují ze strany pacientky trénink a s tím i určitý čas k jejich zvládnutí. Proto je v úvodu tato terapie podporována podáváním farmakoterapie. U lehkých forem je možné posílit svaly břišního a pánevního dna pomocí speciálních gymnastických cviků - **Kegelovy cviky**. Arnold Kegel je doporučoval již ve dvacátých letech 19.

století jako nápravu drobných anatomických odchylek vzniklých po porodu. Doporučuje se je procvičovat 3x denně po dobu 20 minut.

Ve **farmakoterapii** se užívá několik skupin léků, z nichž nejrozšířeněji používané jsou léky ze skupiny tzv. anticholinergik. Jsou to léky, které cíleně působí v močovém měchýři. Blokují aktivaci hladké svaloviny stěny močového měchýře autonomním nervovým systémem a tím jednak tlumí urgence k močení a jednak tím dochází i ke zvyšování kapacity močového měchýře, což znamená prodloužení intervalů mezi močením a zvětšování namočeného objemu. Tyto léky však mohou negativně ovlivňovat i jiné oblasti organismu, což se označuje jako nežádoucí vedlejší účinky léčby, z nichž nejzávažnější jsou sucho v ústech, dvojité vidění či zácpa a v některých případech si mohou vynutit snížení dávky léku, jeho výměnu za jiný či nutnost vysazení léku. Důležité je, aby pacientka informovala lékaře o všech chorobách, se kterými se léčí, především jde o zelený zákal, onemocnění trávicí soustavy, hlavně střeva, ve smyslu tendence k zácpě a poruchám vyprazdňování, dále jde o tzv. pálení žáhy, jako jeden z projevů zpětného toku žaludečních šťáv do jícnu. V léčbě urgentní inkontinence v rámci projevů hyperaktivního močového měchýře je možno využít i podávání estrogenů, při vědomí toho, že úbytek ženských pohlavních hormonů po menopauze vede ke změnám v oblasti pohlavních orgánů a dolních cest močových, které zjednodušeně řečeno vedou v dalším průběhu k rozvoji inkontinence. V praxi se používají čípky, vaginální tablety nebo krém.

V případě selhání behaviorální terapie a farmakoterapie je možno jako metodu druhé volby využít **metody neuromodulační**, kdy stimulací nervu na dolní končetině nebo přímo v oblasti pánve je vhodné ovlivnit oblasti centrálního nervového systému, které se podílejí na řízení funkce dolních cest močových. Výsledky těchto metod jsou vcelku přijatelné a pohybují se v rozmezí 50-80% úspěšnosti. U některých těchto technik je možné i samostatné provádění stimulace v domácím prostředí. Jednou z mála nevýhod této léčby je relativně dlouhá doba od zahájení terapie do doby nástupu účinku, která činí asi 3-6 týdnů.

Elektrostimulace - jde o stimulaci nervosvalových struktur pánevního dna za pomoci elektrostimulační sond. Je umístěna přímo ve vagíně a způsobuje kontrakci příčně pruhovaného svalu. Dále je možné využít účinky některých léků, které vedou k tonizaci, resp. k obnovení elasticity periuretrální tkáně (sympatomimetika, estrogeny, atd.). Vaginální pesar, který se krátkodobě používá před plánovanou operací. Dají se používat i dlouhodobě, ale jen v takovém případě, pokud není možná operace.

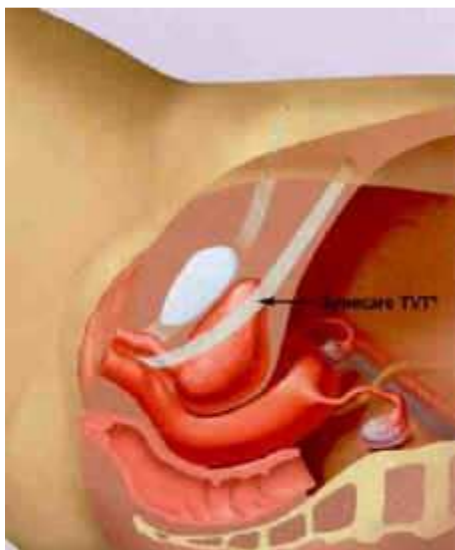
Chirurgická léčba stresové inkontinence moči se volí při těžších formách onemocnění.

Druh operačního výkonu závisí na typu stresové inkontinence. V případě, kdy je příčinou **hypermobilita močové trubice** nebo její pokles, jsou prováděny závěsné operace, jejichž cílem je obnovení normálních anatomických poměrů v pánvi. V případě, kdy je příčinou **selhávání svěrače močové trubice**, dávají lékaři přednost dalším metodám, které přímo podporují svěrač. Ze závěsných operací je nejčastěji využívána operace podle Burche, tzv. retropubická kolposuspenze. Jejím principem je zavěšení hrdla močového měchýře a začátku močové trubice pomocí 2-3 párů nevstřebatelných stehů, které jsou ze dvou stran fixovány. Vaginální plastiky mají při

léčbě stresové inkontinence jen malý efekt a jejich význam spočívá v tom, že se v případě potřeby přidružují k operačním výkonům prováděným, pokud je z nějakého důvodu nutné rekonstruovat přední nebo zadní poševní stěnu.

V současné době se využívají tzv. páskové operace, přičemž pásky jsou heterologní z různých syntetických materiálů.

Jde o **nejmodernější operační metodu** při řešení **ženské stresové inkontinence**, kdy je do těla zaváděna speciální **TVT** páska (tension-free vaginal tape neboli poševní páska bez napětí), miniinvazivní operace za pomoci volně uložené pásky pod distální uretrou retropubicky, nebo **TOT** páska (transobturator tape, transobturatorní páska), transobturatorní cestou. **TVT a TOT páska**, která je ze speciálního materiálu se při zákroku zavede pod močovou trubici. Páska pak v těle působí jako **trvalá podpora močové trubice** a zastavuje únik moče stejným způsobem jako pevné pánevní dno. Močová trubice zůstává při zvýšení nitrobršního tlaku uzavřena a k úniku moče nedochází. Výhodou je možnost ambulantního provedení zákroku a krátká doba rekonvalescence. Operace se řadí mezi minimálně invazivní chirurgické výkony a je prováděna ambulantně nebo v rámci krátkodobé hospitalizace. Výkon trvá maximálně 30 minut a lze ho provést i v lokální anestezii. Další nespornou výhodou jsou minimální pooperační bolesti a velice rychlá rekonvalescence. Páska je organismem dobře snášena a v těle může zůstat po celý život. Zavádění TVT pásky se v 90. letech stalo revoluční metodou léčby stresové inkontinence. Jejím dalším vývojem pak vznikla páska TOT, která znamenala významný krok ve zdokonalení páskových operací. Transobturatorní páska (TOT) se zavádí jinou cestou než TVT a zvyšuje tak bezpečnost operace. TOT páska nabízí menší procento komplikací, a proto se v poslední době stala na většině urologických pracovišť nejčastější metodou při řešení ženské stresové inkontinence.



