

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA
V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKÁLÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Adéla Chaloupková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**JAK PŘEDCHÁZET PORANĚNÍ V OBLASTI PERINEA
PŘI PORODU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Lucie Goldammerová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne 23.03.2012

.....

Chaloupková Adéla

Děkuji své vedoucí práce Bc. Lucii Goldammerové za odborné vedení práce, trpělivost, pečlivost a cenné rady. Dále děkuji rodičům za umožnění studia vysoké školy, za pomoc a trpělivost.

Anotace

Příjmení a jméno: Chaloupková Adéla

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Jak předcházet poranění v oblasti perinea při porodu

Vedoucí práce : Bc. Lucie Goldammerová

Počet stran : číslované 42, nečíslované 30

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: perineum, epiziotomie, ruptura, metody prevence, péče, hojení ran, sutura, edukace

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá prevencí poranění perinea při porodu a nabízí dostupné metody prevence. Kromě toho se zabývá ošetřením, které je důležité již na porodním sále a následnou péči, která má nezastupitelnou roli při hojení rány.

Praktická část bakalářské práce se zabývá kvalitativním výzkumem, kde je použit polostandardizovaný rozhovor, který porovnává dvě ženy, jež mají odlišný postoj v přístupu k prevenci poranění v oblasti perinea.

Pro úspěšnost preventivních metod je důležitá spolupráce mezi ženou a porodní asistentkou, či porodníkem.

Abstract

Surname and name: Chaloupková Adéla

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: How to prevent perineal trauma in childbirth

Consultant: Bc. Lucie Goldammerová

Number of pages: numbered 42, not numbered 30

Number of attachments: 12

Number of literature items used: 25

Key words: perineum, episiotomy, rupture, methods of prevention, care, wound healing, suture, education

Summary:

This thesis deals with the prevention of perineal trauma during childbirth and offers available methods of prevention. Apart from that it deals with treatment, which is important already in the delivery room and aftercare, which has an irreplaceable role in wound healing.

The practical part of the thesis deals with the qualitative research, where a semi-structured interview (conversation) is used, which compares two women who have a different attitude in the approach to the prevention of injury in the perineal area. For the success of preventive methods is important mutual collaboration between a woman and a midwife or obstetrician.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Anatomie porodních cest.....	10
1.1 Kostěná pánev	10
1.1.1 <i>Pánevní roviny</i>	<i>10</i>
1.2 Svaly pánevního dna.....	11
1.2.1 <i>Pánevní dno</i>	<i>12</i>
1.2.2 <i>Svaly hráze</i>	<i>12</i>
1.2.3 <i>Diaphragma urogenitale.....</i>	<i>12</i>
1.2.4 <i>Svaly připojené k zevním pohlavním orgánům</i>	<i>13</i>
1.3 Cévní zásobení pánve.....	13
1.4 Nervové zásobení pánve	13
1.5 Perineum.....	14
2 Poranění hráze	16
2.1 Historie.....	16
2.2 Trhliny perinea	16
2.3 Rozdělení análního sfinkteru	17
2.4 Klasifikace trhlin perinea.....	17
2.5 Epiziotomie	18
2.6 Indikace epiziotomie	18
2.7 Provedení epiziotomie.....	19
2.8 Rozdělení epiziotomií.....	19
2.8.1 <i>Mediální epiziotomie.....</i>	<i>19</i>
2.8.2 <i>Laterální epiziotomie</i>	<i>19</i>
2.8.3 <i>Mediolaterální epiziotomie</i>	<i>20</i>
2.8.4 <i>Schuchardův řez.....</i>	<i>20</i>
3 Metody jak předcházet poranění perinea.....	22
3.1 Masáž hráze.....	22
3.2 Chránění hráze.....	23
3.3 EPI-NO balonek.....	23
3.4 Vaginální gel Dianatal	24

3.5	Kegelovy cviky	25
3.6	Super crowning	25
3.7	Poloha rodičky	25
3.8	Pudendální analgezie	26
4	Péče o porodní poranění	27
4.1	Péče o rupturu perinea	27
4.1.1	<i>Role porodníka a porodní asistentky</i>	27
4.1.2	<i>Typy operačního řešení</i>	28
4.1.3	<i>Sutura análního sfinkteru</i>	28
4.1.4	<i>Intervence po sutuře análního sfinkteru</i>	29
4.1.5	<i>Komplikace ruptury perinea</i>	30
4.2	Péče o epiziotomii	30
4.2.1	<i>Role porodníka a porodní asistentky</i>	30
4.2.2	<i>Intervence po sutuře epiziotomie</i>	31
4.2.3	<i>Komplikace epiziotomie</i>	32
4.3	Faktory ovlivňující hojení ran	32
	PRAKTICKÁ ČÁST	34
5	Formulace problému	34
5.1	<i>Hlavní problém</i>	34
5.2	<i>Dílčí problémy</i>	34
6	Cíle bakalářské práce	34
7	Vzorek respondentů	34
8	Metodika výzkumného šetření	35
9	Rozhovory	36
9.1	<i>Rozhovor číslo 1</i>	36
9.2	<i>Rozhovor číslo 2</i>	40
10	DISKUSE	44
	ZAVĚR	48
	SEZNAM LITERATURY	50
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	52
	SEZNAM PŘÍLOH	53
11	PŘÍLOHY	54

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám prevencí poranění perinea při porodu. Toto téma je i dnes stále aktuální a více než kdy dříve se o něj zajímá i široká veřejnost, hlavně ženy samy. Dnešní moderní rodičky chtějí z části přebírat odpovědnost za svůj porod, podílet se na rozhodování a chtějí spolupracovat s porodníkem a porodní asistentkou.

V teoretické části této práce se zabývám stručným přehledem anatomie porodních cest, druhy poranění perinea a jejich prevencí. Prevenci poranění a jeho ošetření a následné péči věnuji značnou část bakalářské práce. K prevenci může žena sama přistupovat aktivně. Pokud spolupracuje s porodníkem a porodní asistentkou, mohou se jí dostat informace o metodách, které jsou již v praxi používány.

V případě, že k porodnímu poranění v oblasti perinea dojde, je důležité, aby první ošetření proběhlo již na porodním sále a byly dodržovány zásady asepse a nedošlo ke vzniku infekce. Při hojení ran je důležité zohlednit vnější a vnitřní faktory, které mohou rekonvalescenci ženy ovlivnit. Zde hraje důležitou roli porodní asistentka, která ženy edukuje o režimu v šestinedělí, v péči o poranění a o celé tělo.

Pro praktickou část této práce jsme zvolila kvalitativní výzkum. Porovnávám zde dvě ženy, které mají odlišný pohled na své těhotenství, porod a šestinedělí. První rozhovor jsme vedla se ženou, která si pro své dva porody vybrala porodnici. Během těhotenství se nezajímala o žádné metody prevence a při svém porodu zcela spolupracovala s porodníkem i porodní asistentkou. Druhý rozhovor jsem vedla se ženou, která se rozhodla při prvním i druhém těhotenství pro domácí porod za asistence soukromé porodní asistentky. Tato žena se naopak o průběh těhotenství a porodu velice zajímala. Metody preventivní používala u obou těhotenství.

Cílem této práce je zjistit zda jsou ženy informované o poranění v oblasti perinea a zda znají metody, kterými lze poranění přecházet. Doufám, že má práce bude příručkou pro ženy, které se chtějí na porod připravit a snížit možné riziko poranění v oblasti perinea. V prevenci poranění je také důležité, aby porodní asistentky byly aktivní a ženám podaly dostatek srozumitelných informací.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE PORODNÍCH CEST

1.1 Kostěná pánev

Pánev, vzniká spojením obou kostí pánevních a jejich připojením k páteři, tvoří kostěný prstenec. Po stranách se pánev prostřednictvím acetabula opírá o kosti stehenní. Uvnitř pánve je dutina pánevní, nebo-li cavum pelvis. Průběhem linea terminalis, je rozdělena na velkou pánev – pelvis major a malou pánev – pelvis minor. Pelvis major leží nad linea terminalis a topograficky je součástí dolní stěny břišní dutiny. Pelvis minor má tvar válce a ohraničuje vlastní pánevní dutinu. Malá pánev tvoří pevné pouzdro, ve kterém jsou uloženy orgány, jako například konečník, část močových a pohlavních orgánů. U ženy je malá pánev cestou porodní, při porodu tímto kanálem opouští plod tělo matky. Ženská pánev se svou úpravou zřetelně liší od mužské pánve. (18)

1.1.1 Pánevní roviny

V porodnické praxi je důležité vyhodnotit tvar pánve a její části z hlediska průchodnosti porodního kanálu. K tomuto vyhodnocení nám slouží měření vnitřních a zevních pánevních rozměrů, pomocí pelvimetru. Na kostěné pánvi rozlišujeme čtyři roviny pánevní.

Rovina pánevního vchodu – aditus pelvis má tvar příčného oválu. Hranice pánevního vchodu jsou linea terminalis, promontorium a horní okraj symfýzy. V této rovině lze určit několik rozměrů. **Diameter recta aditus pelvis** je spojnicí promontoria a horního okraje symfýzy. Měří přibližně 11 cm. **Diameter transverza** je největší příčnou vzdáleností mezi linea terminalis a měří cca 13 cm. **Diameter obliqua** je spojnice mezi art. sacroiliaca a eminentia iliopubica. Měří cca 12 cm. **Diameter obstetrica** je nejkratší vzdáleností mezi zadní stranou symfýzy a předním okrajem promontoria, její rozměr je cca 10,5 cm.

Conjugata diagonalis lze jako jediný rozměr této oblasti měřit per vaginam. Ukazovákem a třetím prstem, které jsou zavedené v pochvě. U tohoto rozměru jde o vzdálenost mezi dolním okrajem symfýzy a předním okrajem promontoria. Její rozměr je asi o 2 cm delší než conjugata obstetrica, což je 12,5 až 13 cm.

Při tomto vyšetření nelze prsty nahmatat promontorium, pokud to lze, jde vždy o pánev zúženou.

Rovina pánevní šíře – amplitudo pelvis je nejprostornější a má přibližně kruhovitý obrys. Její hranice jsou rozhraní S2 a S3, střed spodiny acetábula a střed symfýzy. I v této rovině určujeme základní pánevní rozměry. **Diameter recta amplitudinis pelvis** má cca 12,5 cm a je spojnicí mezi středem zadní strany symfýzy a rozhraním mezi S2 a S3. **Diameter transversa amplitudinis pelvis** má cca 12,5 cm a je spojnicí středů obou kyčelních jamek.

Rovina pánevní úžiny – angustia pelvis má tvar podélného oválu. Hranicí pánevní úžiny jsou dolní okraj symfýzy, spina ischiadica a hrot křížové kosti. Její rozměr je cca 11,5 cm. Delší osa pánevní úžiny je orientována sagitálně.

Rovina pánevního východu – exitus pelvis má tvar kosočtverce. Její hranicí jsou dolní okraj symfýzy, tuber ischiadicum a hrot kostrče. Tato rovina je tvořena dvěma trojúhelníky, které mají společnou základnu což je spojnice tuber ischiadica. Svírají tupý úhel a obracejí se kraniálně. Lze zde určit dva základní rozměry. **Diameter transversa** je to spojnice tuber ischiadica a měří cca 11 cm. **Diameter recta** je spojnicí dolního okraje symfýzy a hrotu kostrče, měří cca 9 cm. Při porodu procházející plod odtlačí kostrč dozadu a tím se vzdálenost mezi dolním okrajem symfýzy a hrotem kostrče zvětší na cca 11 až 11,5 cm.

Vnitřní rozměry pánve se dají většinou měřit pouze na skeletu a výjimkou conjugata diagonalis. (18)

1.2 Svaly pánevního dna

Měkké porodní cesty jsou tvořeny příčně pruhovaným svalstvem, ty jsou uloženy v oblasti pánevního východu a stěnách malé pánve. Východ pánevní je uzavřen svalově vazivovými přepážkami, což tvoří pánevní dno. Dno pánevní má funkci podpůrného aparátu orgánů v pánvi. Svaly východu pánve se dělí dle polohy a vývoje. Kraniálně, ve východu pánevním, jsou uloženy svaly, které tvoří dno pánevní, nebo-li diaphragma pelvis. Povrchově jsou uloženy svaly v oblasti hiatus urogenitalis, které jsou vázány na vyústění konečníku a zevních pohlavních orgánů. Svaly dna pánevního můžeme rozdělit na diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. (1)

1.2.1 Pánevní dno

Pánevní dno, nebo-li diaphragma pelvis, má tvar ploché nálevky, ta odstupuje od stěny malé pánve a sbíhá kaudálně ke štěrbině, kterou v zadní části prochází konečník, nebo-li hiatus analis. Přední částí prostupuje pochva a před ní močová trubice, nebo-li hiatus urogenitalis. Mezi oběma částmi štěrbiny je uložen zahuštěný vazivový uzel, nebo-li centrum perineale. Na to navazuje septum rectovaginale, které je uloženo kraniálně, do kterého se upínají některé perineální svaly, jako musculus levator ani a musculus coccygeus.

Musculus levator ani je silný plochý sval a skládá se ze dvou částí pars iliaca a pars pubica. Pars iliaca nebo-li musculus iliococcygeus odstupuje z vazivového pruhu. Svalové snopce směřují dolů a upínají se na ligamentum anococcygeum a okraj kostrče. Pars pubica, nebo-li musculus pubococcygeus, začíná na os pubis. Svalové snopce mezi pochvou a konečníkem se vzájemně proplétají a tato část svalu se označuje jako musculus pubovaginalis a musculus compressor vaginae. Další část svalových snopců pokračuje dorzálně, kladou se na stěny konečníku a upínají se do ligamentum anococcygeum, tato část se označuje jako musculus puborectalis.

Musculus coccygeus je slabý sval, který je uložen od spina ischiadica k laterálnímu okraji křížové kosti a kostrče. Svalové snopce se upínají k ligamentum sacrospinale, které jsou vazivovou součástí diaphragma pelvis. (18)

1.2.2 Svaly hráze

Svaly hráze, nebo-li musculus perinei, jsou uloženy pod pánevním dnem a překrývají hiatus urogenitalis. Svaly lze rozdělit do dvou skupin: na svaly, které jsou podkladem pro diaphragma urogenitale a na svaly, které se připojují k zevním pohlavním orgánům. (1)

1.2.3 Diaphragma urogenitale

Diaphragma urogenitale je svalově vazivová ploténka, která je uložena mezi rozestupujícími se rameny kostí stydkých a sedacích, v rozsahu mezi spodním okrajem stydké spony a tuber ischiadica. Podkladem jsou svaly a vazy.

Musculus transversus perinei profundus je hlavní podklad pro diaphragma urogenitale. Sval zesiluje oblast hiatus urogenitalis, která je oporou pro pánevní orgány.

Musculus sphincter urethrae se odděluje z kraniální strany na musculus transversus perinei profundus, jehož snopce obkružují část močové trubice a dostávají se také do svaloviny kolem pochvy.

Musculus transversus perinei superficialis je slabý podkožní sval. Začíná v tuber ischiadicum a končí v centrum perineale.

Ligamentum transversum perinei je vazivový přední okraj m. transversus perinei profundus, který dosahuje k ligamentum arcuatum pubis. Mezi oběma strukturami je štěrbina orientovaná příčně, kterou prostupuje vena dorsalis clitoridis profunda do pánevní dutiny. (25)

1.2.4 Svaly připojené k zevním pohlavním orgánům

M. ischiocavernosus je párový sval, který začíná od dolního okraje kosti sedací a stydké a crura clitoridis. Jeho svalové snopce směřují dopředu a přecházejí na dorsum clitoridis, kde se upíná k fascia clitoridis. **M. bulbospongiosus** je párový sval s rozdílnou úpravou u ženy a muže. U ženy je rozdělen na dvě jednotky, které jsou zcela samostatné a začínají na centrum perineale a směřují kolem vchodu poševního k poštváčku. (1)

1.3 Cévní zásobení pánve

Tepny pánve - Arteria Ovaricae jsou párové větve břišní aorty. Arteria iliaca interna, nebo-li arteria hypogastrica, zásobuje svými větvemi orgány malé pánve. Pro oblast zevních pohlavních orgánů je důležitá arteria pudenda interna. Viscerální větev zásobuje orgány pánve. Arteria uterina je relativně silná a směřuje k cervixu uteri. Arteria iliaca externa pokračuje na stehně, jako arteria femoralis.

