

# Vliv porodu na descensus a prolapsus vnitřních rodidel ženy

Iva Jandlová

---

Bakalářská práce  
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických studií  
akademický rok: 2006/2007

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Iva JANDLOVÁ**  
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Vliv porodu na descensus a prolapsus vnitřních  
rodidel ženy**

Zásady pro vypracování:

**Shromáždování odborné literatury a studium problematiky descenzů a prolapsů  
vnitřních rodidel ženy.**

**Vliv porodu a jeho případných komplikací na výskyt descenzu a prolapsu.**

**Stanovení cílů, hypotéz, sestavení dotazníku pro praktickou část.**

**Analýza zjištěných dat, závěrečné hodnocení výzkumného šetření.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. CITTERBART, K. et al., Gynekologie, 1. vydání, Praha:Galén, 2001, 277s, ISBN 80-7262-094-0
2. HANUŠ, T. Prolaps pánevních orgánů, Moderní gynekologie a porodnictví 12, březen 2003 č. 1
3. OTČENÁŠEK, M. Anatomie pánevního dna, Moderní gynekologie a porodnictví 12, březen 2003 č.1
4. PETROVICKÝ, P.a spol., Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi-orgány a cévy, 1. vydání, Martin: Osveta, spol. s.r.o., SR 2001, 560s, ISBN 80-8063-046-1.
5. ROZTOČIL, A. a kol., Porodnictví, 1. vydání Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 333s, ISBN 57-865-01
6. ŠVABÍK, K; MARTAN, A. Těhotenství, porod -- poruchy pánevního dna a inkontinence moči, Moderní gynekologie a porodnictví 12, březen 2003 č. 1

Vedoucí bakalářské práce:

**MUDr. Zdeněk Adamík**

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

**23. února 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**1. června 2007**

Ve Zlíně dne 23. února 2007



Ing. Jitka Chudarová  
pověřená děkanka

L.S.

MUDr. František Grossmann, CSc.  
ředitel ústavu

## **ABSTRAKT**

Ve své práci řeším problém descensu a prolapsu vnitřních rodidel v souvislosti s průběhem těhotenství, okolnostmi porodu, průběhem šestinedělí a jeho důsledku na další život ženy. Onemocnění může změnit kvalitu života s dopady na oblast partnerského vztahu, mezilidských vztahů, sociální a sexuální oblast. Informovanost žen je důležitá již v období před porodem.

Klíčová slova: prolapsus uteri, descensus uteri, hysterektomie, porod, inkontinence

## **ABSTRACT**

In this work I solve problem which concerns descensus and prolapsus inner female genitals in connection with course pregnancy, circumstance childbirth, course childbed and his incidence on survival women's life. Disease can change life with incidence on region partner relation, interpersonal-slide relation, social and sexual region. Know-how women is very important already in period before childbirth.

Keywords: prolapsus uteri, descensus uteri, hysterectomy, childbirth, incontinence

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce prim. MUDr. Zdeňkovi Adamíkovi Ph.D. za odborné vedení této práce. Mé poděkování za rady a pomoc při vypracovávání praktické části patří také Mgr. Stanislavě Kovářové.

Prohlašuji, že jsem na celé bakalářské práci pracovala samostatně a použitou literaturu jsem citovala.

Ve Zlíně, 1.6.2007

.....  
Jméno diplomanta

# OBSAH

ÚVOD.....	9
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1 ANATOMIE PÁNEVNÍHO DNA .....</b>	<b>11</b>
1.1 MOČOVÝ MĚCHÝŘ.....	11
1.1.1 Krček měchýře .....	11
1.1.2 Detrusor ( musculus detrusor vesicae urinariae).....	11
1.1.3 Trigonum (trigonum vesicae urinariae) .....	11
1.2 MOČOVÁ ROURA (URETHRA).....	12
1.2.1 Epitel .....	12
1.2.2 Submukosa .....	12
1.2.3 Musculus sphincter urethrae externus.....	12
1.3 POCHVA .....	12
1.4 CENTRUM TENDINEUM PERINEI .....	14
1.5 ZÁVĚSNÝ APARÁT POCHVY – ETÁŽE.....	14
1.5.1 První etáž- Level I.....	14
1.5.1.1 Popis.....	14
1.5.2 Druhá etáž – Level II.....	15
1.5.2.1 Popis.....	15
1.5.3 Třetí etáž – Level III .....	16
1.5.3.1 Popis.....	16
1.6 STĚNA MALÉ PÁNVE .....	18
1.7 PÁNEVNÍ DNO .....	18
1.7.1 Diaphragma pelvis .....	18
1.7.2 Diaphragma urogenitale .....	18
1.8 SPECIÁLNÍ STRUKTURY .....	19
1.8.1 Ligamenta pubourethralia .....	19
1.8.2 Fascia pelvina.....	19
1.8.3 Arcus tendineus fasciiae levatoris ani .....	19
1.8.4 Arcus tendineus fasciiae pelvis .....	19
1.8.5 Ligamentum pubovesicale .....	20
1.8.6 Musculus rectovaginalis.....	20
1.8.7 Connecting muscle.....	20
1.8.8 Musculus pubococcygeus.....	20
<b>2 SPRÁVNÁ POLOHA VNITŘNÍCH RODIDEL.....</b>	<b>21</b>
2.1 ZÁVĚSNÝ A PODPŮRNÝ APARÁT DĚLOHY .....	21
2.1.1 Závěsný aparát .....	21
2.1.2 Podpůrný aparát .....	21
2.2 POLOHA DĚLOHY .....	22
2.2.1 Anteversio .....	22
2.2.2 Anteflexio.....	22
2.2.3 Lateropositio a dextotorsio.....	22

<b>3</b>	<b>NEPRAVIDELNÉ POLOHY VNITŘNÍCH RODIDEL.....</b>	<b>24</b>
3.1	ZMĚNY POLOHY VE VERTIKÁLNÍM SMĚRU .....	24
3.1.1	Descensus uteri.....	24
3.1.1.1	Terminologie.....	24
3.1.1.2	Defekty závěsného aparátu .....	25
3.1.1.3	Etiologie.....	26
3.1.1.4	Klinický obraz.....	27
3.1.1.5	Terapie .....	27
3.1.2	Prolapsus .....	27
3.1.2.1	Terminologie.....	27
3.1.2.2	Etiologie.....	28
3.1.2.3	Klinický obraz.....	28
3.1.3	Elevatio uteri .....	30
3.2	ZMĚNY POLOHY DO STRAN .....	31
3.2.1	Laterodeviatio uteri .....	31
3.3	ZMĚNY DĚLOŽNÍ FLEXE .....	31
3.3.1	Hyperanteflexio uteri .....	31
3.3.2	Retroflexio uteri libera ( volná děložní retroflexe).....	31
3.3.3	Retroflexio uteri fixata ( fixovaná děložní retroflexe).....	31
<b>4</b>	<b>VYŠETŘENÍ SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA .....</b>	<b>32</b>
4.1	VYŠETŘENÍ POHLEDEM.....	32
4.2	PALPACE .....	32
4.3	ELEKTROMYOGRAFIE .....	33
4.4	SNÍMÁNÍ TLAKU .....	33
<b>5</b>	<b>TERAPIE DESCENSU A PROLAPSU.....</b>	<b>34</b>
5.1	KONZERVATIVNÍ METODY .....	34
5.1.1	Hormonální terapie.....	34
5.1.2	Gymnastika pánevního dna .....	34
5.1.3	Elektrostimulační terapie .....	34
5.1.4	Poševní pesary.....	34
5.2	OPERAČNÍ METODY .....	35
5.2.1	Přední plastika poševní .....	35
5.2.2	Zadní plastika poševní.....	35
5.2.3	Vaginální hysterektomie .....	35
5.2.4	Manchesterská operace ( Donald-Fothergill).....	36
5.2.5	Sakrokolpopexe.....	36
5.2.6	Vaginální zákroky .....	36
5.2.7	Posteriorní volná páska k řešení enterorektokély .....	36
5.2.8	Metoda TVM ( transvaginální mesh ).....	37
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>CÍL PRÁCE .....</b>	<b>39</b>

6.1	CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE.....	39
6.2	METODIKA PRŮZKUMU.....	40
6.2.1	Výběr respondentů.....	40
6.2.2	Metoda zpracování získaných dat.....	40
<b>7</b>	<b>VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU A HYPOTÉZ.....</b>	<b>41</b>
7.1	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU.....	41
7.2	SHRNUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	68
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>80</b>



## ÚVOD

Problematiku descensu a prolapsu vnitřních rodidel jsem si vybrala, protože se týká spousta žen v mém okolí. Poprvé jsem si začala uvědomovat tento problém, když moje máma musela podstoupit hysterektomii z důvodu již zmiňovaného prolapsu. Začala jsem se hlouběji zamýšlet a později i studovat, jaké faktory se podílejí na vzniku těchto onemocnění. Mezi hlavní faktory přispívající k descensu a prolapsu patří porod a těžká fyzická práce, dále je to pokles funkce svalů dna pánevního, pokles hladiny estrogenů, obezita, chronické zvyšování intraabdominálního tlaku a poranění podpůrného aparátu např. porodem nebo operací. Svoji praktickou část bakalářské práce jsem zaměřila hlavně na vliv porodu na descensus a prolapsus.

Jelikož některé ženy v důsledku tohoto onemocnění trpí inkontinencí moči event. i stolice, má toto onemocnění vliv také na celkovou kvalitu jejich života. Spousta žen prožívá problémy v partnerském vztahu, sexuální oblasti, izolují se od ostatních lidí, jsou nuceny změnit zaměstnání, omezit své zájmy a koníčky. Všechny tyto obtíže se projevují na psychice ženy a na základě toho i ve vztahu k jejímu okolí. Spousta žen odkládá návštěvu svého gynekologa a tím se její problémy a celkový psychický stav ještě zhoršuje.