Obr. 7.3.1 TVT páska

Zdroj: <http://urol.fnplzen.cz/cs/node/479/>

Pro případ, že by ani jedna z metod nebyla úspěšná, nabízí se jako další možnost aplikace botulinumtoxinu do stěny močového měchýře. Výkon se provádí endoskopicky, v celkové anestezii nebo v kombinaci léků proti bolesti s lokální anestézií. Výkon trvá průměrně 15-20 minut a lze jej provádět i ambulantně. Spočívá v aplikaci botulinumtoxinu do svalové vrstvy stěny močového měchýře, kde pak blokuje přenos nervového vzruchu a tím i aktivaci hladké svaloviny. Doba působení toxinu je různě dlouhá v závislosti na rychlosti jeho odbourání v organismu a dále rychlosti obnovy struktury a funkce nervového systému a pohybuje se zhruba okolo 6 měsíců. Po vymizení účinku je pak zpravidla nutná další aplikace.

7.4 Ošetřovatelská péče

Specifika ošetřovatelské péče při stresové inkontinenci u ženy jsou zaměřena na udržení nebo navrácení normálního způsobu mikce, prevenci vzniku infekce a poškození kůže. V první řadě musí sestra odebrat **ošetřovatelskou anamnézu**, posoudit příčiny a faktory přispívající k inkontinenci. Při hodnocení obvyklého vzorku moči sestra musí zaměřit pozornost na frekvenci moči (přes den, v noci), na množství (více nebo méně), barvu, zápach, čírost a příměsí, posuzování bolesti v akutním stavu a v průběhu léčby dle vizuální analogové škály (VAS), pálení, svědění apod. Všechny získané údaje **zaznamenat do ošetřovatelské dokumentace**, posoudit i další informace týkající se např. užívání léků, příjem tekutin, potravy apod. Podle potřeby je důležité, aby se sestra přesvědčila o vyprazdňování močového měchýře; zjistila, zda pacientka vědomě odkládá močení, aby posoudila nepříznivé podmínky prostředí, které mohou násobit obtíže (špatné osvětlení, oděv, neznámé prostředí, velká vzdálenost toalety), také do jaké míry ovlivňuje inkontinence život pacientky, zda u ní nevyvolává pocit méněcennosti, zhodnotila mobilitu pacientky a stav jejich kognitivních funkcí, získala pacientku pro spolupráci, komunikovala s pacientkou o problému, zjistila vliv inkontinence na sebehodnocení a snažila se o získání její důvěry. Akceptovala umístění pacientky na pokoj v blízkosti toalety (noční osvětlení toalety), zajistila signalizační zařízení, podporovala pacientku, nabádala ji ke zvýšení soběstačnosti, podporovala pacientku pro cviky na posílení svalstva pánevního dna (Kegelovy cviky), které ji naučil fyzioterapeut, a vysvětlila význam jejich pravidelného provádění.

Sestra je povinná poučit pacientku o vhodnosti pravidelného vyprazdňování močového měchýře a nacvičovat rytmus pravidelného močení (každé dvě hodiny) a postupně prodlužovat intervaly mezi močením, zaznamenávat každé močení a pomočení do deníku mikcí a poučit ji o jeho používání.

Dle kompetencí sestry je také potřebné informovat pacientku o denním příjmu tekutin (1500 – 2000 ml/24 hod.), vysvětlit jí důležitost přísunu tekutin pro celkovou funkci organismu, doporučit omezení příjmu kávy, čaje, alkoholu pro jejich diuretický účinek, zdůraznit význam zvýšené hygienické péče po každém močení, sledovat hrozící příznaky infekce močového měchýře, jak podávat léky podle ordinace lékaře, zajistit vhodné pomůcky při inkontinenci (absorpční kalhotky, vložky, podložky), zajistit jejich výměnu, ošetřovat, případně naučit pacientku správně pečovat o kůži.

8 Ošetřování žen v klimakteriu a postmenopauze

Klimakterium je přirozenou součástí života žen. Každá žena dříve nebo později projde tímto obdobím, je to další velmi důležitá etapa v jejím životě. V klimakteriu dochází k určitým změnám, které mohou změnit dosavadní způsob života ženy. Klimakterium není nemoc, ale může být doprovázeno řadou různých onemocnění.

Menopauza (poslední menstruační krvácení) u žen bývá často po psychické stránce obávaným obdobím spojené s psychickými problémy, ale také s problémy jejího vlastního sexuálního života. Jakmile žena překoná náročný přechod končící menopauzou, dostane se do období postmenopauzy. Je nesporné, že zdravotnickým pracovníkům náleží v této oblasti významná úloha. Problematika klimakteria je velice zajímavá ve všech oblastech, a to od samotného předcházení vzniku příznaků, zaznamenání prvních potíží ženami, jejich diagnostika, až po léčebné ovlivnění klimakteria, kam spadá snížení intenzity nebo úplné vymizení potíží.

8.1 Charakteristika klimaktéria, menopauza, postmenopauza

Klimakterium (přechod, perimenopauza) je období přechodu mezi plodným věkem ženy a začátkem senia, ve kterém dochází k fyziologickému poklesu funkce ovarií a následným endokrinním, somatickým a psychickým změnám.

Podle WHO (Světová zdravotnická organizace), je definováno jako období začínající přibližně jeden rok před menopauzou a charakterizované již nastupujícími klinickými obtížemi. Fyziologicky se vyskytuje mezi 45. a 60. rokem věku, nástup tohoto procesu před 40. rokem označujeme jako „předčasné ovariální selhání“. Menopauza je nejdramatičtější událost v životě ženy, protože signalizuje, že reprodukční činnost ženy končí.