Žíly pánve - Průběh tepen sleduje žilní systém. Viscerální přítoky jsou mohutnější a vznikají z bohatých žilních pletení. Tyto pleteně jsou rozloženy podél pánevních orgánů a jsou navzájem propojené.

Mízní systém - Lymfatické cévy jsou v pánvi hojné. Tyto uzliny tvoří regionální uzlinové shluky jako například lumbální, sakrální, iliakální, cervikální a provází cévní systém. (18)

1.4 Nervové zásobení pánve

Do pánve vstupují větve dvou velkých nervových pletení a to plexus lumbalis a plexus sacralis.

Pleteň bederní – plexus lumbalis vzniká spojením ventrálních větví prvních čtyř bederních nervů a k nim se připojuje poslední hrudní nerv. Z pleteně vystupují nervy, které inervují některé břišní svaly, svaly na přední straně stehna a kůži dolní poloviny stěny břišní. Do této pleteně patří například nervus obturatorius, n. femoralis, n. genitofemoralis.

Pleteň křížová – plexus sacralis je mohutná nervová pleteň, kterou tvoří přední větve všech křížových nervů, nervů kostrče a větví posledních dvou bederních nervů, označované také, jako truncus lumbosacralis. Plexus sacralis má trojúhelníkovitý tvar, který leží v zadní části malé pánve. Do této pleteně patří například nervus pudendus, n. coccygeus, n. ischiadicus.

Smišené autonomní a břišní pleteně - v břišní dutině je tvořena mohutná smíšená autonomní pleteň, které obepíná břišní aortu, nebo-li plexus aorticus abdominalis. Na jejím vzniku se podílejí oba systémy jak sympatikus, tak parasympatikus. Do pánve pokračuje plexus abdominalis jako plexus hypogastricus superior, ten pokračuje do malé pánve jako plexus hypogastricus inferior. (1)

1.5 Perineum

„Anatomicky je perineem míněná oblast kaudálně od pánevní (levátorové) diafragmi. Zasahuje od pubického oblouku ke kostrči a je rozdělena na část přední - urogenitální diafragma a zadní – anální. V porodnictví termín perineum znamená fibromuskulární prostor mezi vagínou a anem“. (Kališ, 2004, str. 356)

Perineum, nebo-li hráz, je uložena mezi introitem poševním a anem. Svalové struktury jsou uloženy pod diaphragma pelvis a ze spodu překrývají hiatus urogenitalis. Délka perinea je jedním z faktorů, který se podílí na velikosti odporu, které perineum klade vedoucí části plodu v závěrečné fázi porodu. (3)

Krátká nebo dlouhá hráz je dnes termín často užívaný jako odůvodnění rozsáhlého porodního poranění v této oblasti. Toto poranění může mít své dlouhodobé následky, které se mohou projevit až později, jako močová inkontinence, anální inkontinence a sestup pánevních orgánů. (9)

Perineum je jednou z nejvíce namáhaných částí při porodu. Během II. doby porodní dochází k napínání svalů hráze, kdy při nepřiměřeném tlaku může dojít ke vzniku samovolných ruptur. Proto se dnes většina porodníků přiklání k provádění preventivního nástřihu hráze, nebo-li epiziotomii. Snaží se tak předejít nepříjemným

rupturám III. stupně, které mohou pro ženu mít trvalé následky. Jakýkoliv defekt na hrázi je nezbytné dobře ošetřit, jinak hrozí až oslabení pánevního dna. (3)

2 PORANĚNÍ HRÁZE

Poranění perinea je v současné době často diskutované téma, kterým se zabývá mnoho studií. Dnes, v době moderního porodnictví je u porodu rozsáhlé poranění hráze nežádoucí. U těchto závažných poranění jsou ženy často „postiženy“ inkontinencí moče a stolice po celý život, pro mnoho z nich to má až socioekonomické důsledky. Hrozí zde také komplikace, které ovlivňují rekonvalescenci ženy.

2.1 Historie

O ochraně hráze se hovoří již celá léta. V minulosti byla rozsáhlá poranění perinea pro porodní báby velkou hanbou a také problémem. Proto se snažily o velmi důkladné chránění hráze, aby se vyhnuly velkým poraněním. Pokud přece jen došlo k rupturám hráze, volaly k provedení sutury lékaře. Ovšem tuto možnost neměly všechny porodní báby. První epiziotomii provedl v roce 1740 irský sir Fielding Ould (1710-1789). (13)

Na počátku 20. století, kdy se porody přesunuly z prostředí domácího do nemocnic, se epiziotomie staly standardní a rutinní součástí skoro většiny vaginálně vedených porodů. Porodníci se dříve domnívali, že provedení epiziotomie snižuje riziko poranění, vzniku infekce, poranění mozku novorozence a poporodních bolestí. Podle nich zkrácení druhé doby porodní teoreticky zabraňuje poškození pánevního dna a tím se snižuje počet žen, které se následně léčí pro inkontinenci nebo pokles pánevních orgánů. (4)

2.2 Trhliny perinea

Nejčastějším poranění u porodu jsou trhliny hráze, které mohou být různé velikosti i lokalizace. Poranění perinea vznikají samovolně při porodu nebo po chirurgickém zákroku jako je epiziotomie. Trhliny hráze jsou klasifikovány podle závažnosti poranění a množství zasažených vrstev tkáně. Ruptury hráze jsou více obvyklé u prvorodiček, protože zde je perineum méně pružné než u vícero diček, ale trhliny perinea nejsou vyloučené ani u nich. Vyhodnocení a klasifikace poškození genitálního traktu je důležitá pro každodenní péči o poranění. (5)

Příčiny poranění mohou být jak ze strany matky, tak ze strany plodu a průběhu porodu. U matky je na vině například vyšší věk, vysoká hráz a zjizvená tkáň.

U plodu záleží na jeho velikosti a na případných deflekčních polohách. Další způsoby, které mohou ovlivňovat poranění hráze je průběh porodu, například překotné porody a nedostatečně chráněná hráz. (18)

2.3 Rozdělení análního sfinkteru

Anální svěrač můžeme rozdělit na zevní a vnitřní, dále na musculus puborectalis a anorektální úhel.

Interní anální sfinkter je ztlustěné pokračování vnitřní cirkulární svaloviny rekta. Je to hladký sval, který je makroskopicky bledší než zevní anální sfinkter. Okraj vnitřního análního svěrače končí o něco výš než zevní anální svěrač. Vnitřní anální svěrač je ve stavu neustálé maximální kontrakce. Tento tonus poskytuje přirozenou ochranu nedobrovolnému odchodu stolice. Tato permanentí kontrakce je výsledkem jak svalových, tak autonomních neurogenních vlastností.

Externí anální sfinkter se strukturálně dělí na tři komponenty. Na hlubokou, povrchovou a podkožní vrstvu. V praxi je však velmi složité odlišit tyto jednotlivé komponenty zevního svěrače a proto se k němu přistupuje jako k jedinému svaly. Zevní anální svěrač a svaly dna pánevního udržují permanentní nevědomý klidový tonus.

Musculus puborectalis a anorektální úhel - Oba anální svěrače uzavírají anální kanál a jsou zodpovědné za udržení plynů a tekuté stolice. Musculus puborectalis a anorektální oblouk zodpovídají za základní fekální kontinenci. (11)

2.4 Klasifikace trhlin perinea

V České Republice se ke klasifikaci trhlin perinea používá tato stupnice: Trhlina I. stupně postihuje kůži hráze a pochvu. Svalstvo je neporušené. Trhlina II. stupně postihuje kůži hráze, podkoží a svalstvo perinea, sliznici a podslizniční vazivo pochvy. Tento stupeň odpovídá provedené epiziotomii. Trhliny III. stupně jsou rozsáhlé s poškozením zevního svěrače konečníku, které se dále dělí na inkompletní, kdy je roztržený pouze svěrač a kompletní, kdy je spolu se svěračem roztržena i střevní stěna. (1)

V anglicky mluvících zemích se ke klasifikaci trhlin perinea používá tato stupnice: Trhlina I. stupně postihuje vaginální sliznici a kůži perinea. Trhlina II. stupně postihuje svaly perinea, ale ne anální svěrač. Tento stupeň odpovídá provedené epiziotomii. Trhlina III. stupně postihuje komplex análního svěrače, tento

stupeň se dále rozděluje na 3a., kde je poranění menší než 50% zevního análního svěrače, 3b., kde je poranění větší než 50% zevního análního svěrače a 3c., kde je ruptura vnitřního análního svěrače. Trhlina IV. stupně postihuje zevní a vnitřní anální svěrač a mukózu rekta. (5, 11)

2.5 Epiziotomie

Epiziotomie je jedním z nejčastěji prováděných chirurgických výkonů v porodnictví a je pravděpodobně jediným zákrokem, kde před jejím provedením není požadován písemný souhlas matky. (3)

Jako prevence poranění hráze je prováděná epiziotomie, jejíž význam je v posledních letech velmi diskutabilní. Vedle kontroverzního protektivního účinku těžkého poranění perinea je nutné sledovat výskyt dyspareunií, vliv nástřihu hráze na poporodní vaginální tonus, dále na výskyt následných komplikací sutury, jako je hematom, zánět a dehiscence. (9)

Epiziotomie je většinou první operativní výkon, který mnozí porodníci ani jako operativní výkon nevnímají. Výhody epiziotomie by měly spočívat v urychlení porodu, chránění hráze před rupturami hráze a konečníku. Nástřih hráze by měl být také ochranou před prolapsem a poraněním močové trubice.

„Je neobyčejně složité se vyjádřit k pozdním důsledkům provedené epiziotomie. Jedná se o velmi nesourodé skupiny. Nutno odlišit epiziotomii mediální a laterální, je rozdíl, provádí-li je porodní asistentky malými 1 cm nástřihy kůže, nebo lékař 3 cm nástřihy zasahující i hlubší partie svalové. Pro pozdní důsledky, které se promítají i do života sexuálního, je důležitý způsob ošetření a hojení. Je rozdíl, šije-li epiziotomii porodní asistentka jednotlivými stehy skrz všechny vrstvy, proti lékaři, který rekonstruuje podle zásad topografické anatomie. Rozhoduje i sociální zařazení.“ (Doležal, 2007, str. 36-37)

Epiziotomie je součástí vaginálních operací, jako je klešťový porod, vakuumextrakce, operací, které souvisejí s koncem pánevním, dystokií ramen a porodem velkého plodu. Nástřih hráze se provádí častěji u primipar, u multipar bývá od epiziotomie upouštěno. (3)

2.6 Indikace epiziotomie

Indikace k provedení nástřihu hráze jsou nejčastěji rigidita a zjizvení hráze, velký plod, když brání snadnému porodu, malý a nezralý plod, jako prevence jeho

traumatu, porod plodu koncem pánevním, deflexní polohy hlavičky, dále se provádí, jako přípravná operace před vaginálními porodnickými operacemi. (1)

2.7 Provedení epiziotomie

Žena se provedení epiziotomie nemusí bát, protože se provádí na vrcholu kontrakce, kdy je hráz tlakem hlavičky dostatečně roztažená a znecitlivěná. V případě, že hráz není dostatečně připravena, je nutné provést místní znecitlivění, jinak je provedení epiziotomie mimořádně bolestivý zákrok. (3)

Rozevřené nůžky se vloží „naplocho“ pod ochranou dvou prstů tupou branží mezi hráz a prořezávající se hlavičku. Nástřih provádíme kolmo ke tkáni na vrcholu kontrakce pod kontrolou prstů druhé ruky, abychom nezpůsobili poranění plodu. (2, 20)

2.8 Rozdělení epiziotomií

Epiziotomi rozdělujeme na mediální, mediolaterální a laterální, výjimečně se provádí Schuchardův řez. (3)

2.8.1 Mediální epiziotomie

Mediální epiziotomie je i dosud u některých lékařů oblíbená. Provádí se v délce 2-3 cm uprostřed rozvinuté hráze a končí u řitního svěrače. Prochází centrum tendineum, kde je menší cévní zásobení. Mediální epiziotomi se šije a hojí lépe, méně krvácí a může mít méně pozdějších dyspareunických komplikací. Tato epiziotomie zasahuje centrum tendineum, kde ústí vlákna musculus levator ani, musculus bulbospongiosus a i vlákna musculus sphincter ani. Dolní pól nástřihu se může rozšířit až na řitní svěrač a následně hrozí ruptura III. stupně. Později může vzniknout inkontinence plynů a stolice. (3)

2.8.2 Laterální epiziotomie

Laterální epiziotomie se provádí jako prevence ruptury hráze III. stupně, zejména při porodnických operacích. Vedení je cca 2 cm nad introitem poševním v úhlu 45° ve směru k sedacím hrbolům. Tento nástřih hráze vytváří dostatečný prostor pro rychlejší postup hlavičky při vaginálním samovolném porodu, při vaginálních operacích a u plodů, kde můžeme očekávat makrosomii. Vedení nástřihu zasahuje musculus bulbospongiosus, musculus transversus perinei superficialis a profundus.

Pokud jde o větší rozsah, zasahuje také musculus levator ani a vasa pudenda. Zasahuje i inervační oblast nervi pudendi, nervi perinealis, nervi dorsalis clitoridis. Rekonstrukce spočívá v důkladném sešití jednotlivých vrstev, tj. pochvy, m. levatoris ani, m. transversi perinei a m. bulbospongiosi. Výhody této epiziotomie jsou viditelné i při hojení v šestinedělí.