Také se zde nabízí otázka hysterektomie a jejího vlivu na psychiku ženy, protože některé ženy mylně považují dělohu za orgán, po jehož odstranění nebudou moci mít sexuální styk, budou tloustnout a ztratí svoji atraktivitu, sebekoncepci a sebepojetí.

Cílem mé práce je zjistit, na jakou oblast by měli zdravotníci zaměřit informovanost žen, aby se zlepšila kvalita života žen, trpících prolapsem a descensem vnitřních rodidel.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

# 1 ANATOMIE PÁNEVNÍHO DNA

## 1.1 Močový měchýř

Močový měchýř je dutý roztažitelný orgán, který plní dvojí funkci. Shromažďuje moč při nízkém napětí své stěny, naopak za mikce se kontrahuje a moč aktivně vypuzuje. Jeho stěnu tvoří sliznice s epitelem přechodného typu, svalovina a tenká vrstva adventicie. Jeho kraniální část je kryta viscerálním peritoneem. Svalová vlákna jsou souborně označována jako *musculus detrusor vesicae urinariae*.

### 1.1.1 Krček měchýře

Část stěny močového měchýře, která obklopuje proximální uretru, se nazývá krček měchýře. Je částí *trigonum vesicae urinariae* - viz níže. Tato oblast slouží jako referenční bod zobrazovacích metod pro svou snadnou zobrazitelnost. Cirkulární sfinkter zde není formován. V literatuře nekvantifikovanou uzavírací funkci zde plní dvě protisměrně orientované smyčky detruzoru - viz 1.1.2.

### 1.1.2 Detrusor (*musculus detrusor vesicae urinariae*)

Svalovinu močového měchýře tvoří interdigitující různě orientované snopce buněk hladkých svalů. Jeho zevní vrstva je uspořádána longitudinálně. Zezadu se upíná k uretrovezikální junkci, po stranách uretry přecházejí dopředu a tvoří detruzorovou smyčku. Svalová vlákna střední vrstvy jsou orientována šikmo a cirkulárně. Vnitřní vrstva je longitudinální a její kaudální část utváří smyčku, jež je postavena v opozici ke smyčce zevní vrstvy. Inervace: parasympatický systém cestou nervi splanchnici, jejichž centrální synapse jsou uloženy v míšních segmentech S2-S4.

### 1.1.3 Trigonum (*trigonum vesicae urinariae*)

Je semirigidní struktura trojúhelníkového tvaru rozepínající se mezi oběma ústími močovodů a vnitřním ústím močové roury. Histologická stavba je charakterizována větším podílem pojivové tkáně a odlišným typem buněk hladkého svalstva než je tomu u ostatní svaloviny močového měchýře.

Inervace: Sympatikus - Th11, 12 a L1, 2 - cestou plexus hypogastricus superior.

## 1.2 Močová roura (urethra)

Asi 3 až 4 centimetry dlouhý a 6 milimetrů široký dutý trubkovitý orgán. Začíná svým vnitřním ústím přibližně v úrovni středu symfýzy a běží dopředu dolů pevně spojena s přední poševní stěnou. Mimo pasáž moči je lumen kolabované předožadně a sliznice je složena v podélné řasy. Na zadní stěně v proximální části je zesílená řasa, tzv. crista urethralis.

### 1.2.1 Epitel

V horních dvou třetinách tvoří výstelku pokračování epitelu přechodného typu, v dolní třetině přechází v nerohovějící vícevrstevný dlaždicový epitel.

### 1.2.2 Submukosa

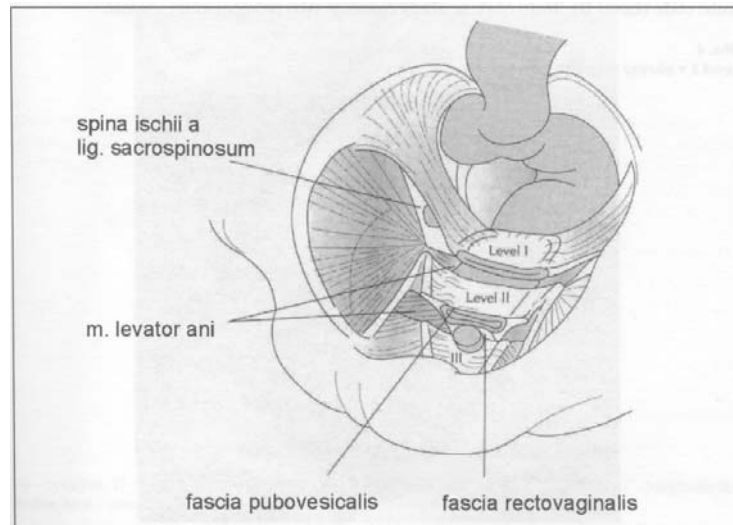
Pojivová tkáň mezi výstelkou a vrstvou hladké svaloviny je charakterizována výskytem cévních pletení, kterým je přikládán význam na udržení moči. Významný je výskyt estrogenních receptorů a odpověď tkáně na estrogenizaci organismu.

### 1.2.3 Musculus sphincter urethrae externus

Je to příčně pruhovaný sval který částečně obkružuje uretru. V proximální části jsou jeho vlákna uspořádána hlavně cirkulárně, distálněji vlákna přecházejí do stěny pochvy a do urogenitální membrány - splývá s její svalovou komponentou (musculus compressor urethrae a sphincter urethrovaginalis). Zdroj jeho nervového zásobení je stále nejasný - existují důkazy různé kvality pro inervaci z nervus pudendalis a z plexus hypogastricus. Hlavní role příčně pruhovaných svalových vláken okolí uretry spočívá v okamžité kontrakci při zvýšení nitrobřišního (intraabdominálního) tlaku.

## 1.3 Pochva

Pochva je dutý orgán jdoucí od cervixu dělohy k introitu. Sliznici tvoří nerohovějící mnohovrstevný epitel. Další funkční vrstvou je hladká svalovina, jejíž snopce jsou v šikmém uspořádání.



Obr. 1 Závěsný aparát pochvy (pro český tisk upraveno se svolením  
 autora - J.O.L. DeLancey)

Adventicie pochvy je variabilně utvořená tenká vrstva řídké pojivové tkáně vmezeřené mezi svalovou vrstvou pochvy a okolní orgány. [9]

Pro lepší orientaci a pro správný výběr operační techniky se pochva rozděluje do tří kompartmentů:

1. přední kompartment – přední stěna pochvy, uretra, močový měchýř
2. střední kompartment – cervix nebo vrchol poševního pahýlu
3. zadní kompartment – zadní stěna pochvy, anorektální komplex, perineum

Za fyziologických okolností zabezpečují podporu předního kompartmentu tyto struktury:

- pars pubica m. levatoris ani
- anterolaterální fascie pochvy k arcus tendineus levatoris ani a arcus tendineus fasciae pelvis
- přední poševní stěna a pubocervikální fascie
- pericervikální prsteneček fascie.

## 1.4 Centrum tendineum perinei

Centrum tendineum perinei je pevná vazivová struktura vmezeřená mezi distální pochvu a rektum. Centrum reprezentuje spojení mezi dvěma polovinami perineální membrány. Spojení jde kraniálně asi 2-3 cm nad hymenální okraj. Na jeho laterální okraj navazuje bulbokavernózní sval.[9]

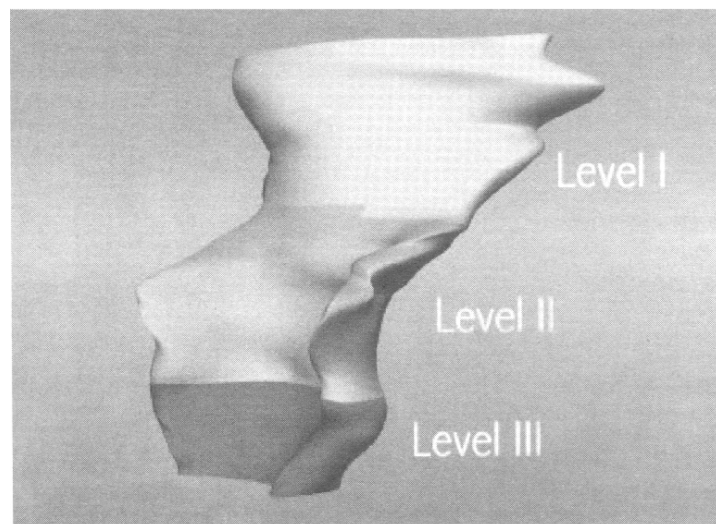
## 1.5 Závěsný aparát pochvy – etáže

### 1.5.1 První etáž- Level I

#### 1.5.1.1 Popis

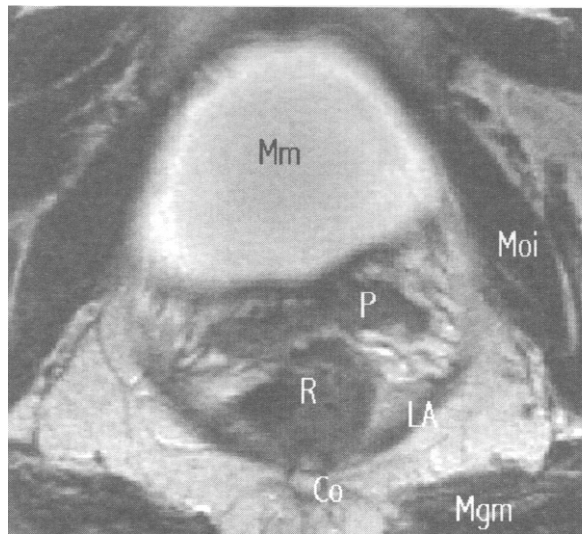
Ve své kraniální části jsou na sebe přední a zadní stěna pochvy přiloženy a místa přechodu jsou ukotvena prostřednictvím parakolpií ke stěně pánve, kterou tvoří musculus obturatorius internus.