V období **premenopauzy** dochází k výraznému poklesu hladiny progesteronu, což je hormon, který řadíme do skupiny gestagenů. Snižováním jeho hladin v období premenopauzy postupně ubývá ovulačních cyklů a dochází tím k převaze estrogenů a vzniku tzv. hyperestrinismu. Na konci premenopauzy dochází i k postupnému úbytku estrogenů. Tímto procesem hormonálních přeměn probíhá v těle značná hormonální nerovnováha, která se navenek projevuje výraznými nepravidelnostmi cyklu, a to především nepravidelným krvácením. Proto je důležité, aby každá žena, která prochází premenopauzálním obdobím myslela na to, že k takové situaci může dojít a nepovažovala vzniklé změny za určitou antikoncepci.

Menopauza je symptomem (příznakem), který signalizuje období generačního klidu a vzniká u každé ženy individuálně. Menopauza je poslední menstruační krvácení. Vznik tohoto období znamená, že produkce estrogenů poklesla pod práh krvácení z endometria. Pro **postmenopauzu** jsou typické extrémně vysoké hodnoty gonadotropinů, toto období trvá po menopauze 2 – 5 let, a po nich dochází k pozvolnému poklesu produkce hormonů. Postmenopauzální ovarium produkuje především testosteron, což je typicky mužský pohlavní hormon, který u žen v malém přirozeném množství podporuje libido. Tento hormon je produkován fyziologicky bez ohledu na menopauzu.

Příznaky klimakteria, které ženu v období klimakteria nejčastěji trápí, jsou hormonální změny, které způsobují u žen celou řadu fyziologických změn. Trvání celého období změn bývá u žen individuální. Stejně tomu je i s intenzitou potíží. Každá žena snáší klimakterické potíže jiným způsobem. Nedostatek estrogenů po přirozené nebo umělé menopauze (chirurgická a radiační kastrace) může vést k řadě příznaků, které podle rychlosti nástupu, závažnosti a délky trvání rozdělujeme do tří základních skupin: klimakterický syndrom (akutní příznaky), organický estrogen deficitní syndrom (subakutní příznaky), metabolický estrogen deficitní syndrom (chronické příznaky).

Klimakterický syndrom - akutní příznaky mohou vznikat u žen postupně a pozvolna, nebo se objevovat náhle, a to před, okolo nebo po menopauze. V těchto obdobích můžeme zaregistrovat pestrou individuální šíři potíží, které mohou trvat několik měsíců, ale někdy i roky. U každé pacientky mohou být potíže různě silné, u některých žen se nemusí vůbec objevit. Nejdůležitější je, aby se žena těchto potíží neobávala. Nejčastějším problémem, který také ženu v tomto věku většinou přivádí k lékaři, jsou poruchy a změny menstruace. Může se jednat o zkrácení nebo prodloužení menstruačních cyklů, o častější nebo silnější krvácení. Další příznaky jsou velmi pestré, mohou se objevovat návaly horka, pocení, nespavost, nervozita, podrážděnost, bolesti hlavy, bušení srdce, ale také brnění rukou a žaludeční potíže. Tyto příznaky zahrnujeme pod pojem **akutní klimakterický syndrom**.

Velmi důležité jsou i psychické změny. Ženy si připadají, jak samy říkají, k nepotřebě, po sexuální stránce oproti mladším ženám méně atraktivní a v konfrontaci s dorůstajícími dětmi staré, mnohdy vznikají rodinné problémy ve formě konfliktů. To vše se odráží na jejich psychickém stavu. Jako kompenzace úzkosti, životní nejistoty se v této době může objevit přejídání, a hmotnostní přírůstek uzavírá bludný kruh ztráty sebedůvěry. Ženy se velice často obtížně vyrovnávají s touto novou životní etapou. Dle vazomotorické nerovnováhy, příznaky rozdělujeme na primární a sekundární. **Primární příznaky vazomotorické nerovnováhy** jsou nával horka, profuzní (nadměrné) pocení, noční pocení, nauzea (nevolnost), závratě, bolesti hlavy, bušení srdce. **Sekundární příznaky vazomotorické nerovnováhy** jsou nespavost, únava, podrážděnost, deprese, netečnost

Subakutní příznaky, poruchy různých orgánů mohou u některých žen postupně vznikat i vlivem nedostatku estrogenů. Ke vzniku těchto poruch je potřeba uplynutí určitého času od menopauzy. Příčinou zdánlivě nesouvisejících potíží syndromu je poškození struktury některých orgánů atrofizací (zmenšením). Mezi orgány podléhající procesu atrofizace patří zejména pochva, močová trubice, močový měchýř, kůže, oko, sliznice úst, nosu a hrtanu. Příznaky poškození těchto orgánů jsou velmi různorodé. **Chronické příznaky** vznikají dlouhodobým působením nedostatku estrogenů na ženský organismus. Zahrnujeme sem poškození kardiovaskulárního aparátu, poruchu metabolismu tuků, cukrů, dále poruchu regulace krevního tlaku, poruchu kostní hustoty - osteoporózu (u žen v přechodu stoupá riziko vzniku osteoporózy, ročně začne ztrácet 0,5 - 3 % kostní hmoty vlivem snižování hormonů estrogeneru a progesteronu) a také poškozování mozkových funkcí. Všechny

tyto poruchy představují pro ženu, která se vhodným způsobem neléčí, či nedbá na prevenci, určitá rizika.

Diagnostika vegetativního klimakterického syndromu se obvykle snadno stanoví na základě obtíží pacientky, které se objeví v určitém věkovém období. V rámci tzv. osobní anamnézy pacientka popíše své nynější vnímané potíže. Velkou měrou se při určení klimakteria podílí i anamnéza rodinná, která hodnotí věk nástupu klimakteria u rodinných příslušníků, zejména matky ženy. V neposlední řadě je důležitou i anamnéza pracovní, která podá informace o negativních vlivech působících na ženu v pracovním procesu. Za nejrizikovější považujeme pracovní uplatnění ve směru zdravotním, kdy žena přichází do kontaktu s radiačním zářením, popř. s chemoterapií. Ve snaze vyjádřit míru obtíží v rámci klimakterického syndromu číselně jsou používána různá *skórovací schémata*. Nejužívanějším je Kuppermanův index, dále k méně používaným patří Menopause Rating Scale (MRS), Green Climacteric Scale, MENQOL dotazník atd.