Epiziotomie zkracuje sice jen krátkou, ale z hlediska přenosu kyslíku významnou fázi prořezávání hlavičky, která je navíc dosti bolestivá. Pokud nenastane strangulace pupečnickem, epiziotomie dovoluje snadnější manipulaci. Její výhody se také projeví u dystokie ramen a u makrosomních plodů. (3)

„Má-li mít epiziotomie nějaký ochranný význam pro pánevní dno, je třeba ji provést včas ještě před malterací nn. pudendi.“ (Doležal, 2007, str. 38)

2.8.3 Mediolaterální epiziotomie

Mediolaterální epiziotomie se řadí mezi nejčastěji používanou porodnickou operaci. Směřuje od střední čáry introitu poševního v úhlu 45° a směřuje k sedacím hrbolům. Její bezpečnost je nižší vzhledem k tomu v jaké blízkosti se vede od svěrače. K výhodám či rizikům mediolaterální epiziotomie patří například ruptura perinea III. a IV. stupně, anální inkontinence, dyspareunie, močová inkontinence, relaxace svalů pánevního dna, jednoduchost sutury, bolesti, infekce, dehiscence, rektovaginální píštěl, kraniální trauma. Protektivní efekt mediolaterální epiziotomie není zřejmý. (3, 12)

2.8.4 Schuchardův řez

Schuchardův řez se používá výjimečně. Provádí se skalpelem. Směr je stejný, jako u laterální epiziotomie, je mírně poloobloukovitý a rozsáhlejší cca 6-7 cm. Široce protíná nejen pochvu, ale i pubickou část a okraj ilické části musculus levator ani. Umožňuje nejprostornější přístup při vaginálních porodnických operací hlavně porod per forcipem z vyšších rovin. Silněji krvácí a sutura je náročná na rekonstrukci a následné hojení. (1)

Epiziotomie by se u fyziologických porodů neměla provádět rutinně, ale v opodstatněných případech, jako jsou známky porušení zdraví plodu, při nadměrném prodlužování porodu a při hrozícím nebezpečí ruptury svěrače konečníku. Nástřih hráze by se měl provádět vždy v co nejmenším rozsahu. Žena by k tomu úkonu měla vyslovit souhlas, pokud ani přes vysvětlení všech rizik

s provedení epiziotomie žena nesouhlasí, potom by neměla být provedena, pokud ovšem není ohroženo zdraví dítěte. (17)

3 METODY JAK PŘEDCHÁZET PORANĚNÍ PERINEA

Poškození hráze je po porodu jedním z traumat, které ženy trápí. Existuje několik metod a postupů, které jsou zaměřeny na redukci poškození nebo alespoň jeho zmírnění. (22)

3.1 Masáž hráze

Pravidelně prováděná masáž hráze v pozdějším stádiu těhotenství může být prospěšná při přípravě k porodu. I když jsou tkáně hráze poddajné a během porodu se chovají elasticky a natahují se, doporučuje se masáž hráze provádět pravidelně 4 až 6 týdnů před porodem. Slouží ke změkčení tkání, které jsou většinou z počátku pevné, ale po pravidelném provádění masáže se struktury hráze stávají jemnější a poddanější. Žena si může masáž provádět sama nebo za pomoci partnera. (7, 15)

Pro ženu je nejpříjemnější poloha v polosedě s pokrčenými dolními končetinami, které si může podložit polštářem. Ruce by žena i partner měli mít vždy čisté umyté a jemné. Pokud je kůže na rukách nějakým způsobem poškozená, je nutné použít gumové rukavice. Jinak hrozí možný vznik infekce a drobných oděrek. Pro zvlhčení prstů olejem stačí obyčejný rostlinný, či olivový. Existují také speciální oleje k masáži hráze. Do pochvy zavedeme ukazováček a prostředníček a pomalu je roztahujeme. Hloubka zavedení prstu by neměla přesáhnout po konec druhého článku prstu. Prsty by měly po tkáni jemně klouzat. Prsty přejíždí z jedné strany na druhou a stěnu pochvy jemně tlačí směrem dolů a dopředu, což by mělo trvat přibližně 3 minuty. Masáž zakončíme jemným mnutím, mezi palcem a ukazováčkem, kdy ukazováček necháme uvnitř a palec vně, trvat by to mělo po dobu jedné minuty. Masáž hráze by se měla provádět jednou až dvakrát denně. (7, 15, 13)

„Digitální masáž perinea prováděná 6 týdnů před porodem snižuje výskyt poranění perinea, které by vyžadovalo suturu, zvláště incidenci epiziotomie. Ženy po masáži udávají menší bolestivost hráze 3 měsíce po porodu bez ohledu na provedení epiziotomie“. (Kališ, 2007, str.80)

Přestože se v prvních týdnech může objevit dyskomfort až bolestivost při provádění masáže, i tak je masáž ženami všeobecně dobře akceptovaná. Těhotné ženy by měly vědět o masáži hráze a o jejím pravděpodobném efektu, také by se jim mělo dostat podrobných instrukcí, jak masáž provádět. (6, 7)

3.2 Chránění hráze

Chránění hráze je nejpoužívanější způsob, jak předcházet poranění v oblasti perinea při porodu. Při prořezávání hlavičky dochází k maximálnímu napnutí tkání, především v oblasti poševního introitu a hráze, abychom předešli jejich roztržení musí být porození hlavičky a zadního raménka co možná nejpomalejší.

K zadržování hlavičky stačí jedna ruka, nejčastěji levá. Na hráz je vyvíjen tlak, tak abychom předešly velkým poraněním hráze. Společně s levou rukou přikládáme na hráz také sterilní roušku nebo vložku, aby nedošlo k potřísnění čisté sterilní rukavice stolicí. Po celou dobu chránění hráze musí být dobře viditelný introitus poševní a hráz, abychom včas mohli předejít rupturám třetího stupně, preventivní epiziotomií. Při chránění hráze záleží, také na spolupráci rodičky a na její poloze. (3, 22)

„Orientujeme se podle malé fontanely, je-li vzdálená cca 7 cm od dolního okraje spony, začíná pro lékaře tato konečná fáze II. doby porodní, při asistenci se chová aktivně, jinak hrozí ruptura hráze. Jakmile se pod sponou objeví biparietální průměr, pravá ruka se pokládá přes hráz na předpokládaný průměr bitemporální“. (Doležal, 2007, str. 41)

Technika ochrany hráze rukama porodníka nebo porodní asistentky se provádí lépe v poloze v leže, na zádech nebo v polosedě. Je-li žena v poloze vzpřímené, asistující osoba má horší podmínky pro chránění perinea. (21)

3.3 EPI-NO balonek

Myšlenka posilování pánevního dna je velice stará, již africké ženy se připravovaly na porod napínáním dna pánevního za pomoci cviků s vhodně tvarovanou tykví. Z těchto tradic se postupně vyvinul zdravotnický výrobek, který posiluje pánevní dno. Tento trenažér byl vyroben pro postupné protahování tkání pochvy a perinea. Způsobuje jejich jemnou dilataci s použitím objemu, který se přibližuje objemu hlavičky plodu.

Se cvičením by měla žena začínat přibližně tři týdny před termínem porodu. Cílem tohoto cvičení je posílit a zpevnit svaly pánevního dna. Další výhodou je simulace porodu pomocí plynulého a šetrného rozpínání svalů pánevního dna a tkání hráze. Balonek je třeba zavést z jedné poloviny do pochvy. Pomocí nafukování se

objem balonku postupně zvětšuje až do pocitu maximálního napětí, ovšem bez pocitu bolesti. Na závěr cvičení se balonek nechá vyklouznout z pochvy.

EPI-NO balonek umožňuje nácvik uvolnění pánevního svalstva v době, kdy se již prořezává hlavička plodu. Žena se snaží koordinovaným zapojením břišního lisu a svalů pánevního dna uvolnit balonek z pochvy. Toto cvičení by se mělo provádět jednou až dvakrát denně přibližně po dobu 15-30 minut. (7, 15)

3.4 Vaginální gel Dianatal

Dianatal, nebo-li porodnický gel, byl vyvinut jako pomocný prostředek při vaginálním porodu. Používá se, aby usnadnil porod jak matce, tak dítěti a především zamezil poškození svalů pánevního dna, pochvy a hráze. Účinek tohoto gelu je čistě fyzikální, neobsahuje léčivé složky. Po jeho aplikaci se tření, které vzniká při porodu, sníží až o 50%. Gel přilne k poševní stěně a utvoří v pochvě film usnadňující klouzává pohyb při porodu.

Indikace použití gelu mohou být například tyto: u déle trvajících porodů, k usnadnění vaginálního porodu, k usnadnění vaginálních zákroků, k ochraně perinea během porodu. Lze ho podat jak prvorodičkám, tak i ženám, která již rodily. Dále u žen po císařském řezu a při provádění vaginálního zákroku. Dianatal gel usnadňuje a také zkracuje první a druhou dobu porodní.

Balení Dianatal gelu obsahuje tři tuby gelu s aplikátory. Dvě se používají pro první dobu porodní a jedna tuba pro druhou dobu porodní. Gel je zaváděn od prvního vaginálního vyšetření. Nejpozději by se však měl podat při brance 4 cm. Při každém dalším vyšetření se rovnoměrně rozetře přibližně 3-5 ml gelu za pomoci sterilní rukavice. V případě protržení vaku blan bychom měly podat do 15-30 min novou dávku gelu. Po porodu oblasti obličeje bychom měly otřít oblast úst a nosu. Vaginální gel by měl podávat pouze kvalifikovaný porodnický personál.

Kontraindikace použití gelu: neměl by se používat při podezření na syndrom infekce zárodečné blány, při známkách fetální asfyxie, při alergii na nějakou složku gelu a pokud je kontraindikovaný vaginální porod.

Použití Dianatal gelu snižuje výskyt poranění perinea a zvyšuje pravděpodobnost intaktního perinea. Usnadňuje také operativní ukončení porodu. Zkrácení porodní doby šetří především síly matky a hlavně plodu. (15, 16)

3.5 Kegelovy cviky

Cvičení v těhotenství obecně posiluje všechny svalové strukturu, včetně pánevního dna. Žena se vlivem Kegelových cviků dokáže během porodu maximálně uvolnit. Tyto cviky se skládají z napínání a následného uvolnění svalů v oblasti močovodu, pochvy a análního otvoru. Cvičení spočívá v rytmickém stahování a uvolňování svalů, jako při zástavě močení s frekvencí 10 až 20 krát za sebou. Mělo by se provádět až třikrát denně. Při cvičení se žena musí soustředit, jaké svaly zatíná, aby nedocházelo k zatínání svalů bránice s následným zadržováním dechu. (22)

3.6 Super crowning

Zpomalení prořezávání hlavičky nebo také super crowning je mírné prodlužování druhé doby porodní ve fázi prořezávání hlavičky. Fázi prodloužíme o jednu či dvě kontrakce. Na prořezávající se hlavičku je kladen jemný protitlak rukou. Tkáně hráze mají více času na pomalé a přirozené roztažení. Tímto manévrem můžeme snížit riziko závažného poranění perinea, především ruptur druhého a třetího stupně. Super crowning není vhodný při nutnosti rychlého vybavení plodu, jako je u patologického kardiokografického záznamu a potřebě neodkladného ukončení druhé doby porodní. (4, 22)

3.7 Poloha rodičky

Chování žen při porodu je významně ovlivněno také kulturními zvyklostmi. V západních zemích je považováno za porodnickou „normu“ v závěrečné fázi porodu poloha ženy na zádech nebo s vyvýšením horní části těla. Předpokladem pro používání těchto poloh je, že umožňuje porodníkovi monitorovat lépe stav plodu a tak umožnit ženě co nejbezpečnější porod. Žena, která není ovlivněna „západní“ kulturou, vyhledává spontánně v konečné fázi porodu polohu vzpřímenou, například vestoje, v dřepu a v kleku.

Dnes v době aktivního a pozitivního postoje k porodu ze strany porodnické společnosti i ze strany těhotných žen, je praxe, kdy žena leží a rodí v poloze na zádech, chápána jako výraz nedostatečné komunikace mezi oběma stranami. Často to může působit ponižujícím dojmem pro jednu ze stran. Přáním všech je, aby porod proběhl pozitivně a všichni zúčastnění měli pocit, že pro jeho úspěch udělali maximum. Aniž by byl jejich jednáním omezen někdo druhý.

Předpokládané výhody vzpřímených poloh jsou především gravitační efekt, snížení rizika kavální komprese a tím zlepšení acidobazické rovnováhy, silnější kontrakce s větším otevíracím efektem, vhodnější poloha plodu k pánevním rovinám, zvětšení předozadního i transverzálního rozměru a tím celkové plochy pánevního východu. (8)

3.8 Pudendální analgezie

Lokálním anestetikem se oboustranně infiltruje nervus pudendus. Úleva postihuje pouze perineum a zevní třetinu pochvy. Pudendální analgezie je jednou z nejčastěji používaných regionálních metod analgezie. Indikace toho výkonu je při spontánním porodu, pouze ve II. době porodní, při partus praematures k relaxaci perinea, jako ochrana hlavičky plodu, dále při vaginálních operačních porodech. Kontraindikace jsou u výrazných anatomických odchylkách pánve, hlavička v pánevní úžině nebo v pánevním vchodu, při transvaginálním přístupu, dále při časově neodkladných vaginálních porodech.

Pudendální analgezi lze provést dvěma technikami. První přístup je transvaginální, což se provádí v gynekologické poloze a aplikuje se dávka lokálního anestetika oboustranně per vaginam 1 cm od tuber ossis ischii. Druhý přístup je transkutánní, zde se vede vpich v místě přechodu zevní a vnitřní třetiny spojnice vnitřních okrajů tuber ossis ischii, také oboustranně. K provedení pudendálního bloku se používá lokální anestetikum.

Výhody této analgezie jsou jednoduchost a finanční nenáročnost. Hlavní nevýhodou tohoto zákroku je, že je to analgezie pouze pro II. dobu porodní, až 50% pudendálních bloků není účinných a může vést až k prodloužení II. doby porodní, žena ztratí nucení na tlačení. Tento výkon může vykonávat porodník i porodní asistentka. (17, 25)

4 PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ

Péče o porodní poranění začíná již na porodním sále. Zde je důležitá správná diagnostika porodního poranění. Určení jeho typu musí provést zkušený porodník nebo porodní asistentka. Správná a odpovídající diagnostika je důležitá pro následující ošetření a celkovou péči o poranění. Pro odpovídající hojení porodního poranění musí porodník nebo porodní asistentka k ošetření přistupovat vždy pečlivě a za dodržování základů asepse. (3, 22)

4.1 Péče o rupturu perinea

Léčba a sutura ruptur je vždy chirurgickým zákrokem. Tento zákrok je nezbytný hlavně při poranění svalových struktur. Důkladným ošetřením se dá zamezit deformacím hráze a svalstva pánevního dna, jež by mohla v budoucnu vést k děložnímu descensu a prolapsu. (18)

Ruptura hráze vyššího stupně, kdy je poraněn anální sfinkter, vždy vyžaduje pečlivé ošetření. Po tomto poranění je známa, tzv. dlouhodobá mateřská morbidita, která je relativně častá. Zejména se jedná o anální inkontinenci, což může být nedobrovolný únik plynů, řídké či naopak tuhé stolice, nebo urgentní inkontinence, která má za následek ovlivnění kvality života ženy. Toto poranění může dále způsobovat zhoršenou kvalitu sexuálního života ženy, která trpí dyspareunickými potížemi, strachu z poranění a anální inkontinencí při pohlavním styku a dále ženu mohou trápit také chronické perineální bolesti. (10)

4.1.1 Role porodníka a porodní asistentky

Role porodníka při řešení porodního poranění spočívá hlavně v primární, sekundární a částečně i terciární prevenci. Pro primární prevenci je důležité identifikovat a stanovit všechny rizikové faktory. Zvolit vhodné postupy a minimalizovat vliv těchto faktorů na průběh a výsledek porodu. Předmětem sekundární prevence je správná diagnostika poranění, následné zvolení správného operačního řešení a také operačních podmínek. Terciární prevencí je míněna hlavně následná centralizace všech těchto žen ve specializovaných ambulancích. Důležité je jejich důkladné pooperační sledování a diagnostika možných komplikací a následné řešení. Při terciární prevenci by se mělo spolupracovat s dalšími odborníky, jako je kolorektální chirurg, fyzioterapeut a radiolog. Ošetření tohoto poranění vždy spadá do sféry sekundární prevence.

Na efektu udržení střevního obsahu se kromě komplexu análního sfinkteru podílejí také další struktury. Důležité struktury jsou například endopelvická facie, perineum a jeho svaly, anococcygeální komplex a stav inervace, zde je důležitý pudendální nerv a hypogastrycký plexus. (10)

4.1.2 Typy operačního řešení

Až do roku 1999 se sutura ruptury III. stupně prováděla metodou end-to-end na porodním sále. Ve většině případů pouze v lokální anestezii. Riziko selhání u tohoto postupu bylo poměrně vysoké. V roce 1971 byla poprvé provedena overlap sutura análního sfinkteru. Tato operace byla provedena kolorektálními chirurgy jako sekundární operace. (10)

4.1.3 Sutura análního sfinkteru

Suturu by měl vždy provádět zkušený lékař, měla by se provádět na operačním sále, kde je dostatek osvětlení, je zde adekvátní vybavení a dodrženy podmínky aseptiky. Pacientka je vždy uložena do litotomické polohy, nebo-li polohy gynekologické s upevněnými dolními končetinami. Sutura je prováděna v celkové či regionální anestezii. Nutné je si uvědomit, že porušené konce análního sfinkteru se retrahují do své facie, proto je nezbytná svalová relaxace, aby došlo k ozřejmení přetržených konců análního sfinkteru, k jejich zachycení a následné a důkladné preparaci zevního a vnitřního análního svěrače. Pokud je porušena i sliznice rektu, je sešita jednotlivými stehy.