Místo úponu parakolpií je tvořeno zesílením fascie svalů. Tato struktura se nazývá arcus tendineus fasciae pelvis (ATFP) a z praktického hlediska je významná pro orientaci operátora při chirurgických výkonech v malé pánvi.



Obr. 2 Pochva a její jednotlivé etáže – počítačový model

Ve stoje tato část pochvy probíhá téměř horizontálně a tvoří podporu báze močového měchýře. Ve své kaudální části se v oblasti uretrovezikální junkce stáčí o cca 135° a přechází do druhé etáže (Level II). Tento ohyb se někdy označuje jako promontorium vaginae.



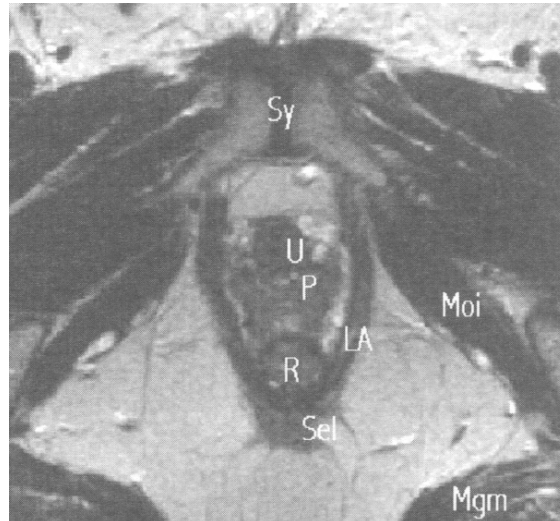
*Obr.3 Level I v obraze magnetické rezonance*

*Mm - močový měchýř, P - pochva, R - rektum, Co - coccyx, LA - levator ani, Moi - musculus obturatorius internus, Mgm - musculus gluteus maximus*

## **1.5.2 Druhá etáž – Level II**

### *1.5.2.1 Popis*

V druhé (střední) etáži má pochva motýlovitý průřez (obr. 4). Přední křídla jsou fixována přímým spojením k musculus levator ani. Hladká svalovina, kolagen a elastin se přímo proplétají se svalovými vlákny mediální části musculus levator ani v oblasti proximální uretry. Zadní křídla jsou spojena krátkými vazy s oblastí m. levator ani a rektum. Močová roura je pevně spojena s přední listem pochvy.



Obr. 4 Level II v obraze magnetické rezonance

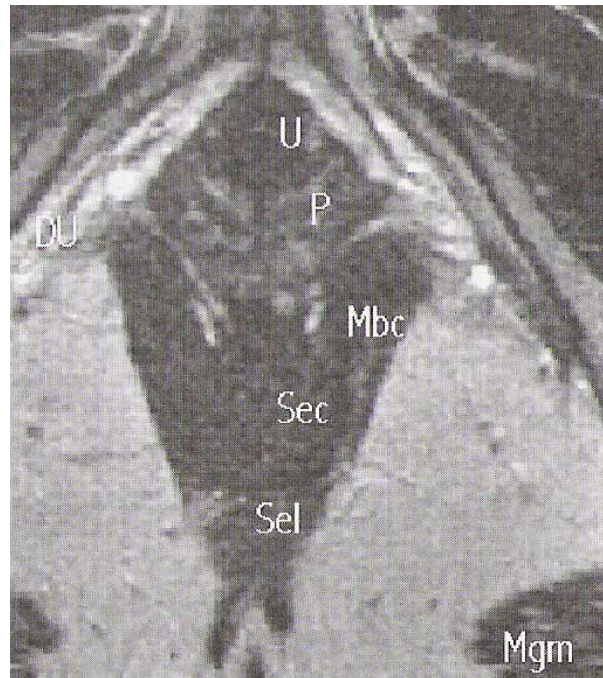
*Sy - symfýza, U - uretra, P - pochva, R - rektum, Sel - musculus sphincter ani externus - longitudi-  
nální složka, Moi - musculus obturatorius internus, Mgm - musculus gluteus maximus*

### 1.5.3 Třetí etáž – Level III

#### 1.5.3.1 Popis

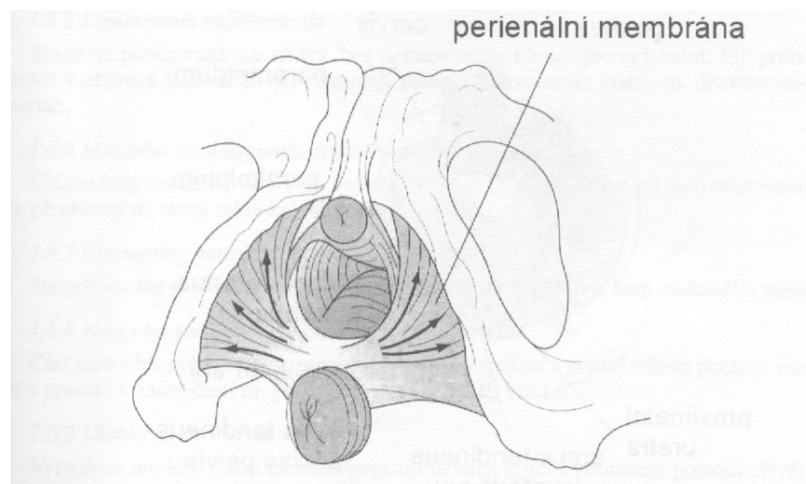
Kraniálně od hymenálního prstence je pochva podporována pevným spojením s pe-  
rineální membránou, která se za ní spojuje v pevné centrum tendineum perinei. Jeho výška  
je variabilní (1-2 cm) a kraniálně těsně navazuje na m. levator ani. V přední stěně pochvy  
je pevně zavzata distální uretra a pochva zde má průřez tvaru písmene U (obr. 6). [9]





Obr. 5 Level III v obraze magnetické rezonance

*U - uretra, P - pochva, Mbc - musculus bulbospongiosus, Sec - musculus sphincter ani externus - cirkulární složka, Sel - musculus sphincter ani externus - longitudinální složka, DU - diafragma urogenitale,, Mgm - musculus gluteus maximus.*



Obr. 6 Perineální membrána - pohled zdola (pro český tisk upraveno se svolením autora - J.O.L. DeLancey)

## 1.6 Stěna malé pánve

Kostěná část je tvořena oběma pánevními kostmi pod linea pectinea, vnitřní plochou kosti křížové a kostrče. Foramen obturatorium je uzavřeno vazivovou membránou (membrána obturatoria), která slouží jako úpon hlavy m. obturatorius internus.

## 1.7 Pánevní dno

Pánevní dno se skládá z diaphragma pelvis (pánevní svaly, které jsou kraniálněji ve východu pánevním) a z diaphragma urogenitalis. Pánevní dno má funkci podpůrného aparátu orgánů pánevní dutiny.

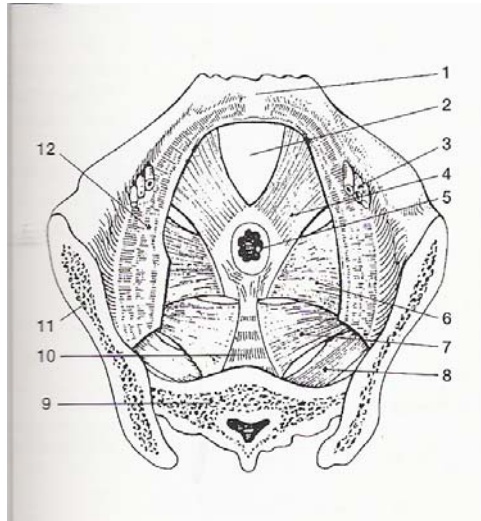
### 1.7.1 Diaphragma pelvis

Diaphragma pelvis má tvar ploché nálevky, která odstupuje od stěn malé pánve a sbíhá kaudálně ke štěrbině, kterou v zadní části prochází konečník (canalis analis). Před ním pak leží u ženy pochva a močová trubice (hiatus urogenitalis). Hiatus urogenitalis vytvářejí snopce svalů z obou stran, které se stýkají až po určité délce předozadního průběhu. (obr. 7). Mezi oběma otvory je zahuštěný vazivový uzel centrum perineale, který se upíná mezi oběma dolními rameny stydké kosti. Svaly, tvořící diaphragma pelvis, se člení na m. levator ani (pars pubica a pars iliaca) a m. coccygeus. Svaly se laterálně upínají zepředu na kost stydkou v místě distální šestiny její délky a dále laterálně inzerují na fascii m. obturatorius internus. Kondenzace vaziva v oblasti inzerce se nazývá arcus tendineus fasciae levatoris ani a běží lineárně ke spina ischiadica.[3]

### 1.7.2 Diaphragma urogenitale

Diaphragma urogenitale je trojúhelníkovitá vazivově svalová ploténka, která je rozepjata mezi rozestupujícími se rameny kostí stydkých a sedacích v rozsahu mezi spodním okrajem spodním okrajem spony stydké a spojnicí tubera ischiadica.[8] A tak částečně uzavírá hiatus urogenitalis a obklopuje uretru a pochvu. Za pochvou před rektem se spojuje v robustní strukturu zvanou centrum tendineum perinei (perineal body). Zde je membrána pevně spojena s m. pubococcygeus.