Menopauzální index - je to schéma, v němž je vyjádřena závažnost každého symptomu (příznaku). Hodnotí se 10 příznaků syndromu (souboru příznaků) a to návaly horka, návaly potu, poruchy spánku, předrážděnost, depresivní stavy, závratě, poruchy koncentrace, bolesti kloubů, bolesti hlavy a bušení srdce. Při součtu bodů 15 – 20 je syndrom klasifikován jako **lehký**, při 20 – 35 bodech je **střední** a při více než 35 bodech **těžký**. Každá žena ve věku přibližně nad 40 let by měla mít možnost vyplnit si v klidu takový orientační dotazník. I když sleduje zcela subjektivní údaje, je přesto koncipován tak, aby lékaři podal dosti objektivní náhled na váhu potíží ženy. Pomocí tohoto dotazníku lze s různými časovými odstupy hodnotit také úspěšnost léčby u ženy. Jako novinka v diagnostice se používají i menopauzální testy, které detekují zvýšené hladiny FSH v moči. **Orgánové změny** diagnostikujeme při pečlivém somatickém (fyzikálním) a gynekologickém vyšetření ženy. Pokud je objektivní nález chudý a obtíže, které žena udává, naopak výrazné, je nutno vždy s ohledem na věk ženy pomýšlet na nedostatek estrogenů. Stupeň postižení či ohrožení kardiovaskulárního aparátu aterosklerózou je možno stanovit pečlivým vyšetřením krevních lipidů (tuků), cholesterolu a triglyceridů. Změny na cévách mohou být odhaleny pomocí neinvazivní ultrazvukové metody, tak zvané Doppler – flowmetrie, která měří průtok krve cévami. Těžší postižení velkých cév je možno odhalit pomocí rtg (rentgenových) snímků. V neposlední řadě další vyšetření hladin hormonů v krvi, ultrazvuková vyšetření, denzitometrie (vyšetření kostní hmoty), mamografie a pravidelná gynekologická prevence.

8.1.1 Léčba

Při léčbě ať už hormonální nebo alternativní je kladen důraz na správný životní styl, životosprávu a pohybový režim. Se vším by žena měla být seznámena ať už svým gynekologem nebo obvodním lékařem. **Hormonální terapie** se v období přechodu ženě předepisuje často s dvojím cílem. Jednak k tomu, aby byla žena na krátký čas zbavena akutních obtíží, např. návalů nebo nespavosti, nebo ve snaze předejít možným budoucím zdravotním rizikům, kam patří zejména choroby srdce a

osteoporóza. Lze tedy říci, že proti krátkodobému užívání hormonů, po dobu např. dvou až tří let, nelze nic namítat. Rizikem pro ženu však zůstává především dlouhodobé užívání této terapie, která s sebou nese možná rizika. Při dlouhodobém užívání estrogenů vzniká vyšší riziko rakoviny děložní sliznice a spekuluje se rovněž o vyšším riziku vzniku karcinomu prsu. Hormonální léčba ovlivňuje potíže jak vegetativní, psychické, ale i somatické povahy. Při těchto potížích je lékaři doporučováno substituční podávání hormonů estrogenů a gestagenů. Léky se předepisují nejčastěji v období perimenopauzy, kdy ženy mívají nízké hladiny pohlavních hormonů. Hlavní hormony, které jsou součástí HRT, se nazývají **estrogeny**. Důvodem k podávání **estrogenů** je zachování ženských pohlavních orgánů v dobrém stavu. Pomáhají udržovat poševní sliznici a další tkáně, aby zůstaly pružné. Dalším významným hormonem k léčbě je **Progesteron**, který způsobuje odloučení děložní sliznice, čímž předchází jejímu nadměrnému růstu, takže lze jeho podávání považovat za prevenci metrorhagie. Může se současně podávat v kombinaci s estrogeny, kdy tento způsob léčby vylučuje riziko rakoviny děložní sliznice. Důležitým hormonem je i **testosteron**, který se také tvoří ve vaječnicích. Pokud se vaječníky chirurgicky odstraní, sníží se jeho hladiny v krvi o 50 %. HRT s vysokým obsahem estrogenů může způsobit snížení hladiny volného testosteronu. U žen se chuť k pohlavnímu životu z velké části přisuzuje účinku tohoto mužského hormonu. Proto může u žen po odstranění vaječníků nebo u žen, které užívají estrogeny v hormonální terapii, vzniknout snížení libida.

Během léčby by měly být pacientky pravidelně kontrolovány. Platí zde princip individuálního přístupu ale je potřeba dodržet určitá pravidla - absolvovat gynekologické vyšetření každý rok, včetně onkologické prevence, také ultrazvuk endometria vaginální sondou po nasazení kontinuální (nepřerušované) léčby 1x ročně, dále laboratorní vyšetření 1x ročně, mamografie 1x ročně.

Sledovat hmotnost a krevní tlak 1x ročně a předpis léků po zhodnocení stavu lékařem po 3 až 6 měsících. Způsobů pro podávání **hormonální substituční terapie** je několik. Stanovení režimu se odvíjí dle věku, celkového stavu ženy aj. Použití vhodného režimu je u každé ženy individuální. Forma podání je různá, např: tbl., vaginální tablety, masti a gely, injekce, podkožní implantáty či nosní spreje. Rozlišujeme základní tři možnosti podávání hormonální terapie. **Cyklické podávání estrogenů**, kdy estrogeny jsou podávány denně po dobu 3 týdnů s následnou týdenní přestávkou. Tento režim je vhodný pro ženy v perimenopauze. **Sekvenční podávání estrogenů**, které pro ženu představuje aplikaci estrogenů s přidáním progestinů po dobu 10 - 14 dní ve druhé fázi léčebného cyklu. Tento způsob léčby je vhodný pro ženy v perimenopauze a pro ty, které chtějí mít krvácení menstruačního charakteru. **Kontinuální podávání estrogenů a progestinů** znamená denní aplikaci estrogenů a progestinů bez přestávky u žen s dělohou a samotného estrogenu u žen bez dělohy. Výjimkou jsou pouze ženy po hysterektomii pro endometriózu (onemocnění charakteristické narůstáním děložní sliznice), kde je doporučována 2 roky komplexní HRT s progestinem. **Absolutní kontraindikace hormonální léčby** je akutní probíhající zánět jater, akutní probíhající zánět žil, hypertenze, karcinom prsu, karcinom děložní sliznice, nediagnostikované krvácení z dělohy. **Relativní**

kontraindikace hormonální léčby jsou např. ostatní typy karcinomů, varixy (křečové žíly), bolesti hlavy s aurou.