Ruptura vnitřního análního sfinkteru je šita samostatně jednotlivými adaptačními stehy, metodou end-to-end. Stehy jsou monofilamentózní, proto je menší pravděpodobnost rozvoje infekce. Při použití neabsorbovatelného materiálu hrozí vznik stehových abscesů a jeho ostré okraje mohou způsobit dyskomfort ženy, kdy hrozí následné odstranění tohoto materiálu.

Při ruptuře zevního análního sfinkteru musí být tkáň identifikována a zachycena vhodným operačním nástrojem, jako jsou Allisovy kleště. Sval musí být mobilizován, aby mohl být jeden konec přetažen přes druhý, což je metoda overlap. (10)

4.1.4 Intervence po sutuře análního sfinkteru

Již během operace se podávají intravenózně antibiotika. Nejčastěji používanými jsou metronidazol a cefalosporiny například Cefuroxim. Vhodné je pokračovat v jejich podávání 5-10 dní po operaci perorální formou. Všechny ženy by měly být řádně edukovány o správné výživě, hygieně, vyprazdňování a dalším režimu.

U všech žen by se měly používat změkčovačla stolice, jako je Lactulosa. Dalším medikamentem, který je vhodné použít je Fybogel. Tato léčba by měla trvat asi 10-14 dní. Dále by žena měla dodržovat dietní režim. Důležité je ženě zdůraznit vhodnou stravu bohatou na vlákninu jako je ovoce, zelenina, luštěniny, obilniny, semínka a klíčky, brambory, mléčné výrobky. Žena může užívat i různé vitamínové doplňky. Dále je důležitý pitný režim. Pro ženu je vhodná čistá voda, čaje či 100% džusy. Vynechat by žena měla kofeinové nápoje, které odvodňují.

V péči o suteru hraje roli také dostatečná hygiena, která snižuje riziko vzniku infekce a zamezuje případnému vzniku dehiscence rány. Ženu je nutné informovat o infekčnosti lochií. Doporučíme jí, aby si po každém použití toalety měnila vložku, dále po kojení a zvýšené námaze, kdy lochia odchází hojněji. Ženě vysvětlíme důležitost dodržování základních hygienických návyků, jako je mytí rukou po použití toalety a manipulaci s vložkou. Žena může použít i dezinfekční prostředek k dezinfekci rukou. Pro ženu po takovémto poranění je vhodné doporučit i různé sedací koupele nebo oplachy, které napomáhají hojení poranění, nejčastěji je používán odvar z dubové kůry a oplach Rosalginem. Žena by měla oblast hráze a konečníku několikrát denně oplachovat vlažnou vodou, popřípadě bychom jí měly nabídnout ledové obklady. (10, 13, 22)

Neměli bychom zapomínat ani na pohybový režim u ženy. Je důležité, aby ze začátku dodržovala klidnější režim, hodně odpočívala a dala prostor pro hojení sutury. Měli bychom se ženou nacvičit vstávání z postele, ale i sezení, které jí může z počátku dělat potíže. Doporučit bychom jí měli různé pomůcky, jako například nafukovací kruh na sezení. Porodní asistentka by ženu měla poučit o správném sedání, kdy žena zatne svaly a opatrně dosedne, až teprve poté je povolí. (13, 17, 22)

Při péči o rupturu perinea, bychom neměli zapomínat ani na její bolestivost a po odeznění anestezie ženě podávat analgetika dle ordinace lékaře.

Ženě by se mělo dostat podrobného vysvětlení vzniklé situace, společně s informacemi o léčebném režimu, možných komplikacích a rizicích. Pokud by v pozdější době nastaly u ženy obtíže, musí vědět na koho se obrátit. Kontrola je

doporučována u zkušeného lékaře. Při kontrole za 8-12 týdnů by měl být proveden endoanální ultrazvuk, který zhodnotí stav sutury a posoudí eventuální reziduální léze. (10, 13, 17)

4.1.5 Komplikace ruptury perinea

Jednou z nejčastějších komplikací z dlouhodobého hlediska je anální inkontinence. Ta je definována nechtěným únikem obsahu konečníku, který vede k nepohodlí postižené ženy. Může se jednat o únik plynů, hlenu, tekuté nebo tuhé stolice. Dále je uváděna tzv. fekální inkontinence, což je neschopnost udržet tekutou nebo tuhous stolici a vypudit jí ve správný čas a na správném místě. (24)

Následná anální inkontinence je často uváděným symptomem u žen ve věku mezi 40 až 60 rokem, ovšem zdá se, že jen část z nich může být skutečně vztažena k porodnímu poranění. Funkce análního svěrače se v průběhu let zhoršuje, přispívají k tomu do určité míry i následné porody. Nediagnostikovaný defekt análního svěrače je zdrojem obtíží ještě mnoho let po porodu. Nejdůležitější metodou je důsledné dodržování všech kroků, které vedou ke správnému zhodnocení rozsahu porodního poranění a následnému adekvátnímu řešení. (19)

Dalšími možnými komplikacemi ruptury perinea je bolest, vznik infekce, vznik hematomu, dehiscence rány, dyspareunie, změny vzhledu zevního genitálu, koloidní jizvy, močová a anální inkontinence a v pozdějším věku sestup orgánů malé pánve. (5)

4.2 Péče o epiziotomii

Ošetření epiziotomie probíhá na porodním sále. Je ošetřena chirurgicky, kdy se šijí jednotlivé struktury k sobě. Před ošetřením epiziotomie je třeba místní znecitlivění k čemuž se používá 1% Mesocain. Rychlost hojení epiziotomie je závislá na jejím rozsahu. Sutura epiziotomie se provádí ve třech vrstvách. Nejdříve jsou sešity svaly, kdy steh je veden z pochvy směrem ven. Dále se šije podkoží a kůže. (5, 18)

4.2.1 Role porodníka a porodní asistentky

Suturu epiziotomie by měl provádět zkušený porodník nebo zkušená porodní asistentka. Při sutuře epiziotomie je důležité, aby dodrželi zásady topografické anatomie. K epiziotomii by mělo být přistupováno jako ke všem ostatním poraněním

v oblasti perinea. Proto je také nutné dodržovat zásady asepse a k ošetření přistupovat zodpovědně a profesionálně. Důležitou roli hraje porodní asistentka, která by ženu měla vždy řádně edukovat o následné péči o suturu. (5)

4.2.2 Intervence po sutuře epiziotomie

Péče o nástřih hráze je stejný jako u ruptur hráze. Je tedy nutné ženu řádně edukovat o vhodné stravě, pitném režimu, hygieně a pohybovém režimu.

Vhodnou stravou je strava bohatá na vlákninu a vitamíny, která ženě může do jisté míry ulehčit potíže s defekací. Změkčovačla stolice se ženě mohou podávat do té doby, než odejde první stolice. Ta je pro ženy nejvíce nepříjemná, jak z hlediska bolesti, tak z hlediska strachu z poškození sutury. V domácím prostředí může žena používat glycerinové čípky, které stolici také změkčují. I v tomto případě je pro ženu důležitý pitný režim. Opět by se měla vyhnout kofeinovým nápojům, které tělo odvodňují. (5, 18, 22)

Hygiena hraje v péči o epiziotomii také důležitou roli. Žena musí dodržovat zásady, které pomáhají snižovat riziko vzniku infekce. Důležité je poučit ženu, jak má provádět hygienu perinea po stolici, močení a kojení. Základem je utírání od pochvy směrem ke konečníku, aby nedošlo ke kontaminaci perinea stolicí. Po toaletě je vhodné oblast hráze osprchovat vlažnou vodou a dobře osušit. Žena by měla nosit jednorázové nebo bavlněné prádlo, které je prodyšné. Pravidelné odstraňování vložky umožňuje proudění vzduchu okolo rány. Vložky by žena měla měnit nejméně 1 krát za 3 hodiny, a nebo podle potřeby i dříve.

I při tomto poranění je vhodné se ženou nacvičit vstávání z postele a sedání a vysvětlit ženě princip vstávání přes bok. Jako pomůcku může žena opět používat nafukovací kruh. Při sedání by žena měla zadržet dech a vydechnout až při dosednutí. Ze začátku žena může sedět spíše jen na jedné hýždí. (5, 22)

Pokud se epiziotomie hojí per primam není nutné podávat antibiotickou profylaxi. I u tohoto poranění se může objevit bolestivost a nutnost podávat analgetika dle ordinace lékaře. Pro zlepšení a urychlení hojení žena může používat, také sedací koupele nebo oplachy hráze. Sedací koupele a oplachy perinea může žena používat již v porodnici. Ženu může v prvních hodinách až dnech po porodu trápit otok a bolestivost hráze. Proto by jí porodní asistentka měla nabídnout ledové obklady, které ženě odpomohou od pocitu bolesti a zmírní otok perinea. Mírný otok a vznik

podlitiny provází skoro každé hojení epiziotomie, ovšem pokud je otok nebo podlitina větších rozměrů, může zpomalovat hojení. (5, 18, 22)

4.2.3 Komplikace epiziotomie

Mezi časné komplikace epiziotomie můžeme zařadit hlavně bolestivost, krvácení, infekci, dehiscenci rány a vznik hematomů. Tyto komplikace se většinou odstraní bez větších následků. Například u infekce hrozí dehiscence rány s následnou změnou vzhledu zevního genitálu. Jako pozdní komplikace lze označit anální a močovou inkontinenci, která může ovlivnit život ženy hlavně z hlediska socioekonomického. Dále sem můžeme zařadit sestup pánevních orgánů. (5, 22)

4.3 Faktory ovlivňující hojení ran

Kůže je hlavní bariérou těla, která nás brání proti napadajícím patogenům. Pokud je kůže porušená, je brána vstupu infekce otevřená. Z důvodu vstupu infekce, může dojít k rozpadu rány. Při povrchovém rozpadu rány je doporučena konzervativní léčba bez dalšího šití, pokud však došlo k poškození análního svěrače nebo rekta, je třeba chirurgicky zasáhnout.

Špatné hojení a riziko infekce je ovlivněno vnějšími a vnitřními faktory. Vnitřní faktory jsou takové, které nelze jednoduše ovlivnit. Patří sem například věk matky a její celkový stav. Lze sem zařadit i přidružená onemocnění, jako je diabetes mellitus a porucha koagulace. Ačkoli není vždy možné ovlivňovat vnitřní rizikové faktory, může být zavedena strategie pro optimalizaci hojení a snížení rizika infekce. Vnější faktory mohou být upraveny ženou samotnou nebo porodní asistentkou či lékařem. Ženě by měla být v těhotenství a po porodu doporučena dieta, která předchází chudokrevnosti a podporuje hojení, také by žena měla mít k dispozici stravu s dostatkem kalorií, proteinů a vitamínů. Je však třeba předejít nadměrné hmotnosti. Další faktory, které zpomalují hojení rány, jsou přítomnost cizího tělesa, mechanické napětí rány, špatný stav výživy, utážené stehy, které způsobují ischemii a vznik hematomu. Ženy, které jsou kuřačky, by měly být povzbuzovány v tom, aby s kouřením přestaly, protože jsou známy vztahy mezi kouřením a špatným hojením.

Je obtížné zjistit sílu asociace mezi rozsahem poranění a pozdější nefunkčností pánevního dna. Nemůže se zcela prokázat, zda u žen, které podstoupily epiziotomii se snížilo riziko pozdějšího vzniku úniku stolice nebo moči a došlo ke zhoršení sexuální funkce.

Ačkoli k poranění perinea dochází často samovolně při porodu, jsou běžné a často doprovázené zásahy, které mohou zvýšit bolestivost poranění, mnohé aspekty péče jsou i nadále předmětem výzkumu. (5)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

V praktické části své bakalářské práce se zabývám řešením stále aktuálního tématu a to prevencí poranění v oblasti perinea při porodu. Toto téma je stále velice diskutované a dostává se do povědomí široké veřejnosti. Proto se ve výzkumné části bakalářské práce zaměřuji na informovanost žen, na to zda mají ponětí o metodách, kterými lze předcházet poranění, zda je praktikovaly před porodem. Dalším důležitým aspektem, který ženy může ovlivnit, je zkušenost z předchozího porodu. Tímto výzkumem chci tuto problematiku opět více přiblížit.

5.1 Hlavní problém

1. Jsou ženy informované o poranění v oblasti perinea?

5.2 Dílčí problémy

2. Jaké metody prevence znají?
3. Jaké metody používají, aby poranění předešly?
4. Jsou ženy ovlivněny předchozí zkušeností?

6 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

1. Zjistit, zda jsou ženy informované o možných poraněních v oblasti perinea.
2. Zjistit, zda ženy znají metody, jak předcházet poranění v oblasti perinea.
3. Zjistit, zda jsou ženy ovlivněny zkušeností z předchozího porodu v přístupu k prevenci poranění v oblasti perinea.

7 VZOREK RESPONDENTŮ

O rozhovor jsem požádala dvě ženy. První ženě je 31 let a její iniciály jsou TL. Paní TL si pro svůj první porod vybrala Příbramskou nemocnici a pro druhý porod Hořovickou nemocnici. Při porodu se plně svěřila do rukou lékařů a porodních asistentek. Uvítala nabídku epidurální analgesie. Porod si přála zvládnout, co nejrychleji, proto jí provedení epiziotomie nevadilo. Žádné metody prevence během těhotenství sama neprováděla. Předporodní přípravu nenavštěvovala ani při jednom těhotenství. Informace si nezjišťovala, ani jí nebyly nabídnuty. Druhé ženě je 28 a

její iniciály jsou ZM. Paní ZM si při prvním porodu rozhodla pro domácí porod a toto rozhodnutí u ní přetrvávalo i při druhém porodu. Během těhotenství navštěvovala soukromou porodní asistentku. Pro oba své porody si paní ZM připravila porodní plán, kde odmítla provedení epiziotomie. Metody prevence využívala u obou porodů a sama si je aktivně vyhledávala. Tyto metody jí byly i od porodní asistentky nabídnuty a aktivně se na výběru podílela a ženu podpořila. Navštěvovala individuální předporodní přípravu u své porodní asistentky. Ta byla přítomná i u obou porodů.

8 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem použila kvalitativní výzkum. Jako formu výzkumu jsem si zvolila polostandardizovaný rozhovor, který jsem zaznamenávala pomocí tužky a papíru. Oslovila jsem dvě ženy, které odpovídaly na mé otázky.

9 ROZHOVORY

9.1 Rozhovor číslo 1.

Prosím Vaše iniciály- TL

Věk- 31

Vzdělání- středoškolské s maturitou

Rok prvního porodu- 2006

Rok druhého porodu- 2010

Prosím uveďte, kde jste rodila poprvé- nemocnice Příbram

Prosím uveďte, kde jste rodila podruhé - nemocnice Hořovice

Proč jste se rozhodla pro tyto zařízení?

Chodím na gynekologii do Hořovic a vždy jsem tam byla velice spokojená, příjemné prostředí, příjemní lidé, takže volba pro mě byla jasná. Při prvním porodu v Příbrami jsme nebyla spokojená s péčí ani se zacházením. Proto jsem u druhého porodu při volbě neváhala.

Měla jste již během prvního těhotenství povědomí o tom, že během porodu může dojít k poranění v oblasti hráze?

Měla jsem spíše tušení, maminka mi o tom vyprávěla a pak také kamarádky, které již rodily. Ale dost dobře jsem si neuměla představit, jak přesně to probíhá, nebo kdy to poranění vzniká. Spíše jsem si myslela, že vzniká poranění uvnitř.

Věděla jste, že se provádí epiziotomie ?