Podkladem diaphragma urogenitale jsou svaly a vazy (m. transversus perinei profundus, m. sphincter uretrae, m. transversus perinei superficialis, lig. transversum perinei).[3]



Obr. 7 Svaly dna pánevního, pohled shora (Porodnictví, Aleš Roztočil a kol.)

## 1.8 Speciální struktury

### 1.8.1 Ligamenta pubourethralia

Jsou popisována různým způsobem a je jim přikládán různý význam: Podle Grayovy anatomie jsou to vazivové struktury přecházející z přední strany cervixu a pochvy kolem baze močového měchýře dopředu na zadní stěnu spony stydké.

### 1.8.2 Fascia pelvina

Termín endopelvicí fascie určuje vazivovou tkáň mezi vaginální tunica muscularis a přilehlými orgány a stěnou malé pánve. V oblasti Level I fixuje hrany pochvy k fascii musculus obturatorius internus.

### 1.8.3 Arcus tendineus fasciiae levatoris ani

Místo úponu m. levator ani na fascii musculus obturatorius internus.

### 1.8.4 Arcus tendineus fasciiae pelvis

Místo úponu parakolpií na fascii vnitřního obturátorového svalu v jejím suprlevatorovém průběhu. Je to kondenzace fascie jdoucí paralelně s arcus tendineus fasciiae pelvis a jeho intaktnímu stavu je přikládána významná úloha při podpoře pánevních orgánů.

### 1.8.5 Ligamentum pubovesicale

Struktura popisovaná jen zřídka, bez definovaného klinického uplatnění. Její průběh je obsažen v názvu. Částečně do něj přispívají svalová vlákna zevní vrstvy m. detrusor vesicae urinariae.

### 1.8.6 Musculus rectovaginalis

Vlákna longitudinální vrstvy m. detrusor vesicae urinariae, které při bázi močového měchýře přecházejí na stěnu rekta kolem pochvy.

### 1.8.7 Connecting muscle

Snopce hladké svaloviny spojující m. sphincter ani externus a bázi močového měchýře.

### 1.8.8 Musculus pubococcygeus

Část musculus pubococcygeus rostrálně od jeho spojení s přední stěnou pochvy.[9]

## 2 SPRÁVNÁ POLOHA VNITŘNÍCH RODIDEL

### 2.1 Závěsný a podpůrný aparát dělohy

Ve své poloze v centru pánve je děloha držena tzv. závěsným a podpůrným aparátem.

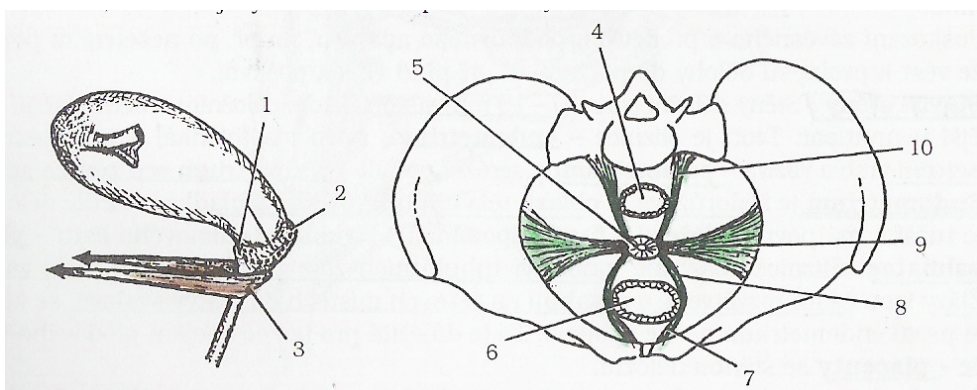
#### 2.1.1 Závěsný aparát

Závěsný aparát je tvořen 4 útvary:

- *ligg. cardinalia uteri* běží příčně k laterálním stěnám pánve
- *ligg. sacrouterina* se upínají na kost křížovou
- *ligg. vesicouterina* a jejich pokračování *ligg. pubovesicalia* běží dopředu kolem močového měchýře až k symfýze. Tyto tři popsané útvary se upínají na děložní hrdlo a tvoří pevný závěs dělohy, resp. děložního hrdla.
- *ligg. teretia uteri* jsou pružné silné struny z hladké svaloviny; odstupují od děložních rohů a míří obloukem až k *anulus inguinalis praeperitonealis*, jímž vstupují do tříselného kanálu, kterým opouštějí břišní dutinu a vytrácejí se v bázi velkých stydkých pysků ( obr. 8 ).

#### 2.1.2 Podpůrný aparát

Podpůrným aparátem dělohy se rozumějí mm. levatores ani, resp. *daphragma pelvis* a nepřímě i *diaphragma urogenitale* ( kap. 1.7.1 a kap. 1.7.2).[1]



Obr.8 Podpůrný a závěsný aparát dělohy ( *Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi, Pavel Patrovický a spol.* )

## 2.2 Poloha dělohy

Děloha je uložena v malé pánvi za močovým měchýřem a před konečníkem. Kraniálně dosahuje maximálně do roviny vchodu pánevního. V těhotenství se vysunuje do břišní dutiny a v posledních měsících dosahuje až k processus xiphoideus sterna.

Osa těla dělohy směřuje ventrokraniálně a při prázdném močovém měchýři může být až v horizontále nebo směřovat ventrokaudálně. Osa krčku směřuje dorsokaudálně a naplněná ampula recti tlačí krček kraniálně a vpřed.

Normální polohou dělohy je tzv. anteverse a anteflexe (obr. 9). Většinou ji provází lateroposice a dextrotorse.

### 2.2.1 Anteversio

Anteversio vzniká překlopením anteflektované dělohy vpřed, podél příčné osy probíhající isthmem, resp. částí krčku, která je nejlépe fixována závěsným aparátem dělohy (viz. výše). Anteverse se projevuje tím, že osa krčku svírá s osou pochvy vpřed otevřený úhel a čípek děložní, spolu se zevní brankou naléhá na zadní stěnu pochvy.

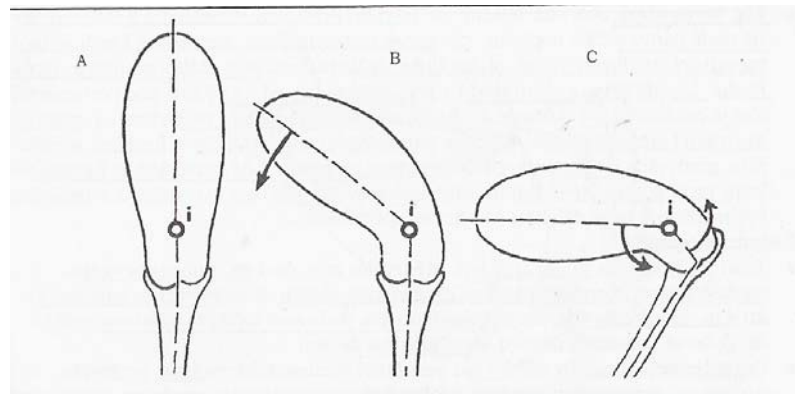
### 2.2.2 Anteflexio

Anteflexio charakterizuje ohnutí dělohy v isthmu, takže osa těla svírá s osou krčku vpřed otevřený úhel. Ten může být až 90°.

### 2.2.3 Lateropositio a dextotorsio

*Lateropositio:* Děloha je mírně vysunuta stranou

*Dextrotorsio:* Děloha je natočena podél dlouhé osy [2]



*Obr.9 Schématické odvození anteflexe a anteverse dělohy  
(Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi, Pavel Patrovický a spol.)*

*A- modelový stav – osa celé dělohy (těla i krčku) odpovídá ose dělohy*

*B- anteflexe- osa dělohy je v isthmu ohnuta vpřed, osa krčku dělohy zůstává v ose pochvy*

*C- anteverse – v krčku ohnutá děloha (B) je ještě podle příčné osy procházející isthmem (i) nakloněna vpřed ( šipky) a výsledkem je vychýlení osy krčku proti ose pochvy*

*i- isthmus, kroužkem je vyznačeno místo úponu závěsných vazů*

### 3 NEPRAVIDELNÉ POLOHY VNITŘNÍCH RODIDEL

Odchylení z normálního uložení dělohy (kap. 2.) může být ve směru horizontálním (laterodeviatio), vertikálním (elevatio/ descensus), předozadním (versio) a ve smyslu vztahu osy hrdla k ose děložního těla (flexio). U 80-90% žen je děloha jako orgán lehce skloněna kupředu kolem pomyslné osy procházející úrovní vnitřní branky laterolaterálně, osa děložního těla svírá s osou hrdla tupý úhel směrem ventrálním, takže děloha je lehce anteflektovaná. Elasticita podpůrného a závěsného systému dovoluje, že je děloha pohyblivá: naplněný močový měchýř ji tlačí dozadu, naplněné rektum či nádory malé pánve dopředu nebo do stran, při koitu nebo během gynekologického vyšetřování pak různými směry. Z klinického hlediska jsou nejdůležitější změny uložení dělohy ve smyslu kranio-kaudálním (descensus / prolapsus, event. elevatio) a ve smyslu vlastního zakřivení (ohnutí) ve zmíněné ose vnitřní branky (děložní anteflexe, resp. retroflexe).[1]

#### 3.1 Změny polohy ve vertikálním směru

##### 3.1.1 Descensus uteri

###### 3.1.1.1 Terminologie

*Cystokéla*, herniace přední poševní stěny, je vždy spojena s *uretrokélou* (*cystouretrókéla*).

*Rektokéla*, herniace zadní poševní stěny, je často spojena s *enterokélou*.

Nejčastěji se setkáváme se snížením až výhřezem dělohy a poševních stěn— *descensus uteri et parietum vaginae*.