Vedlejší účinky hormonální léčby. Většina žen terapii estrogény dobře snáší. Mnoho potíží po jednom měsíci nebo po dvou měsících léčby zmizí. Ale ty, které přetrvávají, vyžadují buď změnu v dávkování, nebo změnu ve způsobu podávání. Jsou to např: silnější krvácení, zadržování vody v těle, přibývání na váze, zvýšená citlivost v prsou, výtok z pochvy, nevolnosti, podrážděnost, deprese. **Nehormonální léčba** - v některých potravinách jsou obsaženy látky podobné hormonům, které sice působí až za delší dobu, než samotné podávání hormonů, ale mohou pozitivně ovlivnit celkový stav ženy. Tyto látky se nazývají **fytoestrogeny** neboli přírodní estrogény. Největším pozitivem pro ženu je, že nemají žádné vedlejší účinky a mohou se užívat v různých kombinacích, které ženě vyhovují. K významným fytoestrogenům, mimo jiných, patří sójové izoflavonoidy, jejichž hlavním zástupcem je sója. Výzkumy prováděné u asijských žen, které konzumují mnoho sóji a sójových produktů ukázaly, že tyto ženy mají výrazně nižší výskyt akutního klimakterického syndromu. Svůj význam v alternativní terapii mají jistě i homeopatická léčiva, která se získávají z minerálních, rostlinných a živočišných látek. V rámci této léčby je rovněž důležité, aby žena dodržovala správnou životosprávu a pohybový režim. Dalšími možnostmi nehormonální terapie jsou: masáže, akupunktura a akupresura a lázeňská léčba.

8.2 Specifika ošetrovatelské péče

Klimakterium patří mezi jedno z nejbouřlivějších období v životě ženy. Proto je důležité, abychom ženám v tomto období dokázali efektivně pomoci a tlumit projevy klimakterického syndromu. Cílem je poukázat na specifika práce sestry s pacientkami v klimakteriu, v souvislosti s kvalitou života v uvedeném období ženy. Utvořit ucelený náhled na problematiku všeobecným sestrám, které pracují na gynekologických ambulancích, odděleních, ale také sestrám jiných oddělení, neboť se s těmito ženami mohou setkat v rámci hospitalizace. Stěžejní myšlenkou ošetrovatelské péče je, aby se sestra vždy na pacientku dívala jako na celek se všemi bio-psycho-socio-spirituálními potřebami. Sestra si musí s pacientkou vytvořit vstřícný a důvěryhodný vztah. Každá pacientka je individuální, stejně jako jsou individuální její potřeby, proto je velmi těžké obecně vystihnout veškerou různost ošetrovatelské péče.

8.3 Kvalita života ženy v klimakteriu a postmenopauze

Kvalitu života v klimakteriu můžeme zlepšit i úpravou životního stylu. Zaměřen by měl být zejména na pravidelný pohyb, racionální výživu, střídání práce s odpočinkem, omezit škodlivé návyky. Základními zásadami výživy v klimakteriu je jíst méně tuků, omezit živočišné tuky (používat méně nasycené mastné kyseliny), vyvarovat se potravinám se zvýšeným obsahem cholesterolu (vnitřnosti, vaječný žloutek a z něj připravovaná jídla, mozeček), dát přednost drůbeži zejména krutímu masu a rybám

před vepřovým a hovězím masem, snížit konzumaci sladkého a kořeněného jídla, čokolády, alkoholu, kofeinu a nápojů, které obsahují kofein, černého čaje. Vhodné jsou - citrusové ovoce (pomeranče, grapefruity) s obsahem bioflavonoidů - mají mírný estrogenní účinek, jíst malé porce, do jídelníčku zařadit i pokrmy ze sóje, zajistit příjem vápníku (mléčné výrobky, ovesné vločky, květák, brokolice, sója, mandle) a vitamínu E. Dále pít alespoň 2 l vody denně.

Kvalita života v tomto období závisí do jisté míry na samotné ženě. Klimakterium přináší změny jak ve fyzické tak i psychické oblasti. V rámci životního stylu se doporučuje zaměřit se kromě výživy zejména na pravidelnou pohybovou aktivitu, aktivní odpočinek a relaxaci, pozitivní myšlení, duševní zdraví.

Pravidelná pohybová aktivita chrání ženy před symptomy klimakteria nebo je alespoň mírní. Pohybová aktivita je prospěšná, žena bude mít lepší náladu, pocit blaženosti – ten způsobují endorfiny vyplavené z mozku, mají dobrý vliv na srdce, snižují krevní tlak, cholesterol, pomáhají udržet zdravé kosti, potlačují depresi, stres, udržují ideální hmotnost (intenzivní pohyb tlumí chuť k jídlu, zvyšuje glukózu v krvi) a zlepšují krevní oběh, což se projeví pohotovějším myšlením, dobrým spánkem.

Mezi nejvhodnější aktivity se řadí chůze, která by měla trvat minimálně 15 až 20 minut denně. Duševní zdraví je důležité, aby si ženy našly zdroj života, který jim pomůže překonat problémy jako např. zvládnout stres a depresi, rozvíjet pozitivní emoce a duchovní hodnoty, také návyky, které rozvíjejí pocit vděčnosti, štěstí. Odpočinek a relaxace jsou důležité na zregenerování těla, doplňují zásoby různých enzymů a obnovuje se životní síla. Když má žena pocit únavy, její práce vyžaduje větší úsilí, vzniká podráždění, vyčerpání.