Věděla jsem, že se to provádí, ale nevěděla jsem proč a kdy, a nijak zvlášť jsem se o to nezajímala. Měla jsem informace od maminky a kamarádek a ty se mi zdály dostačující. Neměla jsem potřebu více informací shánět. Nejsem přeci lékař ani porodní asistentka, takže nevím, proč bych o tom měla vědět.

Byla jste u porodu nastřižená?

Ano, u prvního porodu jsem to zjistila, až když mě šili a u druhého porodu jsem byla nastřižená jen málo a paní doktorka se mě před tím zeptala, zda s tím souhlasím. Samozřejmě, že jsem s tím souhlasila, určitě to bylo potřeba, jinak by to paní

doktorka nedělala. Neměla jsem s tím problém, vždyť to přeci vůbec nebolí a porod byl rychleji za mnou. Byla jsem s tím moc spokojená.

Jaký je Váš postoj k epiziotomii?

Já s tím naprosto souhlasím. Vždyť je to potřeba. Když jsem rodila poprvé, tak mi řekli, že mi to pomůže zkrátit tlačení. U druhého porodu o tom se mnou více mluvili, ale co já vím, jestli to je potřeba nebo ne. Věřila jsem lékařce, která vedla můj porod. Určitě mi nevadilo, že mě u obou porodů nastříhli, nemám žádné problémy.

Máte pocit, že je v porodnicích epiziotomie prováděna rutinně?

Asi se nástřih hráze dělá často, ale kdo potom může posoudit, zda byl potřeba nebo ne. Lékař přece vždy ví, proč ho udělal a myslím si, že zbytečně to určitě nebude. Pochybuji, že je to někde jinak, všude se snaží porod ženě ulehčit.

Zjišťovala jste během těhotenství nějaké informace o možnosti prevence poranění v oblasti hráze?

O tohle jsem se nikdy nezajímala, ani nevím, k čemu je to dobré. Když vás stejně nastříhnou, není potřeba nějaká prevence. Ale od kamarádek jsem o tom slyšela. Stejně všechny nastříhli, jako mě.

Byly Vám nějaké informace o možnosti prevence poranění hráze poskytnuty již během prenatální péče v poradně? Od porodní asistentky či lékaře?

O tomhle se mnou nikdo nemluvil. Ani jsem se o to nezajímala. Přece ani není možné poranění předejít, nikdo dopředu neví, jak porod bude probíhat. Možná, kdybych měla všechny informace, tak bych se porodu daleko více bála.

Navštěvovala jste předporodní přípravu?

Nenavštěvovala, jsem z menšího města a asi bych musela dojíždět, protože u nás nic takového, si myslím, není a ani nevím, k čemu je předporodní příprava dobrá, vždyť co jsem potřebovala vědět, jsem se dozvěděla v porodnici těsně před porodem. Určitě bych všechny ty informace stejně zapoměla a navíc si myslím, že čím více informací bych věděla, tím více bych se bála. Takhle jsem věděla, do čeho jdu, jen díky mamince a kamarádkám, které mi říkaly, jaké to je, že to bolí a tak.

Znáte některé metody jak předejít porodnímu poranění v oblasti hráze?

Nikdy jsem se něčemu takovému nevěnovala. Přišlo mi to zbytečné. Takže asi neznám. Víím, že mi lékař po prvního porodu říkal potom na šestinedělí, že mě museli nastříhnout, aby se prý předešlo většímu poranění a urychlilo mi to tlačení. U druhého porodu mi paní doktorka nějak pomáhala rukama, ale nakonec mě stejně trochu nastříhla, syn měl skoro čtyři kila. Tak možná ten nástřih.

Věnovala jste se těmto metodám, které mohou předejít poranění hráze v průběhu prvního či druhého těhotenství?

Ne, tomu jsem se opravdu nevěnovala ani při jednom těhotenství. Neměla jsem ponětí, že tohle někdo dělá. Moc to nechápu, ale je to každého věc. Určitě to ani moc fungovat nebude, spíše mi to přijde, jako ztráta času.

Zdá se Vám tedy, že jsou metody neúčinné?

Asi to moc fungovat nebude, ale nevím, já jsem to ani během jednoho těhotenství nedělala a porodila jsem normálně. Jen musím říct, že i kdyby mi to někdo poradil jako zaručený recept, tak bych žádné takovéhle věci nepodstoupila.

Věnovala se Vaše porodní asistentka nebo lékař v průběhu porodu těmto metodám (masáž hráze, použití Dianatal gelu, výběr vhodné porodní polohy) přistupovali k prevenci poranění aktivně?

U prvního porodu se semnou nikdo moc nebavil, přijali mě na porodní pokoj a tam jsem byla, dokud mě nevzali na porodní sál. Nabídli mi akorát sprchu a míč. Já jsem ale také nic víc nevyžadovala, jak říkám, neměla jsem moc tušení, do čeho jdu. Vlastně mi nenabídli ani nic na bolest, i když jsem si o to žádala. Takže jsem měla celkem velké bolesti a byla jsem ráda, že je porod za mnou. Na porodním sále jsem ležela na zádech s nohama v těch „držákách“ a nebylo to moc příjemné.

U druhého porodu mi bylo nabídnuto mnohem více věcí, od sprchy po vanu, míče, žíněnkou, pak nějaký závěs, ale moc jsem toho nevyžívala. Spíše jsem byla ráda, že se mě zeptali, zda nechci, aby mi píchli „epidurál“. Paní doktorka mi vysvětlila, jak to bude probíhat a jak to funguje. Takže jsem ani na minutu neváhala, byla jsem vážně ráda, že mi to nabídli, já sama jsem nevěděla, že tohle se dělá i u normálního porodu. Co mi taky dost vyhovovalo, bylo to, že jsem mohla být při tlačení v polosedě. Myslím si, že to mi docela pomohlo tláčit. Jen Vám asi nedokážu

říct, zda to byla prevence toho, aby mě nemuseli nastříhnout nebo ne. Myslím si, že u druhého porodu byla porodní asistentka i lékařka hodně aktivní a asi proto mě mohli jen málo nastříhnout.

Nabídla Vám porodní asistentka nebo lékař některou z těchto metod v průběhu těhotenství a porodu? Vysvětlila Vám podstatu těchto metod?

Ani během jednoho těhotenství mi nebylo nic takového nabídnuto ani vysvětleno, ale myslím si, že jen proto, že jsem o to stejně neměla zájem. Jinak u prvního porodu mi nikdo vůbec nic neříkal a u druhého porodu mi nabídli to, co jsme Vám již popisovala.

Přistupovala jste k oběma těhotenství stejně - co se týče předporodní přípravy?

Ani na jeden porod jsem se nijak nepřipravovala. Vždyť každá žena by měla porod zvládnout. Samozřejmě jsem se prvního porodu více bála. Netušila jsem, jestli to zvládnu a jak to bude probíhat. Musím říct, že mi trochu chyběly všechny ty informace, co jsem dostala u druhého porodu. Proto jsem si pak vybrala jinou porodnici. Ale k oběma těhotenstvím a porodům jsem přistupovala stejně. Nijak zvlášť jsem se nepřipravovala, přišlo mi to zbytečné.

Ovlivnil Vás průběh prvního porodu vzhledem k předporodní přípravě u druhého těhotenství?

Určitě mě to ovlivnilo v jiném výběru porodnice, ale tohle pro mě bylo dostačující. Nějak jsem neměla pocit, že mám něco dělat jinak. Vždyť první porod proběhl úplně normálně a tak jsem se nemusela bát ani druhého. V přípravě na porod mě to určitě nijak neovlivnilo, byla jsem s prvním porodem spokojená, až na tu porodnici, ale to šlo u druhého porodu změnit. Žádnou přípravu jsem nedělala před prvním ani před druhým porodem. Byla jsem smířená s tím, že nástřih hráze mi provedou i u druhého porodu, tak proč se zabývat nějakou prevencí.

9.2 Rozhovor číslo 2.

Prosím Vaše iniciály - ZM

Věk - 28

Vzdělání - vysokoškolské

Datum prvního porodu - 2007

Datum druhého porodu - 2010

Prosím uveďte, kde jste rodila poprvé - doma

Prosím uveďte, kde jste rodila podruhé - doma

Proč jste se rozhodla pro porod v domácím zařízení?

Pro první porod doma jsem se rozhodla společně s manželem po návštěvě spádové porodnice. Byla to velmi silná negativní zkušenost. Věděli jsme, že to záleží hlavně na lidech a že to může být i jinak, dokonce jsme hledali jinou porodnici, ale myšlenka domácího porodu nás už neopustila.

U druhého těhotenství jsme byli od začátku rozhodnutí, ale samozřejmě jsme měli vyhledanou nejprátelejší porodnici v okolí a zajištěnou porodní asistentku.

Měla jste již během prvního těhotenství povědomí o tom, že během porodu může dojít k poranění v oblasti hráze?

Ano, to jsem měla. Informace o porodu jsem si začala zjišťovat již brzy po otěhotnění. Pro mne a mého manžela bylo velice důležité mít hodně informací. Při rozhodování, zda budu rodit doma, nám toto všechno moc pomohlo.

Věděla jste, že se provádí epiziotomie (nástřih hráze)?

Ano, samozřejmě. Epiziotomie je dnes hodně rozšířený zákrok, který je velice diskutabilní a kontroverzní. Nikdy jsme se nesmířila s myšlenkou, že bych měla rodit v porodnici, kde by se mne nikdo nezeptal, zda bych si tento zákrok přála.

Jaký je Váš postoj k epiziotomii?

Za sebe jsem měla v každém případě v porodním plánu, že si ji nepřěji. Myslím, že se stala zbytečně rutinní záležitostí a navíc hodně žen trpí po tomto zákroku po celý život. Doporučení WHO také mluví spíše proti tomuto zásahu.

Máte pocit, že je v porodnicích epiziotomie prováděna rutinně?

Určitě ano. Dnes ani není vyžadován písemný souhlas s tímto zákrokem. Nikdo se ženy nezeptá, zda s tím souhlasí a automaticky jí nástřih udělají. Já bych určitě nedala k tomuto zákroku souhlas.

Zjišťovala jste během těhotenství nějaké informace o možnosti prevence poranění v oblasti hráze?

Ano, samozřejmě zjišťovala. Tyto informace pro mne byly, velice důležité, abych se mohla na porod připravit. Porodní asistentka mi doporučila literaturu, spíše alternativní a mne vyhovovala.

Kde jste sháněla informace?

Z literatury, ale spíše alternativní, i když, jak už jsem říkala, WHO také rutinní nástřihy nedoporučuje. Poté hlavně zkušenosti kamarádek, které už rodily a dost mi pomohla podpora soukromé porodní asistentky, stejně jako moje vlastní zkušenost.

Byly Vám informace poskytnuty v rámci prenatální poradny? A přišly Vám dostačující?

Informace jsem dostala od soukromé porodní asistentky, kterou jsem navštěvovala od počátku těhotenství až do porodu a také v šestinedělí. Informace mi byly podávány v průběhu celého těhotenství a také v počátku porodu. Ano, určitě mi tyto informace přišly dostačující. Porodní asistentka mi všechno ráda několikrát vysvětlila a shodly jsme se také na výběru literatury, která mě zásadně ovlivnila.

Navštěvovala jste předporodní přípravu?

Ano, u obou těhotenství. Předporodní přípravu vedla porodní asistentka, která mě provázela celým těhotenstvím a také oběma porody. Vyhovovalo mi, že porodní asistentka měla čas opravdu jen na mě. Vždy jsem pro ni měla připravené dotazy a na ty mi individuálně odpovídala.

Znáte některé metody jak předejít porodnímu poranění v oblasti hráze?

Ano, znám, některé jsem využila při vlastním porodu a musím říct, že mi při porodu opravdu hodně pomohly. Například masáž hráze během těhotenství, vhodná

poloha při porodu, pomoc např. porodní asistentky v závěrečné fázi porodu, plynulé tlačení podle pocitů rodičky a ne podle povelů personálu.

Věnovala jste se těmto metodám v průběhu obou těhotenství?

Ano, u obou těhotenství jsem používala masáž hráze a samozřejmě jsem si zvolila vhodnou polohu na dobu tlačení. Při druhém těhotenství jsem se masáži hráze věnovala o trochu méně než u prvního těhotenství, neměla jsem již tolik času, ale na efekt prevence to nemělo vliv.

Můžete tyto metody zhodnotit jako přínosné?

Určitě ano. Vzhledem k tomu, že oba porody proběhly bez jakéhokoli poranění hráze. Za to vděčím porodní asistentce, ale i masáži hráze, kterou jsme s manželem pravidelně prováděli. Hráz byla pružná a měkká. Při závěrečné fázi prořezávání hlavičky mi porodní asistentka pomohla, aby poranění zamezila úplně.

Věnovala se Vaše porodní asistentka v průběhu těhotenství metodám prevence, přistupovala k prevenci poranění aktivně?

K prevenci přistupovala velmi aktivně. Vše mi důkladně a do detailu vysvětlila a odkázala na literaturu, pro případ, že bych si chtěla ještě něco ujasnit. S porodní asistentkou jsme měly vždy dostatek času, abychom vše probraly, tak jak jsme potřebovala. Vždy jsme o všem diskutovaly a našly řešení, které mi vyhovovalo, a porodní asistentka mi ho doporučila.

Věnovala jste se společně s porodní asistentkou metodám prevence i v průběhu porodu? Byl tento přístup aktivní?

Při prvním porodu mě porodní asistentka nechala projít závěrečnou fází, dle mého pocitu a jak jsem to cítila. Sama jsem si mohla zvolit tempo tlačení a nijak na mne nespíchala. Při druhém porodu mi masírovala hráz, i když to nebyla úplně masáž, ale spíše mi hráz přidržovala a roztahovala. Druhý porod šel velmi rychle a tak mi porodní asistentka musela pomoci, abych nebyla poraněná.

Přistupovala jste k oběma těhotenství stejně - co se týká přípravy na porod?

Ano, i když při druhém těhotenství jsem těchto metod využívala méně, přece jen už jsem byla zkušenější, ale hlavně jsem měla méně času. Už jsem se tím tolik

nezaobírala, ale nemělo to žádný vliv na druhý porod. I druhý porod proběhl naprosto bez problémů.

Ovlivnil Vás průběh prvního porodu vzhledem k předporodní přípravě u druhého těhotenství?

Ano, první porod byl pro mě a manžela krásný, nepřekonatelný zážitek, který ovlivnil nejen rozhodnutí v následujícím těhotenství, ale celý náš život. I při krásném harmonickém porodu jsem si prožila svoje bolestivé stránky, které jsem nějakou dobu zpracovávala. Pocit studu, hanby, nedocení, selhání, ale to patřilo k věci a tato zkušenost mi pomohla nenásilně tyto pocity zažít a časem pochopit. Neumím si představit, že bych je musela zažívat v porodnici. Jsem vděčná svojí porodní asistentce, že mě provedla vstupní bránou k mateřství.

U druhého těhotenství bylo mnoho věcí jasnějších. Přesně jsem věděla, co potřebuji. Moc mi prakticky i emocionálně pomáhaly pravidelné těhotenské poradny u porodní asistentky.

10 DISKUSE

Téma bakalářské práce „Jak předcházet poranění v oblasti perinea při porodu“, jsem si vybrala na základě svého pozorování přístupu žen k preventivním metodám. Při odborné praxi na porodním sále jsem se často setkávala s ženami, které se o prevenci zajímají, ale i s těmi, které o takové možnosti nevědí nebo se o to nezajímají. Proto jsem se ve své práci zaměřila na přiblížení anatomie porodních cest, na druhy poranění v oblasti hráze, na dostupné preventivní metody, péči o poranění, ale také na faktory, které hojení poranění mohou ovlivňovat. Všechny tyto faktory se při vzniku poranění musejí zohlednit.