- 1. stupeň, *mírný descensus*: děložní hrdlo nedosahuje úrovně poševního introitu
- 2. stupeň, *střední descensus*: děložní hrdlo dosahuje úrovně poševního introitu
- 3. stupeň, *prolapsus uteri*: celá děloha opouští poševní introitus včetně invertovaných poševních stěn.[1]



### 3.1.1.2 Defekty závěsného aparátu

Pro lepší orientaci a pro správný výběr operační techniky se pochva rozděluje do tří kompartmentů:

1. přední kompartment – přední stěna pochvy, uretra, močový měchýř
2. střední kompartment – cervix nebo vrchol poševního pahýlu
3. zadní kompartment – zadní stěna pochvy, anorektální komplex, perineum

Izolovaný defekt předního kompartmentu způsobuje poruchy anatomických struktur popisovaných v úrovni level II a III. Při prolapsu středního kompartmentu prolabuje cervix nebo poševní pahýl. Prolaps je způsobený defektem v oblasti level I a poškozením podpůrných struktur. Poškození zadního kompartmentu je způsobené rozstupem svalových snopců m. levator ani a v oblasti hráze jde o m. bulbocavernosus. Příčinou rektokély je defekt endopelvické fascie.[11]

- Defekt v první etáži (*Level I*) je klinicky vyjádřen jako *cystokéla*. Může postihnout jedno nebo obě parakolpia. Klinicky hovoříme o takzvané trakční cystokéle, způsobené paravaginálním defektem. Došlo-li k poškození mechanických atributů poševní stěny -její roztážení, hovoříme o tzv. pulzní cystokéle. Klinicky je pulzní cystokéla charakterizována vymizením příčných řas přední vaginální stěny, trakční cystokéla pak vymizením vaginálních postranních záhybů. Významnou roli při diagnostice hraje ultrazvukové vyšetření.
- Defekt v druhé etáži (*Level II*): Podle většiny teorií kontinence je důležitou strukturou pro udržení moče tzv. hamaka - příčný závěs proximální uretry tvořený m. levator ani, úponem předních rohů pochvy druhé etáže a přední stěny pochvy. Defekt některého z těchto prvků vede k nedostatečnému podpoře uretrovesikální junkce a její hypermobilitě. Většina závěsných operací je navržena tak, aby elevovala/podporovala právě tuto etáž. Při defektu vazů kotvící zadní rohy k m. levatoris ani dochází ke vzniku *rektokély*.
- Defekt v třetí etáži (*Level III*) : Při oslabení centrum tendineum dochází k tzv. distálnímu typu *rektokély*. Podíl urogenitálního diafragmatu na schopnost žen udržet moč je dosud definována jen neurčitě. Vzhledem k určitému podílu kontinentních žen s evidentní inkompetencí uzávěru proximální části uretry je správná funkce této

nejdistálnější podpory důležitá a její porucha je pravděpodobně příčinou určitého podílu ženské inkontinence. [9]

### **3.1.1.3 Etiologie**

Většina rodivších žen má víceméně uvolněné pánevní dno a asymptomatický mírný descensus dělohy. Incidence stoupá s věkem.

Hlavní příčinou různého stupně poklesu až výhřezu dělohy je uvolnění svalů a fascií pánevního dna. Zřídka může být kongenitální, pozorujeme je u nerodivších žen. Zpravidla však jde o defekt pánevního dna poporodního původu. M. levator ani se dostává více do polohy vertikální a šikmé a uvolňuje tak hiatus m. levatoris ani. To dovoluje pánevním orgánům prostoupit hiatus kaudálním směrem.

Anatomické změny svalového dna potencuje snižující se elasticita pánevní fascie s postupujícím věkem. Na sníženém tonusu svalů a elasticitě fascií, stejně jako na úbytku kožních a podkožních kolagenních vláken, se podílí estrogenní deplece, typická pro postmenopauzální ženy.

Všechny uvedené etiologické aspekty se většinou uplatňují multifaktoriálně, nelze opomenout dědičnou dispozici tkáňové isufiscience. Vrozená predispozice, porody, biochemicko-morfologické změny ve tkáních, které vedou k uvolnění a prostupnosti pánevního dna, dovolují, aby zvýšený intraabdominální tlak stlačoval pánevní orgány kaudálně. Chronický kašel, obstipace, těžká fyzická práce, zvedání těžkých břemen pak mohou být zevními vyvolávajícími faktory.

V posledních letech pozorujeme snižování počtu žen trpících descenzy/prolapsy. Pravděpodobnými příznivými vlivy je častěji indikovaný císařský řez, hormonální substituční léčba v postmenopauze, šetrněji vedené spontánní porody, menší fyzická zátěž žen (např. v zemědělství).

Prevence spočívá ve stále intenzivnějším uplatňování preventivně-léčebných opatření., která patologické stavy vyvolávají

#### **3.1.1.4 Klinický obraz**

Příznaky jsou závislé na dislokaci orgánů, které jsou postiženy. Při prolapsu rodidel pozorujeme často mírné krvácení z lacerace sliznice vyhřezlého vaku poševních stěn obsahujících dělohu.

Uretrocystokéla je často spojena s inkontinencí moči. Naopak při prolapsu si žena někdy musí sama reponovat invertovaný vak, aby se mohla vůbec vymočit.

Často ženy trpí opakovanými infekty dolních močových cest. Infekce pak může ascendentně proniknout uretery až do ledvinných pánviček.

Rektokéla většinou nečiní vážnější obtíže kromě nesnadné defekace a sexuálního dyskomfortu.[1]

#### **3.1.1.5 Terapie**

Možnosti léčby jsou konzervativní a operační ( kap. 5).

### **3.1.2 Prolapsus**

#### **3.1.2.1 Terminologie**

Klinický popis anatomie pánevního dna se provádí při fyzikálním vyšetření zevních pohlavních orgánů a vagíny. Názvy částí dolního reprodukčního traktu nahradí termíny jako „cystokéla, rektokéla, enterokéla, nebo uretrovezikální junkce“ ( kap. 3.1.1.1), protože tyto termíny mohou implikovat nepřesnou představu v tom smyslu, že došlo k vyklenutí struktur na druhé straně reprodukčního traktu, zvláště u žen, které již dříve podstoupily chirurgickou korekci prolapsu.

Různorodost vyšetřovacích technik může ovlivnit nálezy u pacientek s prolapsem pánevních orgánů. Je nezbytně nutné, aby vyšetřující lékař zjistil a popsal maximální protruzi, kterou žena pozoruje během každodenní činnosti. Proto musí být v každé zprávě specifikována kritéria smyslu vyšetření a plné rozvinutí prolapsu. Doporučená kritéria pro průkaz maximálního prolapsu by měla zahrnovat jedno nebo vše z následujícího:

- jakoukoli protruzi vaginální stěny, která se stala při narovnání pacientky
- trakce prolapsu již nevede k žádnému dalšímu sestupu (descenzu)
- pacientka potvrzuje, že velikost prolapsu a rozsah protruze, pozorovaný vyšetřujícím lékařem, je stejně rozsáhlá jako nejhorší protruze, která dosud ženu postihla.

- Vyšetřením ženy vstoje při břišním lisu se potvrdí, že plný rozsah prolapsu byl pozorován i v jiných polohách.

### **3.1.2.2 Etiologie**

Nejvýznamnějším faktorem uplatňujícím se v etiologii defektu pánevního dna je vaginální porod. Vlastní mechanismus poruchy statiky pánevního dna při vaginálním porodu není přesně známý. Pravděpodobně jde o přímé poškození měkkých tkání nebo o denervační poškození musculus pubococcygeus a fascia pubocervicalis. Poškození je častější u multipar než u primipar. Sestup pánevního dna a určitá vaginální relaxace je spojena s poruchou sensitivity pánevního dna, která může přetrvávat i několik měsíců po porodu. Odhaduje se, že až 50% žen trpí některým stupněm sestupu pánevních orgánů. Až ve 30% se jedná o familiární výskyt. Další rizikové faktory zahrnují paritu, obezitu, chronický kašel, obtíže s defekací. Poškození endopelvicke fascie a její ukotvení během porodu, porucha inervace svalů pánevního dna během porodu a porodů jsou částí mechanismů, které se na prolapsu podílejí. K tomu lze přičíst graduální sestup a změny pojivové tkáně přibývajících s narůstajícím věkem.[10]

Zásadní význam pro vznik patologického descensu pánevního dna mají defekty endopelvicke fascie. Dysfunkci levátorů způsobuje redukce svalových vláken. Redukce je způsobená atrofii a denervací, které jsou způsobeny poklesem plazmatické hladiny estrogenů. Přítomnost estrogenových receptorů je dokázána v dlaždicovém epitelu pochvy, uretry a trigona močového měchýře, ale i ve svalech pánevního dna. Nedostatečná stimulace estrogenových receptorů v buňkách vede k poklesu vaskularizace a poklesu množství kolagenu. Následně klesá poměr svalových vláken a pojivové tkáně ve svalech pánevního dna.[11]

### **3.1.2.3 Klinický obraz**

Poruchy funkce způsobené prolapsem pánevních orgánů a dysfunkce pánevního dna nejsou dobře charakterizovány a přesně vymezeny. Stále přetrvává potřeba vypracovat, standardizovat a ověřit různé klinické stupnice, jako jsou dotazníky kvality života pro konkrétní stavy pro každou ze čtyř skupin funkčních symptomů (viz. níže), o nichž se soudí, že souvisejí s prolapsem pánevních orgánů. Popis funkčních symptomů by se měl zaměřit na čtyři hlavní oblasti:

- 1) dolní močové cesty
- 2) střevo

- 3) sexuální
- 4) jiné místní symptomy.