Výživa žen v klimakteriu, pohybová aktivita a správná životospráva je v období klimakteria nezbytná, ať už žena užívá léčbu hormonální či alternativní. Důležité je, aby si žena hlídala svoji hmotnost pomocí BMI, popř. se s vysokým BMI snažila nadbytečné kilogramy redukovat. Žena v přechodu by měla jíst vyváženou plnohodnotnou stravu s co největším podílem čerstvých potravin. Mléko, mléčné výrobky, vitamíny, minerály a stopové prvky posílí kosti, nehty a zuby. Tyto složky potravy jsou nezbytné především u žen trpících osteoporózou, ale poskytují ženě do určité míry i prevenci této choroby. Častější konzumace červené řepy přináší mnoha ženám v menopauze úlevu od klimakterických potíží. Česnek povzbuzuje celou řadu tělesných funkcí, zvláště pak funkci žláz s vnitřní sekrecí. Tmavá zelená zelenina a sója dodávají vitamíny a přírodní estrogény. Luštěniny obsahují izoflavony, které brání vzniku příznaků v menopauze. Ovoce bohaté na draslík brání zadržování vody v těle a tím omezování otoků. Nesmíme opomenout vit D, který je velmi důležitý pro vstřebávání vápníku ve střevě. Za vhodný považujeme také dostatečný přívod tekutin, především neperlivých vod, a pití bylinkových čajů. Žena si smí bez obav dopřát i sklenku vína, která má ochranný charakter. Existují však také potraviny, kterých by se měla žena v přechodu vyvarovat. Především by měla omezit příjem soli, která ženě může způsobovat nadýmání, dále snížit spotřebu živočišných tuků, obsahujících vysoký podíl cholesterolu, a také rafinovaných cukrů. Nezbytné je také vyloučit pití kávy a čaje obsahující kofein, které stejně jako alkohol způsobují zrudnutí kůže. Pozor by si žena měla dát také na fosfáty, které jsou uměle vpravovány do

průmyslově zpracovaných potravin, protože tyto a další přídavné látky omezují využití vápníku a hořčíku v organismu. Nesmíme rovněž opomenout negativní vliv kouření na organismus. Doporučené potraviny pro ženy v klimakteriu: lněné semínko, sardinky, sója, syrovátka, nízkotučné tvrdé sýry, tvaroh a mléčné výrobky, různobarevná zelenina, celozrnné pečivo.

Pohybová aktivita je prevencí proti zvýšenému ukládání tuku do tukových buněk a tím vzniku obezity, ke které dochází při nerovnováze mezi příjmem a výdejem energie. Proto také žádná dieta není trvale účinná, pokud si žena nezvykne na pravidelný pohyb. Výborným pomocníkem v pohybové složce je jóga. Podporuje uvolnění, vláčnost těla a vyrovnanost mysli. Podobný účinek má i Tai-chi, které zklidňuje mysl a uvolňuje tělo ženy v klimakteriu. Nesmíme zapomínat na cviky pánevního dna.

Literární zdroje:

CITTERBART, K. et. al.: *Gynekologie*, Praha, GALÉN - KAROLINUM, 2001, s.278, ISBN Karolinum 80-246-0318-7, ISBN 80-726-2094-0

ČECH, E.-HÁJEK, Z.-MARŠÁL, K.-SRP, B. et al.: *Porodnictví*, Praha: GRADA, 2006, s. 546, ISBN 80-247-1313-9

ČERVEŇANOVÁ, E., POLIAKOVÁ, N.: *Ošetrovatel'stvo v gynekológii a pôrodnictve – teória a prax v študijnom odbore ošetrovatel'stvo*, Vedecká konferencia na tému: Cesta k modernímu ošetrovatel'ství XIII., Praha, FN v Motole, 15.-16.09.2011, ISBN 978-80-87347-05-8

ČERVEŇANOVÁ, E., OPRŠALOVÁ, G.: *Ošetrovatel'ské štandardy v intenzívnej starostlivosti*, odborná recenzovaná publikácia, OSVETA, Martin, 2012, 85s., ISBN 97-880-8063-372-1

ČERVEŇANOVÁ, E.: Posudzovanie v edukácii, príklady z praxe, In.: *Inovatívni prístupy ve výuce v ošetrovatel'ství*, recenzovaný sborník příspěvků z mezinárodního odborného sympózia, Praha, FN Motol, v rámci projektu č. CZ.2.17/3.1.00/33270: *Inovace praktické výuky ošetrovatel'ství* (EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND, PRAHA & EVROPSKÁ ÚNIE) 2012, s.93, ISBN 978-80-87347-12-6

ČERVEŇANOVÁ, E.: *Evaluation in clinical study subjects nursing in gynaecology and obstetrics* In.: *Univesity Review*, 2012, Health Care, Alexander Dubček University of Trenčín, ISSN 1337-6047 (recenzovaný mezinárodní časopis – The international scientific journal founded by two universities from Slovak Republic and Russian Federation), This journal originated with kindly support of Ministry of Education of the Slovak Republic

ČERVEŇANOVÁ, E.: Edukácia v ošetrovatel'stve – ako jedna z kompetencií sestier, In.: *Edukácia dospelých*, zborník príspevkov z mezinárodnej vedeckej konferencie, Pedagogická fakulta UMB v Banskej Bystrici, CD, 2013, s.113, ISBN 978-80-557-0692-4

ČERVEŇANOVÁ, E.: Didaktické princípy vo vzdelávaní sestier v klinickom predmete ošetrovatel'stvo v gynekológii a pôrodnictve, (s.134-139) In.: *Nové trendy vo vzdelávaní a v praxi ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencii*, zborník zo 4. mezinárodnej konferencie, VERBUM, KU Ružomberok, ÚVN Ružomberok, SKSaPA, FZ KU Ružomberok, PPWSZ Poľsko, UTB Zlín, s.159, ISBN 978-80-561-0008-0

ČERVEŇANOVÁ, E. : *Education in nursing* In.: *Univesity Review*, Vol. 7, 2013, No. 2, p. 65-70, Health Care, Alexander Dubček University of Trenčín, ISSN 1339-5017 (recenzovaný mezinárodní časopis – The international scientific journal founded by two universities from Slovak Republic and Russian Federation), This journal originated with kindly support of Ministry of Education of the Slovak Republic