Ve své práci jsem vycházela z výzkumů primáře gynekologicko - porodnického oddělení Fakultní nemocnice Plzeň MUDr. Vladimíra Kališe PhD., který se touto problematikou zabývá. V jeho výzkumech se objevují studie, které se zabývají například polohou rodičky při porodu, metodami prevence, epiziotomií, suturou a péčí o rupturu perinea. Dále se zabývá délkou hráze, která může ovlivnit vznik poranění hráze při porodu. Ovšem v žádném svém výzkumu se nezabývá informovaností žen o preventivních metodách. Proto se v bakalářské práci zaměřuji na to, zda si ženy zjišťují informace, zda si je vyhledávají samy, nebo jsou jim nabídnuty porodní asistentkou či porodníkem. Déle jsem zjišťovala, zda ženy metody prevence používaly. Zajímala jsem se i o to, zda ženy ovlivnila zkušenost z předchozího porodu a zda změnily svůj přístup.

Při psaní kapitoly o faktorech, které ovlivňují hojení rány, jsem čerpala od zahraničního autora Dinaha Goulda, který se zabývá péčí o poranění, při své diagnostice a léčbě poranění se zaměřuje na vnější a vnitřní faktory, které mohou ovlivňovat hojení rány. Jeho přístup k ženám je komplexní a péče vždy cílená. Tuto zahraniční literaturu jsem používala zejména pro její ucelenost.

Pro svůj kvalitativní výzkum jsem si vybrala dvě ženy, který mají odlišný přístup k prevenci poranění, k péči v těhotenství i k porodu. Ženy mi poskytly rozhovor, z něhož jsem získávala informace, které zde prezentuji.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda jsou ženy informované o možných poraněních v oblasti perinea. První rozhovor jsem vedla s paní TL, která je „technicky“ založená a k porodu přistupuje pasivně. Během obou těhotenství si žádné informace o možných poraněních nezjišťovala. Její těhotenství bylo vedeno porodníkem za asistence porodní asistentky v běžné prenatalní poradně. Paní TL neprojevila zájem

v prenatalní poradně o metody prevence. Informace, které jí byly poskytnuty a z kterých vycházela, jí sdělila maminka a kamarádka. U obou porodů jí byla provedena epiziotomie, ovšem pouze u druhého porodu na základě jejího ústního souhlasu. Druhý rozhovor jsem vedla s paní ZM, která je zaměřená „alternativně“ a k celému těhotenství i porodu přistupovala velice aktivně. Během obou těhotenství si zjišťovala informace o metodách prevence, vždy je konzultovala se soukromou porodní asistentkou. Metody, které společně vybraly a paní ZM vyhovovaly, následně používala až do porodu. Během těhotenství navštěvovala soukromou porodní asistentku a od té získávala informace, také čerpala z alternativní literatury a od kamarádek. K porodu měla připravený porodní plán a ani u jednoho porodu si nepřála provedení epiziotomie. Porod probíhal v domácím prostředí a vedla ho soukromá porodní asistentka.

Informovanost žen je závislá na jejich přístupu. Každá žena k těhotenství a porodu přistupuje individuálně. Paní ZM měla při svém prvním i druhém těhotenství zájem o co nejpřirozenější porod a proto se po celou dobu těhotenství snažila získávat informace o metodách prevence. Použití těchto metod, jako je masáž hráze, konzultovala se svou porodní asistentkou, která paní ZM vždy poradila, vyslechla její názor a o poté o metodách prevence diskutovaly. Paní ZM během obou těhotenství používala masáž hráze. Porod si žena přála přirozený, bez zásahů porodní asistentky. Žena si na druhou dobu porodní zvolila polohu, která jí vyhovovala a porodní asistentka při ní mohla mít přehled o průběhu porodu. Tlačení si žena řídila sama a intuitivně. Při obou porodech žena předešla poranění v oblasti hráze. Při druhém porodu byla ženě porodní asistentka nápomocná a při tlačení chránila hráz, aby zamezila poranění perinea.

Paní TL si pro první porod vybrala Oblastní nemocnici Příbram. Během těhotenství si žádné informace o metodách prevence nezjišťovala. Informace, které žena měla, získala od maminky a kamarádky. Tyto informace ženě stačily a další si již nedohledávala. V prenatalní poradně ženě nebyly od porodní asistentky ani od porodníka žádné informace nabídnuty. Paní TL je technicky založená, a pokud by jí byly metody prevence doporučeny, nevyužila by jich. První porod byl veden v poloze vleže na zádech, kdy nohy žena měla připoutané v „šautech“. Epiziotomie byla provedena bez jejího souhlasu, jako prevence ruptury perinea. Pro druhý porod si žena vybrala Nemocnici Hořovice. Ani u tohoto těhotenství si žena nezjišťovala informace o metodách prevence a nebyly jí nabídnuty od porodníka ani porodní

asistentky v prenatální poradně. Druhý porod byl veden v poloze vpolosedě, kdy si žena sama při tlačení držela dolní končetiny pod kolena. Porodník se snažil předejít poranění perinea tím, že chránil hráz, ale nakonec zvolil po souhlasu rodičky epiziotomii, aby předešel ruptuře perinea. Paní TL s epiziotomií souhlasila a byla tomuto zákroku nakloněna.

Paní ZM byla o možných poraněních v oblasti perinea při porodu informována velice dobře, za to paní TL informace o tomto tématu neměla skoro žádné, nebo takové, které získala od maminky a kamarádek, dle mého názoru nedostačující a zavádějící. Přístup k celému těhotenství a porodu je vždy rozhodující. Žena, která se rozhodne být aktivní a při řízení svého porodu spolupracovat s porodníkem a porodní asistentkou, má zájem o informace větší a je ochotná tyto metody využívat. Tato žena k prevenci přistupuje aktivně. Žena, která nemá zájem být aktivní, nechce se podílet při rozhodování a plně důvěřuje porodníkovi, si zjišťuje minimum informací, nebo žádné. Pokud by jí tyto metody byly nabídnuty a doporučeny, nejspíše by jich nevyužila. Tato žena k prevenci přistupuje pasivně.

Obě ženy byly informované o tom, že se během porodu může provést epiziotomie. Ovšem obě k tomuto zjištění přistupovaly rozdílně. Paní TL s tímto zákrokem souhlasila a nikdy nepřemýšlela o možnosti tomuto zákroku předejít. Paní ZM je zásadně proti nástřihu hráze a v porodním plánu vždy měla, že si provedení epiziotomie nepřeje. Při obou těhotenství se snažila používat preventivní metody, aby nemuselo k nástřihu hráze dojít. Obě ženy také vnímají provádění epiziotomie v českých porodnicích, jako rutinní zákrok, ale opět na to mají jiný názor. Paní TL si sice myslí, že se epiziotomie provádí často, ale se zákrokem souhlasí a věří, že se nástřih hráze u porodu nedělá zbytečně. Paní ZM si jednoznačně myslí, že epiziotomie je prováděná rutinně a ve velké míře a s tímto zákrokem nesouhlasí. Dále je zastánce myšlenky, že epiziotomie ženu poškozuje v dlouhodobé perspektivě.

Druhým cílem práce bylo zjistit, zda ženy znají metody, jak předcházet poranění v oblasti perinea. Paní TL žádné preventivní metody neznala. Prevence jí nepřipadala důležitá, proto se o ni nezajímala. Paní ZM metody prevence nejen znala, ale také používala. Tento způsob dlouhodobé prevence pro ni byl důležitý, dával jí pocit připravenosti na porod a zvyšoval šance na průběh přirozeného porodu. Soukromá porodní asistentka paní ZM vždy dala dostatek informací k preventivním metodám. Diskutovaly a vybíraly společně metody, které ženě nejvíce vyhovují a porodní

asistentka s nimi má zkušenost. Paní ZM si při obou těhotenství masírovala hráz, tato preventivní metoda jí vyhovovala nejvíce. Jako preventivní metodu u porodu samotného, žena zvolila vhodnou polohu, která jí vyhovovala a dávala porodní asistence možnost průběh porodu sledovat. V závěrečné fázi porodu plodu si zvolila plynulé a intuitivní tlačení. Paní TL metody prevence nepoužívala, proto nemohla zhodnotit, zda jsou přínosem nebo ne. U obou porodů jí byla provedena epiziotomie. Paní ZM metody prevence používala a tak je mohla zhodnotit. Jednoznačně uvedla, že pro ni byly přínosné. Oba porody proběhly v domácím prostředí za asistence soukromé porodní asistentky, která do průběhu prvního porodu nezasahovala. U druhého porodu byla ženě porodní asistentka nápomocná a při závěrečné fázi porodu chránila hráz, aby nedošlo k poranění. Žena oba porody zvládla bez vzniku poranění v oblasti perinea.

Třetím cílem práce bylo zjistit, zda jsou ženy ovlivněny zkušeností z předchozího porodu v přístupu k prevenci poranění v oblasti perinea. Paní TL byla zásadně ovlivněna při výběru porodnice pro druhý porod. Při prvním porodu žena nebyla spokojená s přístupem personálu, proto si pro svůj druhý porod vybrala jiné zdravotnické zařízení. Ovšem přístup k prevenci poranění v oblasti perinea při porodu se u ní nezměnil. Měla pocit, že když první porod proběhl dobře a bez komplikací, je zaručené, že druhý porod bude probíhat stejně. Paní TL byla zcela smířená s tím, že nástřih hráze jí bude proveden i u porodu druhého. Ani během druhého těhotenství se nesnažila tuto skutečnost ovlivnit. Paní ZM byla ovlivněna hlavně emocionálně. Takto harmonicky vedený porod, kdy byl přítomen pouze manžel a porodní asistentka, které žena věřila a setkávala se s ní po celou dobu těhotenství, byl pro paní ZM velmi přínosný. Žena si prožila všechny své bolestivé stránky, se kterými se postupem času dokázala vyrovnat a za velké pomoci soukromé porodní asistentky pochopila podstatu mateřství a ženství. Společně s manželem je první porod ovlivnil nejen v přístupu k druhému těhotenství, ale i k celému životu. Tento zážitek jim dal nové zkušenosti a posílil je. Pro paní ZM a jejího manžela bylo u druhého porodu všechno jasnější. Žena měla metody prevence již vyzkoušené a naučené, proto již věděla, co potřebuje a co jí vyhovuje. Soukromá porodní asistentka paní ZM pomohla všechny negativní i pozitivní pocity vstřebat a zažít. Byla jí vždy nejen emocionální podporou.

ZÁVĚR

V této práci se zabývám tématem, jak předcházet poranění v oblasti perinea při porodu. Bakalářskou práci jsem zaměřila na metody preventivní, dále jsem se zajímala o informovanost žen, zda metody prevence znají a zda je používají. Také jsem se zajímala o to, zda jsou ženy ovlivněny zkušeností z předchozího porodu v přístupu k prevenci u těhotenství druhého. Zvolila jsem si formu kvalitativního výzkumu, kdy jsem záměrně zvolila dvě zcela odlišné ženy. Ženy, které mají jiný pohled na těhotenství a porod a zvláště na aktivitu v těhotenství a u porodu.

Domnívám se, že odlišný přístup žen k prevenci poranění je tak trochu předdefinován dnešním moderním porodnictvím. Pokud se žena chce aktivně podílet na prevenci poranění hráze a nemá soukromou porodní asistentku, musí si veškeré informace vyhledat sama. Bohužel v běžné prenatalní poradně není v moci porodníka ani porodní asistentky ženě veškeré tyto metody popisovat, podávat výčet pozitiv a negativ. Proto si myslím, že do gynekologické ambulance jak soukromé, tak v rámci nemocničního zařízení, by bylo vhodné umístit edukační materiál s těmito metodami prevence. Každá preventivní metoda by byla stručně popsána s výhodami a nevýhodami a edukační materiál by obsahoval také jasné obrázky, jak metody prevence provádět. Pokud by žena tento edukační materiál měla a měla zájem aktivně se podílet na prevenci poranění, mohla by se následně porodníka a porodní asistentky doptávat na již konkrétní věci, které jí zajímají. Žena by tento edukační materiál měla doma neustále k nahlédnutí. Tudíž nehrozí, že žena informace zapomene, jak se často stává, pokud navštěvuje předporodní přípravu, kde se jí dostává velkého množství informací najednou.

Myslím si, že žena, která získá plnohodnotné informace o pozitivních a negativních preventivních metodách, se následně může rozhodnout, zda tyto metody přijme a bude se prevencí věnovat, či nikoli. Samozřejmě tyto metody nejsou vždy vhodné, ne každá těhotná žena je může používat, nejsou vhodné ani pro každou rodičku ve druhé době porodní, při jistých komplikacích není možné, aby si žena sama zvolila vhodnou polohu a tlačila intuitivně. Tyto metody nelze paušalizovat na všechny ženy.

V dnešních, moderně zařízených porodnicích, je již možné, aby si žena sama u fyziologického porodu zvolila polohu, která jí nejvíce vyhovuje. S tímto výběrem by jí měla pomoci porodní asistentka, která by ženě měla doporučit vhodnou polohu.

Porodní asistentka má již zkušenosti a může tak být ženě nápomocná, rozpozná případná rizika, při kterých není vhodné volit alternativní polohy. Pro ženu by měla být oporou, rádcem a partnerem.

Tato práce pro mne byla jistou sebereflexí. Kladu zde důraz na doplnění určitých informací, zvláště v péči o „alternativní“ rodičku. Byla pro mne neuvěřitelná zkušenost mluvit se ženou, která se nebála domácího porodu a stála si za svým rozhodnutím. V dnešní době je téma domácích porodů velmi kontroverzní. Dokonce padla již první obvinění z těžkého ublížení na zdraví. Můj názor na domácí porody byl vždy dosti černo – bílý. Nikdy jsem nebyla zastánkyní takto vedených porodů. Dalo by se říci, že jsem ženy, které se rozhodly родit doma, brala jako nezodpovědné a sobecké. Ovšem setkání a vedení rozhovoru s paní ZM mi pomohlo na celou tuto problematiku nahlížet trochu jinýma očima. Nemohu říci, že by se můj názor změnil, pořád nejsem zastánce porodů doma, ale určitě se změnilo nahlížení na ženy, které si tuto cestu zvolí. Byla jsem sama překvapena, jak je žena vyrovnaná, spokojená a zcela „normální“.

Tato práce mi dala možnost poznat nové lidi s jinými názory a životními zkušenostmi a možnost pochopit, co vedlo ženu a její rodinu k tomuto rozhodnutí. Setkání s oběma ženami mne osobně velice obohatilo a doufám, že své poznatky budu moci využít ve své budoucí praxi. Ráda bych své poznatky věnovala k vytvoření edukačního letáku.

SEZNAM LITERATURY

1. ČECH, Evžen. a kol. *Porodnictví*. 2. Přepřacované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. ČEKAL, Miloš a ŠULC, Jan. *Průvodce ženy jiným stavem*. 4. vydání. Pohořelice: Československý spisovatel, 2010. 169 s. ISBN 978-80-87391-39-6.
3. DOLEŽAL, Antonín. a kol. *Porodnické operace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
4. GOLDBERG, Jay and SULTANA, Carmen. Prevence poranění perinea v průběhu porodu. *Gynekologie po promoci*, 2004, roč. 4, č. 6, s. 12-15. ISSN 1213-2578.
5. GOULD, Dinah. Perineal tears and episiotomy. *Nursing Standard*. 2007, Vol. 21, Iss.52, p. 41-46. ISSN 0029-6570.
6. CHOPRA, Deepak. *Magické začátky okouzlené životy*. 1. vydání. Praha: Knižní klub, 2006. 257 s. ISBN 80-242-1785-6.
7. KALIŠ, Vladimír. a kol. Masáž perinea před nebo při porodu. *Gynekolog*, 2007, roč. 16, č. 2, s. 77-81. ISSN 1210-1133.
8. KALIŠ, Vladimír. a kol. Poloha matky při porodu a poranění perinea. *Česká gynekologie*, 2007, roč. 70, č. 1, s. 30-36. ISSN 1210-7832.
9. KALIŠ, Vladimír. a kol. Délka hráze a porodní poranění. *Česká gynekologie*, 2005, roč. 70, č. 5, s. 355-361. ISSN 1210-7832.
10. KALIŠ, Vladimír. a kol. Sutura ruptury perinea 3. a 4. stupně. *Česká gynekologie*, 2010, roč. 75, č. 4, s. 284-291. ISSN 1210-7832.
11. KALIŠ, Vladimír. a kol. Ruptura perinea 3. stupně a/nebo anální inkontinence po prvním porodu: Riziko a management druhé gravidity. *Praktická gynekologie*, s. 33-35. ISSN 1211-6645. Copyright © 2011, [online] . [cit. 13.02.2012].
dostupné na www:
<http://www.praktickagynekologie.cz/prakticka-gynekologie-clanek?ida=1084>.
12. KARBANOVÁ, Jaroslava. a kol. Mediolaterální epiziotomie a poranění análního sfinkteru. *Česká gynekologie*, 2009, roč. 74, č. 4, s. 247-251. ISSN 1210-7832.
13. KUBINCOVÁ, Zita. *Problematika poranění ženy za porodu*. Zlín: 2008. 92 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
dostupné online na www:
http://dspace.knihovna.utb.cz/bitstream/handle/10563/5344/kubincov%C3%A1_2008_bp.pdf?sequence=1.