#### Ad 1) MOČOVÉ SYMPTOMY

Současné standardy nepamatují na některé důležité symptomy související s prolapsem (např. potřebu manuálně zmírnit prolaps nebo zaujmout neobvyklou polohu k zahájení nebo dokončení mikce). K močovým symptomům, které by se měly vzít v úvahu, patří následující (tento seznam však není vyčerpávající):

- stresová inkontinence
- častost ( denní a noční)
- urgencye
- urgentní inkontinence
- retardace startu močení
- slabý nebo prodloužený průtok moči
- pocit neúplného vyprázdnění
- zhoršení zahájit nebo dokončit močení
- změny polohy nutné k zahájení nebo dokončení vyprázdnění

#### ad 2) STŘEVNÍ SYMPTOMY

K střevním symptomům patří následující (tento seznam však není vyčerpávající):

- potíže při defekaci
- neschopnost zadržet střevní plyn
- neudržení tekuté stolice
- neudržení pevné stolice
- znečištění spodního prádla
- naléhavý pocit defekace
- potíže při defekaci
- manipulace s vagínou nebo perineem k dokončení defekace
- pocit neúplného vyprázdnění

### ad 3) SEXUÁLNÍ SYMPTOMY

Odlišení složitých a multifaktoriálních aspektů „uspokojivé sexuální funkce“ při prolapsu pánevních orgánů a dysfunkci pánevního dna si žádá výzkum. Oddělení schopnosti mít vaginální sexuální styk a normální sexuální funkce může být obtížné.

K symptomům sexuální funkce patří následující (tento seznam však není vyčerpávající):

- vede pacientka aktivní sexuální život?
- Pokud nevede aktivní sexuální život, proč?
- Patří k její sexuální aktivitě i vaginální koitus?
- Jaká je frekvence vaginálního koitu?
- Pociťuje pacientka při koitu bolest?
- Je pacientka spokojena se svojí sexuální aktivitou?
- Došlo u ní ke změně v orgasmu?

### Ad 4) JINÉ MÍSTNÍ SYMPTOMY

V současnosti nemáme dostatečné znalosti o přesné povaze symptomů, které může vyčnívání nebo vyklenutí tkáně způsobit.

Mezi možné anatomicky podložené symptomy patří následující (tento seznam však není vyčerpávající):

- Vaginální tlak nebo tíha
- Bolest ve vagíně nebo perineu
- Pocit nebo vjem vyčnívání tkáně z vagíny
- Algickovertebrální syndrom (bolest zad)
- Tlak nebo bolest v břiše
- Zjištění nebo nahmatání tkáně[8]

#### 3.1.3 Elevatio uteri

Změnu netěhotné dělohy kraniálním směrem diagnostikujeme zřídka. Elevace dělohy je vyvolána tlakem na dělohu vzhůru většinou nádorovými procesy v malé pánvi. Nejčastěji jsou příčinou maligní i benigní tumory ovarií. Někdy retroperineální tumor, zřídka myom isthmu dělohy.[1]

## **3.2 Změny polohy do stran**

### **3.2.1 Laterodeviatio uteri**

Laterodeviatio uteri znamená změnu děložní polohy směrem k pánevním stěnám., většinou v závislosti na procesech v malé pánvi, ať už zánětlivých nebo nádorových. Není samostatnou jednotkou. Expanzivní proces v malé pánvi (např. nádor ovaria) vychyluje dělohu na opačnou stranu, v průběhu zánětlivých onemocnění se může lateralizace dokonce měnit. Terapie spočívá v léčbě základního onemocnění.[1]

## **3.3 Změny děložní flexe**

### **3.3.1 Hyperanteflexio uteri**

Hyperanteflexio uteri vidáme nejčastěji spolu s hypoplazií dělohy nebo u infantilních typů.. Klinicky se může projevovat dysmenoreou, hypomenoreou nebo opačně hypermenoreou, sterilitou a infertilitou.

### **3.3.2 Retroflexio uteri libera ( volná děložní retroflexe)**

Asi u 10-20% žen se vyskytuje retroflekovaná a většinou zároveň retrodeviovaná děloha. Při klinickém vyšetření hmatáme děložní fundus zadní poševní klenbou, který je však pohyblivý a vysunutelný. Při vyšetření v zrcadlech směřuje děložní hrdlo do přední poševní klenby. Může se manifestovat dysmenoreou, hypermenoreou, tlakem v podbříšku, ale i sterilitou či infertilitou. Může však také probíhat zcela asymptomaticky.

### **3.3.3 Retroflexio uteri fixata ( fixovaná děložní retroflexe)**

Na rozdíl od volné retroflexe nelze děložní tělo z Douglasova prostoru prsty vyzvednout, neboť je poutáno adhezemi (pozánětlivými, endometriozou) k zadnímu listu peritonea. Klinické projevy: vystupňované symptomy retroflexe volné – sakralgie, dysmenorea, hypermenorea, dyspareunie, sterilita, infertilita. [1]

## 4 VYŠETŘENÍ SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA

Svaly pánevního dna jsou ovládána vůlí, avšak selektivní kontrakce a uvolnění vyžaduje schopnost uvědomování si pohybů svalů. Optimální techniky svírání zahrnují kontrakce svalstva pánevního dna bez stahů svalstva břišní stěny. Při svírání fungují ve vzájemném souladu intrauretrální svaly a anální sfinkter. Při normálním vyprazdňování, defekaci a optimální mikci za pomoci napínání břišních svalů, je pánevní dno uvolněné, přičemž může docházet ke kontrakcím břišní stěny a bránice. Při kašlání a kýčání a často i v jiných situacích, kdy dochází k napínání svalů, lze pozorovat současné stahy pánevního dna a břišní stěny.

Hodnocení a měření funkce svalů pánevního dna zahrnuje:

- 1) hodnocení schopnosti pacientky stahovat a uvolňovat pánevní svalstvo selektivně (tzn. Stahování svalů bez napínání břicha a naopak)
- 2) měření síly kontrakce

Měření funkce svalů pánevního dna má svá úskalí, protože hodnotící lékař svalstvo nevidí a protože pacientky často aktivují současně a chybně jiné svaly. Běžně lze pozorovat stahování přitahovačů břišních, hýžd'ových a kyčelních, napínání, zadržování dechu a nucené dýchání. Tyto faktory ovlivňují spolehlivost dostupných testovacích technik a při interpretaci těchto výsledků je nutno je brát v úvahu.

### 4.1 Vyšetření pohledem

Zrakem je třeba zkontrolovat neporušenost svalů, včetně popisu zjizvení a symetrie. Kontrakce pánevního dna způsobuje pohyb perinea směrem dovnitř a břišní lis (tlak) způsobuje pohyb opačným směrem. Pohyb perinea lze pozorovat přímo nebo hodnotit nepřímou pohybováním zvenčí viditelného zařízení, umístěného do vagíny nebo uretry. Břišní stěnu a další konkrétní oblasti lze pozorovat současně.

### 4.2 Palpace

Palpace může zahrnovat vyšetření svalstva pánevního dna prsty přes vagínu nebo rektum, jakož i hodnocení perinea, břišní stěny a nebo jiných konkrétních oblastí. Je třeba jednoznačně vymezit stupnici pro popis síly volních a reflexních (např. při kašli) stahů a stupeň volní relaxace.



### 4.3 Elektromyografie

Elektromyogram svalů pánevního dna lze pořídit samotný nebo v kombinaci s jiným měřením. Jehlové elektrody dovolují zobrazení akčních potenciálů jednotlivých motorických jednotek.

### 4.4 Snímání tlaku

K posouzení ovládnutí a síly svalstva pánevního dna lze použít měření uretrálního, vaginálního a análního tlaku. Kontrakce análního svěrače, rektální peristaltika, kontrakce detruzoru a napínání břicha mohou snímání tlaku ovlivnit. Tlaky naměřené z proximální vagíny přesně napodobují odchylky v břišním tlaku. Proto se může osvědčit srovnání vaginálního tlaku se současně snímaným vezikálním nebo rektálním tlakem.

Jak je uvedeno v kap. 4.1, představuje pozorování perinea snadný a spolehlivý způsob hodnocení abnormálního napínání při pokusu o kontrakci pánevního svalu. Významné napínání způsobuje pohyb perinea směrem dolů/ kaudálně, správně provedená kontrakce pánevního svalu vede k pohybu perinea směrem dovnitř.[8]

## **5 TERAPIE DESCENSU A PROLAPSU**

### **5.1 Konzervativní metody**

Pokles hladiny estrogenů v postmenopauze vede k postupné atrofizaci urogenitálních orgánů, k projevům suchosti sliznic, ke ztrátě pružnosti tkání, což zhoršuje anatomické poměry.

#### **5.1.1 Hormonální terapie**

Hormonální terapie pomáhá zlepšit mírné stupně descenzů podobně jako počínající stresovou inkontinenci.

#### **5.1.2 Gymnastika pánevního dna**

Gymnastika pánevního dna je všeobecně doporučována u mírných sestupů, prolaps dělohy však nevléčí.( viz. příloha II.)

#### **5.1.3 Elektrostimulační terapie**

Elektrostimulační terapie reedukuje svaly pánevního dna. Tento způsob se více uplatňuje v léčbě stresové inkontinence, jeho význam při řešení descenzů je třeba ještě vyhodnotit.