- ČERVEŇANOVÁ, E., KRÁLOVÁ, E.: Nursing standards – theory and practice, In.: *NURSING OF THE 21ST CENTURY IN THE PROCESS OF CHANGES 2013*, Symposium Proceedings, Nitra, Slovak Republik, ISBN 978-80-558-0421-7
- ČERVEŇANOVÁ, E., KOPECKÁ, E.: Edukácia hospitalizovaného diabetika s diagnózou vírusová hepatitída B, In.: *Zdravotnícke listy*, vedecký recenzovaný časopis, FZ TnUAD Trenčín, 2013, roč.1, č.1, ISSN 1339-3022
- ČERVEŇANOVÁ, E.: Štandardy v ošetrovatelstve, v edukácii , In.: *Problematika ošetrovateľskej péče v evropském roce občanů* , sborník z 8.vědecké konference ke Dni ošetrovatelství, VŠZ,o.p.s., Praha, 2013, ISBN 978-80-902876-8-6
- DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha : Grada, 2001.565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- Dojčenie, Mallk.sk, online [vid. 2014_06_30]. Dostupné z: www.modrykonik.sk/blog/anna/album/dojcenie/
- Druhy gynekologického vyšetření*, In:Copyright©GlaxoSmithKline, s. r. o.,2013,online [vid. 2013_12_06].Dostupné na: <http://www.cervarix.cz/jak-se-chronit/druhy-gynekologickeho-vysetreni/>
- ELIAŠOVÁ, A.: *Pôrodná asistancia I Fyziológia*, Martin: OSVETA, 2008, s.103, ISBN 978-80-8063-261-8
- FETISOVOVÁ Ž. et al.: *Klinická propedeutika ošetrovatelstva a pôrodnej asistencie*, Martin: OSVETA, 2012, s.228 , ISBN 978-80-8063-373-8
- HÁJEK, Z.: Hypertenzívni nemoci v těhotenství, In.: ČECH,E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K.,SRP,B. et al. *Porodnictví*, 1.vyd., Praha, GRADA Publishing,1999, s.207-214
- HÁJEK, Z.: Terapie předčasného porodu, In: *Rizikové a patologické těhotenství*, Praha, Grada Publishing, 2004, s. 272–276.
- HAMPLOVÁ,L., NĚMCOVÁ,J.: Podpora veřejného zdraví cestou výchovy ke zdraví v České republice. In.: *VI. Trenčiansky ošetrovateľský deň*, recenzovaný zborník príspevkov, FZ TnUAD v Trenčíne, 2012, s.202-206,ISBN 978-80-8075-563-8
- HANÁČEK, J.: Endometrioza, In.: *Postgraduální medicína*, PM 1/2007, online [vid. 2014_01_07] Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/endometrioza-285069>
- HLINOVSKÁ, J., KOCUROVÁ, J., NĚMCOVÁ,J.: Edukace a změna v ošetrovatelství, In.: „*Zdravie, chudoba a sociálne vylúčenie z aspektu pomáhajúcich profesií*“, VI. vedecko-odborná konferencia Prešov, 2010, s. 314-318, ISBN 978-80-89464-06-7
- HLINOVSKÁ, J., NĚMCOVÁ,J., HANUŠOVÁ,R., JANÁKOVÁ,M., LAUKOVÁ, P.: Edukace v klinické praxi, in.: *Zdravotníctvo a sociálna práca*. 2010,5(1-2),35, ISBN 1336-9326
- HLINOVSKÁ, J., NĚMCOVÁ,J. et al.: *Interaktívni procesy v ošetrovatelství a porodní asistenci*, 1. vyd., Plzeň, Maurea, 2011, s.166, ISBN 978-80-904955-3-1

HOŘEJŠÍ, J. *Dětská gynekologie*. Praha: AVICENUM, 1990. 284 s. ISBN 80-201-0075-x.

HOTOVÁ, V.: *Definice normálního porodu*, online [vid. 2014_05_29] Dostupné na: <http://www.porodniasistentkateplice.cz/odkazy-a-dokumenty/normalni-porod/>

Inkontinencia moču, únik moču, online [vid. 2014_02_03]. Copyright (c) 2014 www.urologia.sk Generuje redakčný systém [BUXUS](#) spoločnosti [ui42](#) Dostupné na: http://www.urologia.sk/inkontinencia-mocu-unik-mocu-pasky-stresova.html?page_id=459&gclid=CPW-i7D5mbsCFSj3wgodnEYAZQ

JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V.: *Ošetrovatelství*. 2.vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 228 s.

KOLAŘÍKOVÁ, A. et al.: *Gynekologické ošetrovatelství*, 1.vyd., Martin: OSVETA, 2000, s.134, ISBN 978-80-8063-052-6

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G.- OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo I., II.*, 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1463s. ISBN 80-217-0528-0.

KLEČKA, J., BĚHOUNEK, P., HORA, M., ERET, V., 2010, Stresová inkontinence, In.: *Zdravotníctví, medicína*, online [vid. 2014_03_03]. Dostupné: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/stresova-inkontinence-455253>

KŘEPELKA, P.: *Spolupráce praktického lékaře a gynekologa v diagnostice a léčbě gynekologických nádorů*, online [vid. 2014_03_01] Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/spoluprace-praktickeho-lekare-a-gynekologa-v-diagnostice-a-lecbe-gynekologickych-nadoru-457770>

KRIŠKOVÁ, A. et al.: *Ošetrovatel'ské techniky – metodika sesterských činností*, 2. vyd. Martin : Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2.

KUDELA, M. et al.: *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*, 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.

KVASNICOVÁ, Z., JURDÍKOVÁ, K., POLIAKOVÁ, N., ŠIMOVCOVÁ, D.: Ženy a prevencia rakoviny prsníka. In: *Vznik a vývoj neinfekčných epidemických ochorení v 21. storočí. : Vedecké práce z medzinárodnej interdisciplinárnej konferencie*. Trenčín: TnUAD - Ústav prírodných a humanitných vied, Ústav zdravotníctva a ošetrovatel'stva, 2007. s.205-209. ISBN 978-80-8075-218-7.

KVASNICOVÁ, Z., LITVÍNOVÁ, A., POLIAKOVÁ, N.: Hodnotiace a meracie škály v ošetrovatel'skej praxi. In: *Ošetrovatel'stvo: Teória, výskum a vzdelávanie*, Martin, Jesseniova lekárska fakulta, 2007, s.260-262, ISBN 978-80-88866-43-5

LANČARIČOVÁ, D., Ošetrovanie chirurgického pacienta v intenzívnej starostlivosti. In.: *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2012, roč. 11, č. 7-8, s. 30.