14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
15. MARYŠKOVÁ, Andrea. Možnosti zlepšení prevence poranění hráze. *Sestra*, 2010, roč.20, č. 3, s. 80-81. ISSN 1210-0404.
16. MPC INTERNATIONAL S.A. *DIANATAL obstetric gel - Příbalový leták*, 2008, s. 23-25. CE 0197.
17. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vydání. Praha: Galén, 2009. 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
18. ROZTOČIL, Aleš. a kol. *Moderní Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
19. ŠTĚPÁN, Jiří. a kol. Porodní poranění a anální inkontinence v dlouhodobé perspektivě. *Česká gynekologie*, roč. 75, č. 1, s. 4-8. ISSN 1210-7832.
20. VELEMÍNSKÝ, Miloš. Epiziotomie a porodní poranění hráze. In: *eAmos* [online].[cit. 18.12.2011] České Budějovice: Jihočeská univerzita, Copyright © 2002-2011. Dostupné z [www](http://www.eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/16.pdf):
http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/16.pdf
21. VLK, Radovan. Komentář k článku „Prevence poranění perinea v průběhu porodu“ na s. 12-15. *Gynekologie po promoci*, 2004, roč. 4, č. 6, s. 16-17. ISSN 1213-2578.
22. VODIČKOVÁ, Jana. *Poranění žen při porodu*. České Budějovice: 2010. 72 s. Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
dostupné online na [www](http://theses.cz/id/mfeubd/downloadPraceContent_adipIdno_16731):
http://theses.cz/id/mfeubd/downloadPraceContent_adipIdno_16731
23. WHO. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. [online]. [cit. 16.02.2012] Copyright © 1999. dostupné na [www](http://www.who.int):
http://aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf
24. ZÁHUMENSKÝ, Josef. Komentář k článku „Závažné porodnické poranění a anální inkontinence“ na s. 292-296. *Česká gynekologie*, 2010, roč. 75, č. 4. ISSN 1210-7832.
25. ZWINGER, Antonín. a kol. *Porodnictví*. 1 vydání. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

art. - articulatio

a. – arteria

m. – musculus

n. – nervus

WHO - World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Rozdělení epiziotomií

Příloha 2: Epiziotomie

Příloha 3: Ruptura perinea I. stupně

Příloha 4: Ruptura perinea II. stupně

Příloha 5: Ruptura perinea III. stupně (poranění análního sfinkteru) a jeho sutura

Příloha 6: Chránění hráze

Příloha 7: Masáž hráze

Příloha 8: EPI-NO balonek

Příloha 9: Dianatal gel

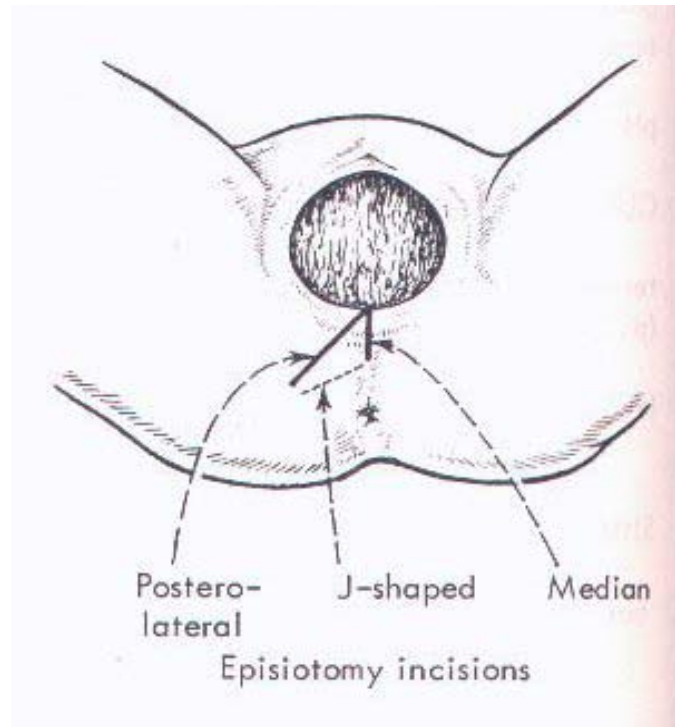
Příloha 10: Pudendální analgezie

Příloha 11: Polohy rodičky při porodu

Příloha 12: Návrh edukačního letáku

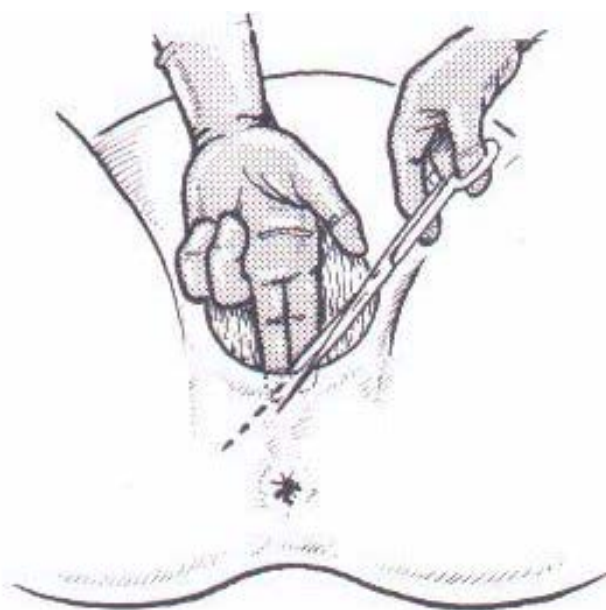
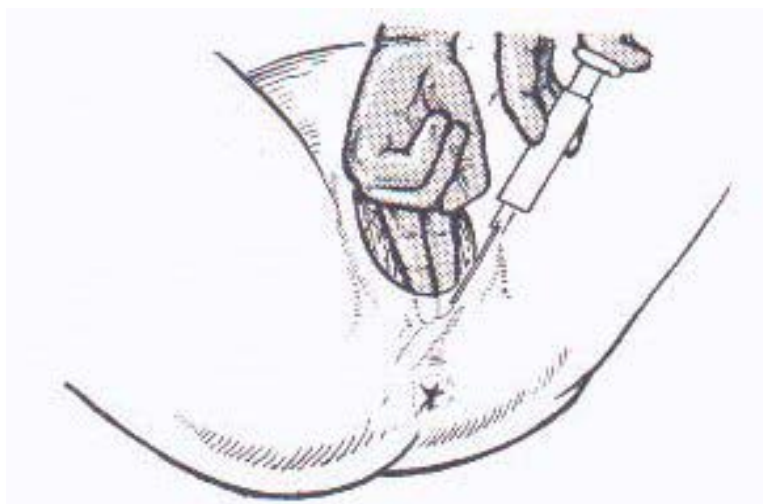
11 PŘÍLOHY

Příloha 1: Rozdělení epiziotomií



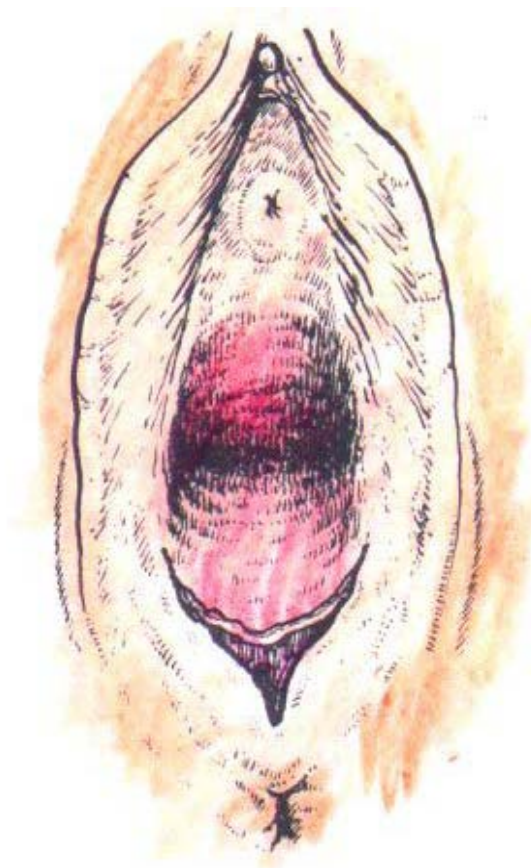
Zdroj: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/16.pdf

Příloha 2: Epiziotomie



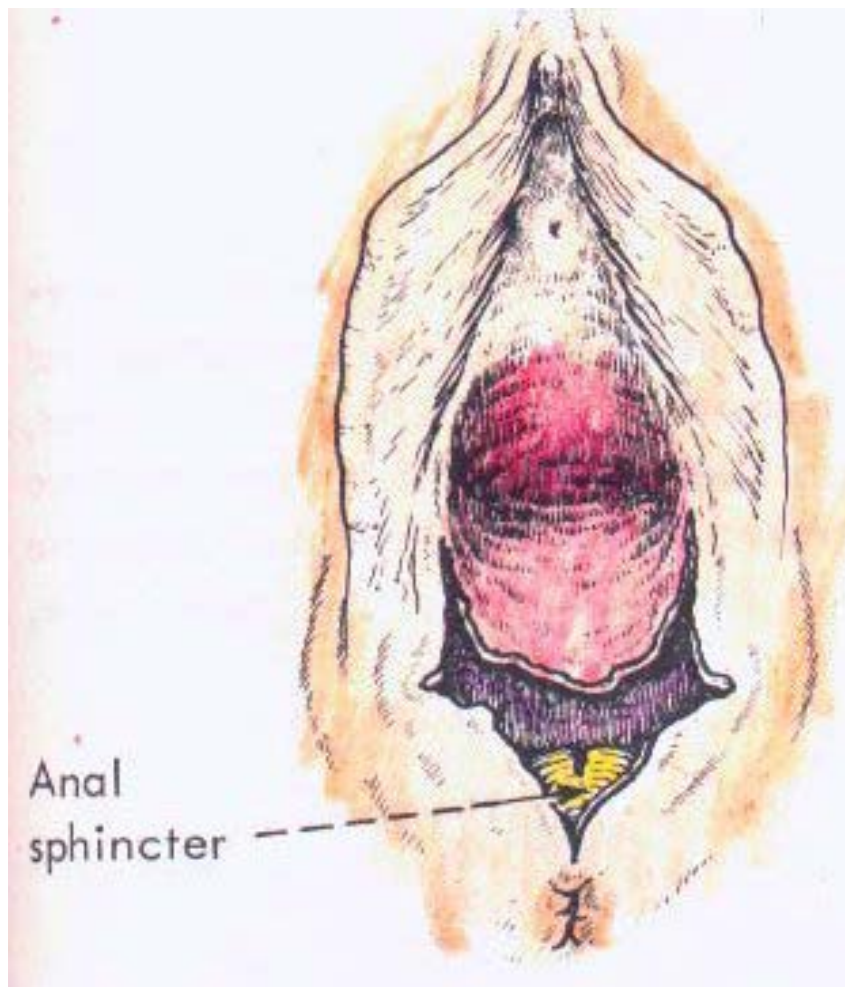
Zdroj: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/16.pdf

Příloha 3: Ruptura perinea I. stupně



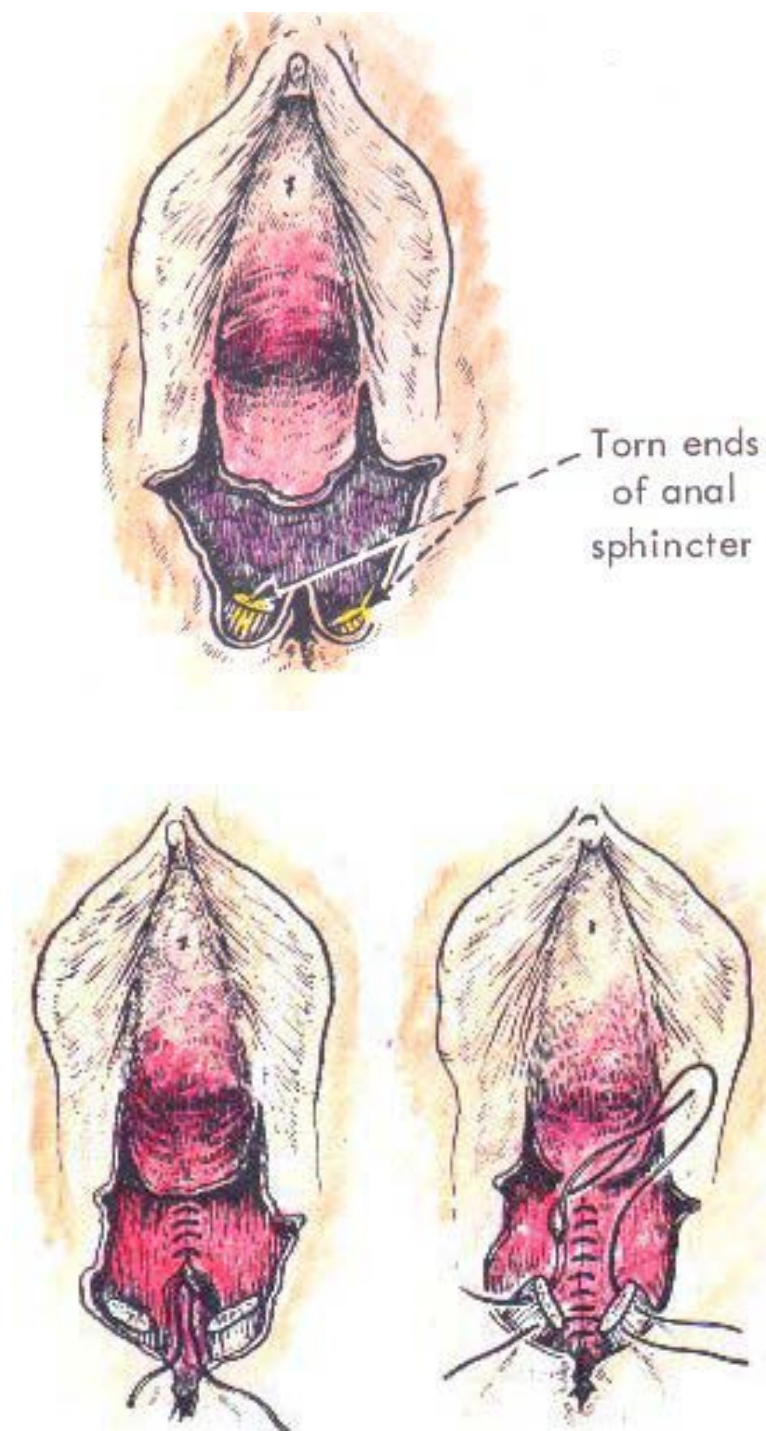
Zdroj: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/16.pdf