#### **5.1.4 Poševní pesary**

Poševní pesary jsou tradičně užívanou metodou vhodnou pro starší ženy, jejichž celkový stav nedovoluje operační řešení.[1]

## 5.2 Operační metody

Je popsáno přes 100 typů operací, ale prakticky se užívá jen několik z nich.[1] Chirurgický přístup se rozděluje na abdominální a vaginální operaci. Gynekolog musí při svém rozhodování při výběru vhodného terapeutického postupu brát v úvahu věk pacientky a její budoucí sexuální aktivitu. Také je třeba brát v úvahu celkový zdravotní stav, hormonální status, rekonstrukční operace malé pánve v osobní anamnéze, druh anestezie preferovaný pacientkou a postoj pacientky k případné ztrátě dělohy a vaječnicků. Ačkoliv vždy nepanuje shoda ve výběru specifických operačních postupů, může být a měla by být shoda v operační filozofii a v cílu operace.[11]

Pro většinu pacientů cíle chirurgického řešení zahrnují:

- Úlevu od symptomů
- Odstranění defektů pánevní podpory
- Udržení či zlepšení viscerální a sexuální funkce
- Prevenci získání nových defektů pánevního dna či nových viscerálních nebo sexuálních problémů
- Prevenci případné budoucí rekonstrukční operace či operace kvůli inkontinenci
- Trvání pooperačního zlepšení

### 5.2.1 Přední plastika poševní

Cystourethrocele je korigována přední plastikou s resekci nadbytečné tkáně pochvy a podporou hrdla močového měchýře.

### 5.2.2 Zadní plastika poševní

Rectocele napravujeme zadní plastikou se sblížením levátorů.

### 5.2.3 Vaginální hysterektomie

Prolapsus uteri et parietum vaginae je indikací k vaginální hysterektomii a k poševním plastikám. Tato operace je dnes metodou volby, za kontraindikace vaginálním přístupem považujeme dělohu větší než 12 týdnů těhotenství, zevní endometriosu, anamnézu hlubokého pánevního zánětu, podezření na malignitu, stavy po předchozích gynekologických operacích břišní stěnou.

Objektivně se vaginální operace, zejména na děloze a adnexech, považují za technicky obtížnější pro nesnadnější přístup k operačnímu poli a pro omezený přehled. Dalšími nepříznivými faktory jsou předpokládané adheze po předchozích operacích nebo onemocněních v břišní dutině.

Vaginální operace však mají své nesporné objektivní přednosti vyplývající z nižší invazivnosti menšího operačního pole, lehčí průběh pooperačního období díky podstatně menšímu pooperačnímu oblenění střevních kliček, což je výhodné zejména u starších nebo rizikových pacientek.

#### **5.2.4 Manchesterská operace ( Donald-Fothergill)**

Manchesterská operace je indikována u mladších žen se sestupem pochvy a dělohy s elongovaným hrdlem, které chtějí zachovat jak menstruační cyklus, tak kvalitnější sexuální život. Je vhodná také při korekci retrodeviace dělohy z vaginálního přístupu. [1]

#### **5.2.5 Sakrokolpopexe**

Abdominální sakrokolpopexe má ze všech postupů nejnižší procento dlouhodobého selhání.

#### **5.2.6 Vaginální zákroky**

Vaginální přístup při chirurgické úpravě prolapsu obvykle znamená buď fixaci sakrospinálního vazů, nebo závěs ligamentum sacrouterinum ( lze provést též laparoskopicky ), který upevní poševní hrot do konvexity sakrální kosti.[7]

#### **5.2.7 Posteriovní volná páska k řešení enterorektokély**

Použití posteriovní volné pásky je velmi efektivním řešením redukce velké enterokély a rektokély. Používá se posteriovní TVT operace, tedy metoda inside out, kdy po preparaci ischiorektálního prostoru je páska fixována na vrchol vypreparované enterokély a tahem vyrovnává zadní kompartment.[5]

Zadní intravaginální závěsná plastika ( IVS ) je jednou z variant tohoto zákroku. Provádí se vaginálně pomocí nepružné polypropylenové sítěky ve tvaru pásky, která vytváří oporu pro pochvu. Síťka funguje jako mřížka pro růst kolagenu, přičemž syntetický materiál a vlastní tkáň pacientky při tvorbě jizvy vytvářejí silnou podpůrnou strukturu. Zadní

IVS lze provést ambulantně a lze ji uskutečnit společně s úpravou dalších poruch pánevních podpůrných struktur, jako je cystokéla, rektokéla a inkontinence.[7]

### 5.2.8 Metoda TVM ( transvaginální mesh )

Tato metoda se užívá pro komplexní řešení defektů pánevního dna. TVM je syntézou 3 operačních metod-transobturatorního přístupu, preparace bilaterálně sakrospinózních ligament a metody posteriorní volné pásky. Tento sdružený výkon je technicky náročnější, nicméně v indikovaných případech je to metoda elegantní s velmi dobrými topografickými výsledky.[6]

Jednou z variant metody TVM je metoda straight-in, která patří mezi novější chirurgické postupy. Používá se systém Straight-In – prefabrikovaná polypropylenová síťka potažená silikonem ve tvaru písmene Y se systémem pro ukotvení stehů. Pomůcku lze použít pro abdominální i laparoskopickou sakrokolpopexi. .[7]

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem mé práce je zmapovat nejdůležitější faktory, které se podílejí na vzniku descensu a prolapsu vnitřních rodidel žen a na základě zjištěných údajů přispět k prevenci tohoto onemocnění a tím ke zkvalitnění života ženy.

### 6.1 Cíle a hypotézy práce

1. CÍL: Zjistit vliv dlouhodobě vykonávané těžké fyzické práce na výskyt descensu a prolapsu

Hypotézy:

H1- domnívám se, že výskyt descensu a prolapsu souvisí s dlouhodobě vykonávanou těžkou fyzickou prací

H2- domnívám se, že více žen vykonávalo těžší fyzickou práci doma než v zaměstnání

H3- domnívám se, že většině žen pomáhají s těžšími pracemi v domácnosti členové rodiny

2. CÍL: Zjistit vliv počtu porodů a porodní váhy dětí na výskyt descensu a prolapsu

Hypotézy:

H1- domnívám se, že výskyt prolapsu a descensu se zvyšuje s rostoucím počtem vaginálních porodů

H2- domnívám se, že výskyt descensu a prolapsu roste s vyšší porodní hmotností dítěte

3. CÍL: Zjistit vliv císařského řezu a vaginálně operativního porodu na výskyt prolapsu a descensu

Hypotézy:

H1- domnívám se, že výskyt descensu a prolapsu se zvyšuje při provedení vaginálně operativního porodu

H2- domnívám se, že u žen, které rodily pomocí císařského řezu se descensus a prolapsus vyskytuje minimálně

## 6.2 Metodika průzkumu

Pro zjištění potřebných informací praktické části jsem zvolila jednu z nejrozšířenějších metod sběru dat – dotazník. Díky dotazníku jsem mohla v relativně krátké době získat větší množství informací od respondentů.

Otázky jsem se snažila klást stručně a srozumitelně, abych zamezila případným nejasnostem. Dotazník obsahoval otázky otevřené a uzavřené, které byly většinou výběrové. Pokud by respondentce nevyhovovala některá z nabízených odpovědí, tak měla možnost použít odpovědi polouzavřené s nabídkou „jiná odpověď“. Dotazník obsahoval celkem 27 otázek. Respondentkám jsem v úvodu zaručila anonymitu a ujištění, že jejich odpovědi nebudou žádným způsobem zneužity.

### 6.2.1 Výběr respondentů

K uskutečnění průzkumu jsem zvolila skupinu žen, které trpí descensem či prolapssem nebo toto onemocnění již prodělaly. Část dotazníků vyplňovaly ženy v gynekologické ambulanci na Vysočině a další v urogynekologické ambulanci ve Zlínském kraji.

### 6.2.2 Metoda zpracování získaných dat

Sběr dat jsem prováděla od listopadu 2006 do poloviny měsíce dubna 2007 v gynekologických ambulancích.

Data získaná dotazníkovým průzkumem jsem přenesla do sběrného archu a čárkovou metodou jsem spočítala výskyt hodnot v jednotlivých otázkách. Výsledky jsem zpracovala do tabulek a grafů a dále analyzovala.

Ze 140 rozdaných dotazníků se mi jich vrátilo 100, které byly plně hodnotitelné. Vzhledem k citlivé problematice jsem s neúplnou návratností i počítala, a proto jsem zadala dotazník více respondentům.



## 7 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU A HYPOTÉZ

### 7.1 Vyhodnocení dotazníku

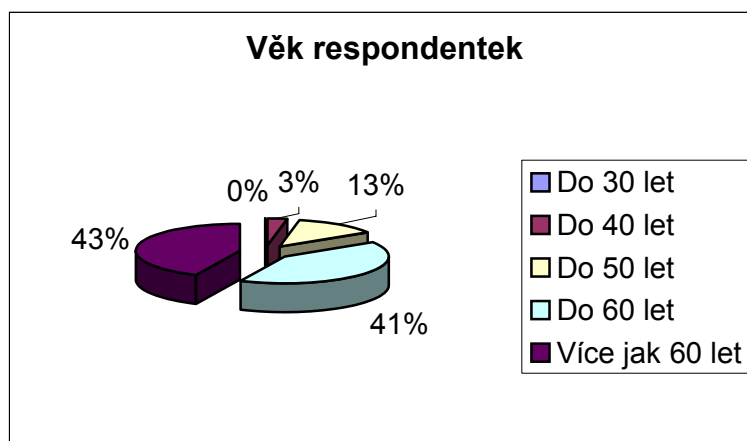
Otázka č. 1: **Váš věk:**

Tabulka č. 1

Věk respondentek	Počet	%
Do 30 let	0	0
Do 40 let	3	3
Do 50 let	13	13
Do 60 let	41	41
Více jak 60 let	43	43

Na tuto otázku odpověděly všechny respondentky. Nejvíce jsou zde zastoupeny ženy nad 60 let, což činí 43%. 41% respondentek je ve věku do 60 let, 13% žen má nad 50let a u 3% žen se descensus a prolapsus vyskytl do 40 let. Tak jak jsem očekávala, výskyt je skutečně vyšší u žen až po 50 letech.