LAUKOVÁ, P., ŠEVČÍKOVÁ, I., SYSEL, D.: *Causes of stress and adverse effects on health of teachers*, Literatúra s. 64, In.: *Homestasis*.- Vol.44, No.1-2(2006), s.62-64

MAIRICH, V. *Mimoděložní těhotenství*, Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. © 2005-2011 online [vid. 2014_02_10]. Dostupné z : <http://www.nemjbc.cz/cs/o-nemocech/mimodelozni-tehotenstvi.html>

MÁJEK, O.-DANEŠ, J.-SKOVAJSOVÁ, M.-BARTOŇKOVÁ, H.-ŠNAJDROVÁ, L.-GREGOR, J.-MUŽÍK, J.-DUŠEK, L., *Mamo.cz – Program mamografického screeningu v České republice*, Masarykova univerzita, Brno, 2013. online [vid. 2013_11_10]. Dostupný z : <http://www.mamo.cz>. ISSN 1804-0861. Verze 1.4c.

Mayo Clinic Guide to a Healthy Pregnancy, Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2004, online [2014_08_15]. Dostupné z: http://en.wikipedia.org/wiki/Placenta_praevia

MÁRA, M.: *Děložní myom*, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, 2014. online [vid. 2014_02_10]. Dostupné z : <http://myomy.cz/myomy/71.htm>

MARENČÁK, J. 2013. Inkontinencia moču: príznak alebo choroba?. In *Teória a prax farmaceutický laborant*. ISSN 1338743X. 2013, roč. 02., č. 4, s. 44.

MARTINUS G.-BRECKWOLDT M.-PFLEIDERER A. et al.: *Gynekologie a porodnictví*, Martin: OSVETA, 1997, s. original Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1996, ISBN 80-88824-56-7, ISBN 3-13-118902-9 (něm.orig.)

MIŠINOVÁ, M., SLUGEŇOVÁ E., ČERVEŇANOVÁ, E., JURDÍKOVÁ, K.: Vplyv hormonálnej substitučnej liečby na kvalitu života žien v klimaktériu, In.: *Farmakoekonomika a lieková politika*, č. 2, ročník 9, 2013, Nové Mesto nad Váhom, ISSN 1336-7021

NECHANSKÁ, B. 2013, *Stresová inkontinence*, Česká urologická společnost, online [cit. 2014_03_20]. Dostupné na: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/#toc-6>

NĚMCOVÁ, J., SNÁŠELOVÁ, A.: Míra informovanosti žen o prevenci karcinomu prsu. In.: *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia*. Supplementum. vědecká recenzovaná příloha, Bratislava, SKSaPA, 2008, 6(6), s.12, ISSN 1336-183X

NĚMCOVÁ, J.: Karcinomu prsu a prevence u seniorek. In.: *XVII. Celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnej starostlivosti na Slovensku s medzinárodnou účasťou*, Bratislava, 2008, s. 45-5é, ISBN 978-80-7399-656-7

Preventívne gynekologické prehliadky, online [vid. 2013_10_03]. Dostupné na: <http://primar.sme.sk/c/4116799/preventivne-gynekologicke-prehliadky.html>

Preventivní gynekologické prohlídky, online [vid. 2013_10_05]. Dostupné na: www.olecich.cz/preventivni-gynekologicke-prohliadky

REPKOVÁ A. et al.: *Gynekologické ošetrovatel'stvo*, Martin: OSVETA, 2006, s.139, ISBN 978-80-8063-236-7

SABOLČÁKOVÁ, T. Predoperačná stabilizácia urgentného pacienta. In *Sestra*. ISSN 1335-9444. 2013, roč. 12, č. 9-10, s. 42.

SIMOČKOVÁ V.: *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatel'stvo*, Martin: OSVETA, 2011, s.216, ISBN 978-80-8063-362-2

SLEZÁKOVÁ L. et al.: *Ošetrovatel'ství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011, s. 269, ISBN 978-80-247-3373-9

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách., str. 843, 845, 846, 847. online [vid. 2013_10_03]. Dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>

PAŘÍZEK, A.: *Kniha o těhotenství a dítěti*. Galén, Praha 2009 online [vid. 2013-02-11]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/porod/nefyziologicky-porod/vicetne-tehotenstvi>

REMEŠ et. al.: *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada Publishing a.s., 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.

REPKOVÁ, A. et al.: *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. 138s. ISBN 80-8063-236-7.

ROZTOČIL, A. et al.: *Moderní porodnictví*, 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 408s. ISBN 978-80-247-1941-2

SABOLČÁKOVÁ, T. :Predoperačná stabilizácia urgentného pacienta. *In Sestra*. ISSN 1335-9444. 2013, roč. 12, č. 9-10, s. 42.

SIMOČKOVÁ,V.: *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatel'stvo*, 1.vyd.Martin, Osveta, 2011, s. 216, ISBN 978-80-8063-362-2

SKOVAJSOVÁ, M. : Péče o vlastní tělo je známkou sebeúcty In.: *Rakovina prsu: Preventivní samovyšetření prsu*, Masarykova univerzita, Brno, 2013. online [vid. 2013_11_10]. Dostupný z : <http://www.mamo.cz>. ISSN 1804-0861. Verze 1.4c.

SLEZÁKOVÁ,L. et al.: *Ošetrovatel'ství v gynekologii a porodnictví*, 1.vyd.,Praha, Grada Publishing, 2011, s.280, ISBN 978-80-247-3373-9

SYSEL, D.,BELEJOVÁ,H.,MASÁR,O.: *Teorie a praxe v ošetrovatelském procesu*. Tribun: Brno, 2011, s.280 ISBN 978-80-263-0001-4

ŠVIHRA, J. 2009. Ťažká inkontinencia. *In Revue*. ISSN 1336-202X. 2009, roč. 7., č. 9, s. 25.

TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., et al. 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2008. 198 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

TVT a TOT pásky - moderní léčba stresové inkontinence In: *Zelená hvězda*, vydavatel Copyright © 2003 – 2014 B. Braun Medical s.r.o., online [vid. 2014_03_15]. Dostupné z: <http://www.zelenahvezda.cz/pacientska-sekce/p-inkontinence/tvt-a-tot-pasky-moderni-lecba-stresove-inkontinence>

URBANOVÁ, E. :. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie*. 1.vyd.Martin. Osveta, 2010.256 s., ISBN 978-80-8063-343-1

ZÁČEKOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V., KONTROVÁ, L. et al.: Štandardy v pôrodnej asistencii, Martin, Osveta, 2006, s.120, ISBN 80-8063-221-9

ZVONÍČKOVÁ, Š.: *Urodinamické vyšetrení*, In: Česká urologická spoločnosť, online [vid. 2014-03-20]. Dostupný z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/prevence/urodynamicke-vysetreni/>