Příloha 4: Ruptura perinea II. stupně



Zdroj: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/16.pdf

Příloha 5: Ruptura perinea III. stupně (poranění análního sfinkteru) a jeho sutura



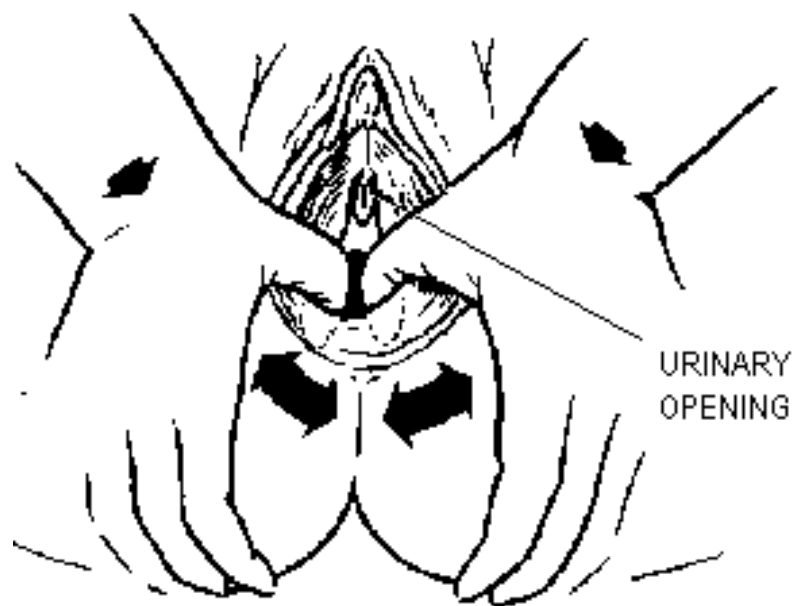
Zdroj: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kpk/externi/kpk_1408/16.pdf

Příloha 6: Chránění hráze



Zdroj: <http://www.gyne.cz/fotogalerie/porodploduaplacenty.htm>

Příloha 7: Masáž hráze

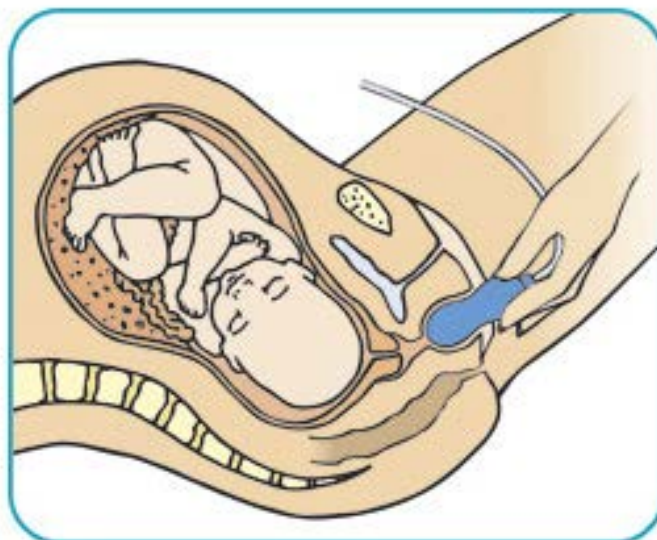


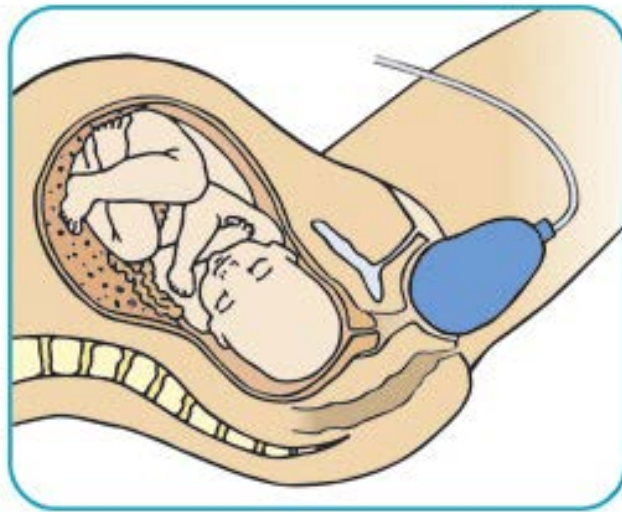
Zdroj: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/video-fotografie-obrazek/masaz-hraze-video-postup-prevence-nastrihu-hraze>



Zdroj: http://www.detskyportal.cz/index.php?cPath=49_44

Příloha 8: EPI-NO balonek





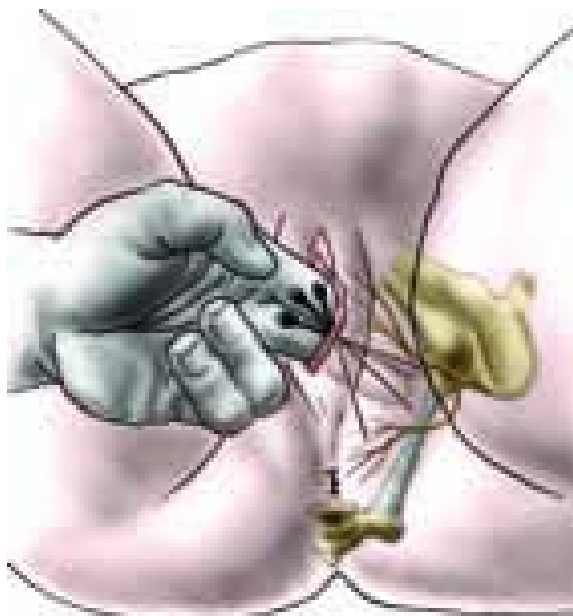
Zdroj: <http://www.novinyvm.cz/3298-moje-mile-zeny-12-dil-pepino-ja-chci-epino..html>

Příloha 9: Dianatal gel



Zdroj: <http://www.gigalekarna.cz/produkt/dianatal-obstetric-gel-3x11ml/>

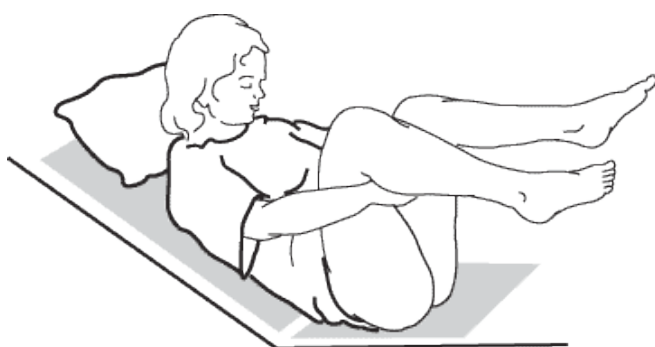
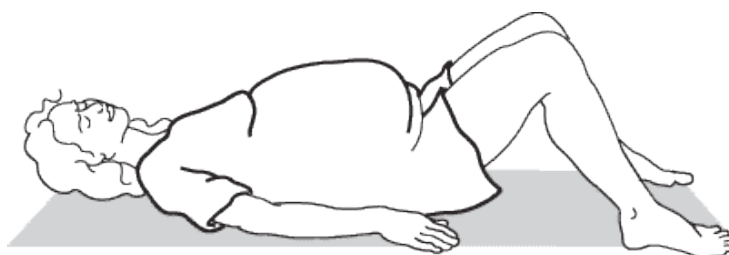
Příloha 10: Pudendální analgezie



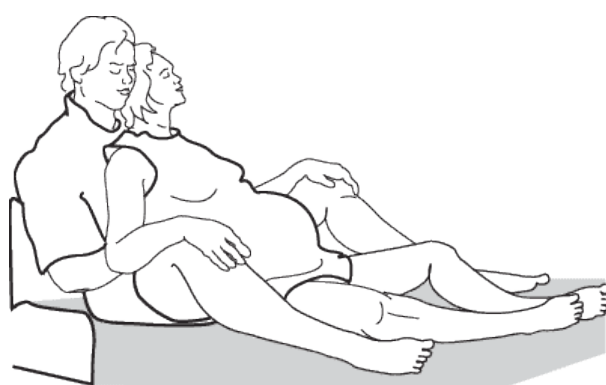
Zdroj: <http://www.porodnice.cz/obstrik-infiltrace-pochvy-hraze>

Příloha 11: Polohy rodičky při porodu

Poloha na zádech



Poloha na zádech s mírně zvednutým trupem



Polosed s oporou tatínka



Polosed s oporou tatínka



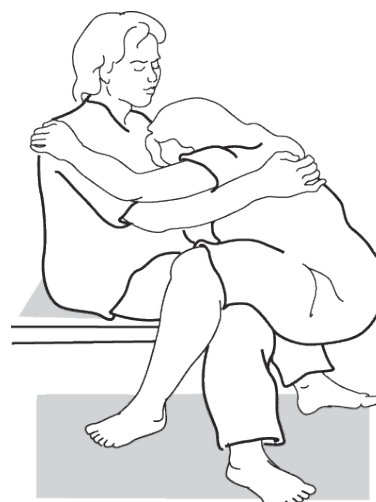
Rovný sed na posteli



Dřep



Dřep s oporou tatínka

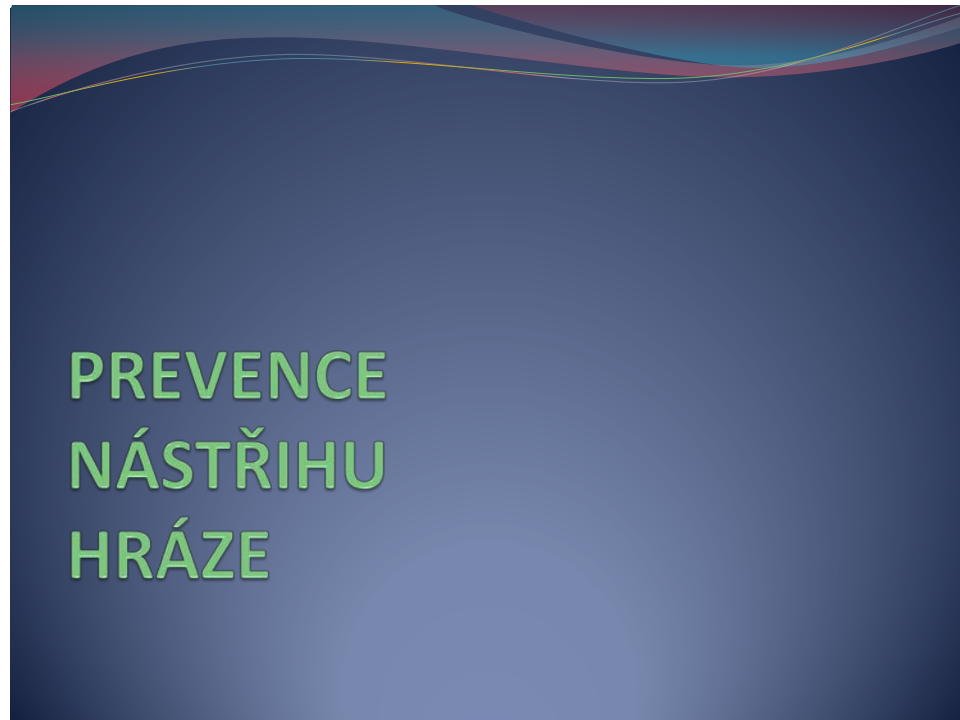


Dřep v klíně



Dřep v klíně s oporou třetí osoby

Příloha 12: Návrh edukačního letáku



NÁSTŘIH HRÁZE - EPIZIOTOMIE

Kdy?

- je prováděn v závěrečné fázi porodu, kdy maminka tlačí
- vždy na vrcholu kontrakce

Proč?

- pokud hrozí rozsáhlé porodní poranění hráze
- ke zkrácení druhé doby porodní
- pokud má miminko velký váhový odhad, jako prevence poranění a usnadnění porodu
- pokud je miminko v poloze koncem pánevním

Jak?

- porodník nebo porodní asistentka nůžkami nastříhnou hráz
- žena se provedení epiziotomie nemusí bát, protože se provádí na vrcholu kontrakce, kdy je hráz tlakem hlavičky dostatečně roztažená a znecitlivěná

METODY PREVENCE EPIZOTOMIE

Masáž hráze:

- pravidelně prováděná masáž hráze v pozdějším stádiu těhotenství je vhodná jako prevence poranění hráze
- provádět masáž doporučujeme 4 až 6 týdnů před termínem porodu každý den cca 5 minut
- žena si může masáž provádět sama nebo za pomoci partnera
- ruce by žena i partner měli mít vždy čistě umyté a jemné
- používá se olej rostlinný, olivový, ale i speciální k masáži hrázi
- masáž by neměla ženu bolet, ani jí být nepříjemná



METODY PREVENCE EPIZOTOMIE

EPI-NO balonek:

- zdravotnický výrobek, který posiluje pánevní dno
- tento trenažér byl vyroben pro postupné roztahování tkání pochvy a hráze
- cvičení doporučujeme 3 týdny před termínem porodu každý den cca 15-30 minut
- cílem toho cvičení je posílit a zpevnit svaly pánevního dna



METODY PREVENCE poranění při porodu

Chránění hráze:

- nejpoužívanější způsob prevence poranění při porodu
- tato metoda se používá v závěrečné fázi porodu, kdy je hráz hlavičkou maximálně roztahována
- na hráz je vytvářen mírný tlak rukama porodníka a tím se hlavička při prořezávání zpomaluje
- porod hlavičky a předního raménka se vede co nejpomaleji, aby nedošlo k poranění hráze



METODY PREVENCE poranění při porodu

Vhodná poloha při porodu:

- výběr vhodné polohy může mít vliv na prevenci poranění hráze při porodu
- v závěrečné fázi porodu jsou vhodné tyto polohy: poloha se zvýšeným trupem, polosed, rovný sed na posteli, dřep
- žena by si měla zvolit pohodlnou polohu, s výběrem pomůže porodní asistentka
- u výběru správné a pohodlné polohy se musí zohlednit celkový stav ženy a miminka
- při porodu, kdy je žena i miminko v pořádku má správná poloha dobrý vliv na jeho průběh
- žena by vždy měla dbát rad porodní asistentky



METODY PREVENCE poranění při porodu

DIANATAL GEL:

- porodnický gel byl vyvinut, aby usnadnil porod mamince, miminku a především zamezil poškození svalů pánevního dna, pochvy a hráze
- účinek toho gelu je fyzikální, neobsahuje léčivé složky
- balení obsahuje 3 tuby, 2 pro první dobu porodní a 1 pro druhou dobu porodní
- gel aplikuje porodní asistentka či porodník



NÁSLEDNÁ PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ:

- ošetření porodního poranění probíhá již na porodním sále, vždy v lokální anestezii
- ženě lze aplikovat ledový obklad na porodní poranění
- žena musí dodržovat zásady hygieny – omývání rodidel vlažnou vodou po močení, stolici a kojení, výměna vložek alespoň 1x za 3 hodiny nebo dle potřeby, po manipulaci s vložkami si důkladně umýt ruce
- důležitá je úprava stravy – dostatek vlákniny (ovoce, zelenina), tekutin
- ženě mohou být podána změkčovačla stolice
- ženě doporučujeme po porodu sezení na nafukovacím kruhu
- pro ženu je také vhodné dodržovat pohybový režim



PRO KOHO JSOU METODY VHODNÉ:

- Pro ženy s fyziologickým těhotenstvím = bez komplikací
- Pro ženy zdravé, bez přidružených onemocnění, např. cukrovka, vysoký krevní tlak, infekční onemocnění, onemocnění štítné žlázy apod.
- Pro ženy bez zánětů vnitřních a zevních rodidel
- Používání jakékoliv metody vždy konzultujte s gynekologem, porodní asistentkou nebo porodníkem

www.porodnice.cz

Zdroj: autorské zpracování