Graf č. 1



## Otázka č. 2: Uved'te vaši současnou váhu a výšku:

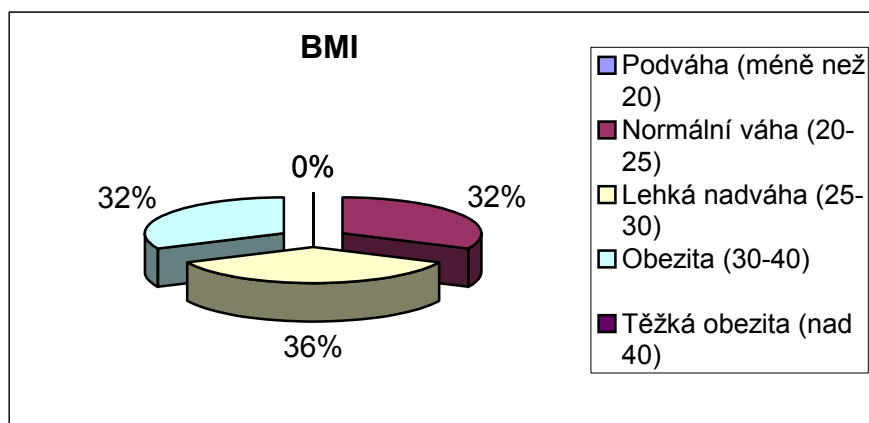
Tabulka č. 2

BMI	Počet	%
Podváha (méně než 20 )	0	0
Normální váha ( 20 - 25 )	32	32
Lehká nadváha ( 20 – 30 )	36	36
Obezita ( 30 –40 )	32	32
Těžká obezita ( nad 40 )	0	0

Ze zjištěných údajů jsem u každé respondentky vypočítala Body Mass Index ( BMI ) a na základě toho jsem zjistila do jaké váhové kategorie ženy patří.

Tuto otázku zodpovědělo všech 100 respondentek. Obezita je jedním z faktorů, které se podílejí v menší míře na výskyt descensu a prolapsu. Nejvíce žen, které trpí tímto onemocněním, má lehkou nadváhu, ale 32 % žen s obezitou je také vysoké číslo.

Graf č. 2



Otázka č. 3: Kolik členů má vaše domácnost?

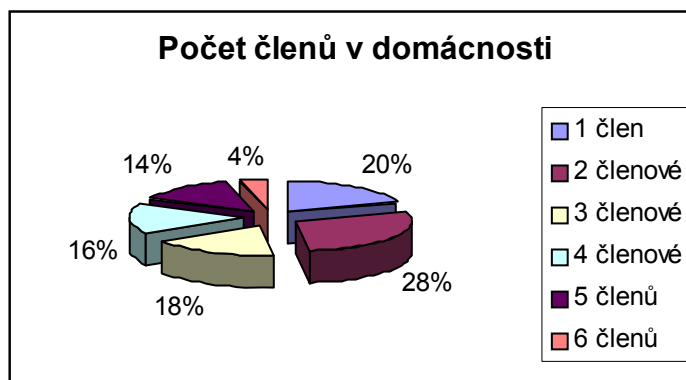
Tabulka č. 3

Počet členů v domácnosti	Počet	%
1 člen	20	20
2 členové	28	28
3 členové	18	18
4 členové	16	16
5 členů	14	14
6 členů	4	4

Otázka se vztahuje k následujícím otázkám, které zjišťují podíl dlouhodobě vykonávané těžké fyzické práce na vzniku prolapsu a descensu.

Zjistili jsme, že nejvíce respondentek žije v domácnosti, která má dva členy, což v této věkové kategorii je běžné.

Graf č. 3



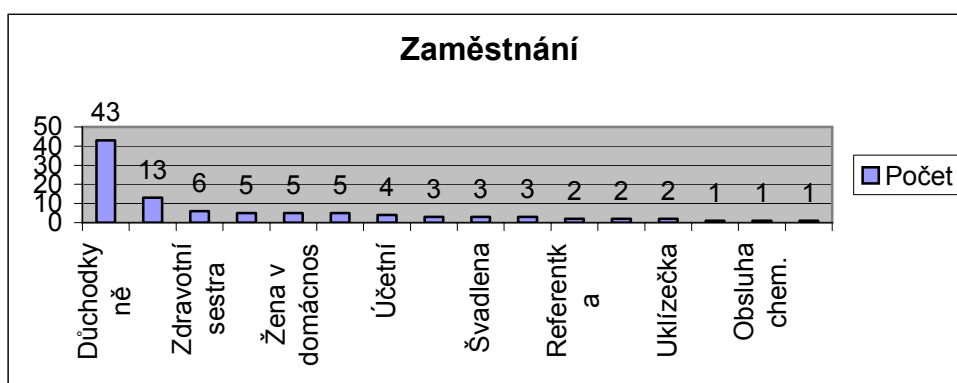
Otázka č. 4: Napište prosím vaše nynější zaměstnání:

Tabulka č. 4:

Zaměstnání	Počet	%
Důchodce	43	43
Dělnice	13	13
Zdravotní sestra	6	6
Učitelka	5	5
Žena v domácnosti	5	5
Invalidní důchodkyně	5	5
Účetní	4	4
Úřednice	3	3
Švadlena	3	3
Prodavačka	3	3
Referentka	2	2
Kuchařka	2	2
Uklízečka	2	2
Podnikatelka	1	1
Obsluha chem. úpravy vody	1	1
Ekonomka	1	1

I tato otázka se vztahuje k dlouhodoběji vykonávané těžké fyzické práci. Je to otázka rozšiřující a doplňující následujících 5 otázek. 43% respondentek je v důchodu a 13% všech respondentek činí dělnice. Jistě by bylo zajímavé zjistit, jaké povolání měly před odchodem do důchodu. Tuto otázku jsem bohužel do svého dotazníku nedala, nepočítala jsem s tolika procenty žen v důchodu. Částečně ale toto zjišťuji v následující otázce.

Graf č. 4:



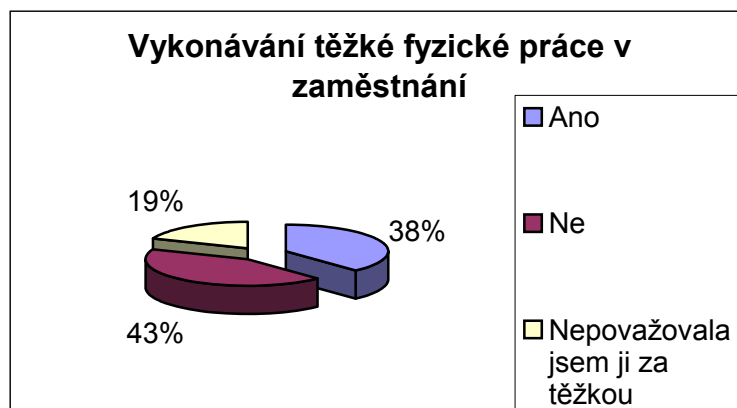
Otázka č. 5: **Vykonávala jste dlouhodoběji v zaměstnání těžkou fyzickou prací?**

Tabulka č. 5:

Vykonávání těžké fyzické práce	Počet	%
Ano	38	38
Ne	43	43
Nepovažovala jsem ji za těžkou	19	19

38% respondentek vykonávalo v zaměstnání dlouhodobě těžkou fyzickou práci, 43% ji nevykonávalo a 19% práci nepovažovalo za těžkou. Jen nižší procento žen připouští těžkou fyzickou práci, která ovlivňuje vznik tohoto onemocnění. Předpokládala jsem vyšší % žen.

Graf č. 5:



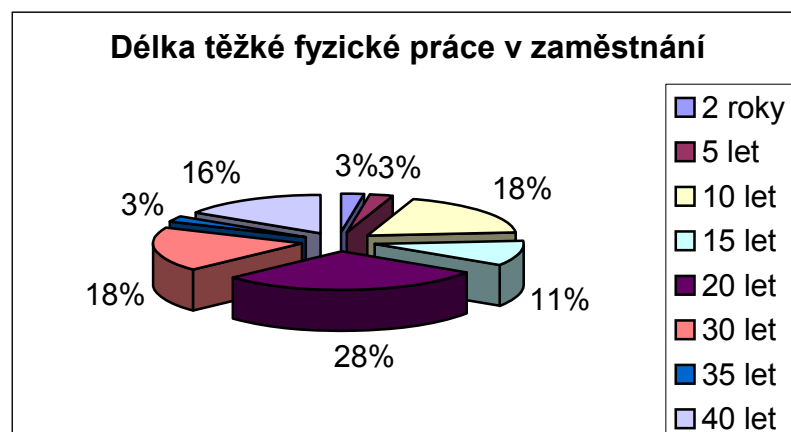
Otázka č. 6: Jestli byla Vaše odpověď v předchozí otázce kladná, uveďte zhruba jak dlouho:

Tabulka č. 6:

Délka vykonávané těžké práce	Počet	%
2 roky	1	2,6
5 let	1	2,6
10 let	7	18,4
15 let	4	10,5
20 let	11	29
30 let	7	18,4
35 let	1	2,6
40 let	6	15,8

Nejvíce respondentek, což je 29% ze všech kladných odpovědí na předchozí otázku, vykonávalo těžkou fyzickou práci v zaměstnání po dobu 20 let. Stejné procento (18,4%) žen těžce pracovalo po dobu 10 let a 30 let. Z výsledků vyplývá, že u žen s těžkou fyzickou prací po dobu 10 – 40 let, není její vliv na vznik onemocnění zanedbatelný.

Graf č. 6:



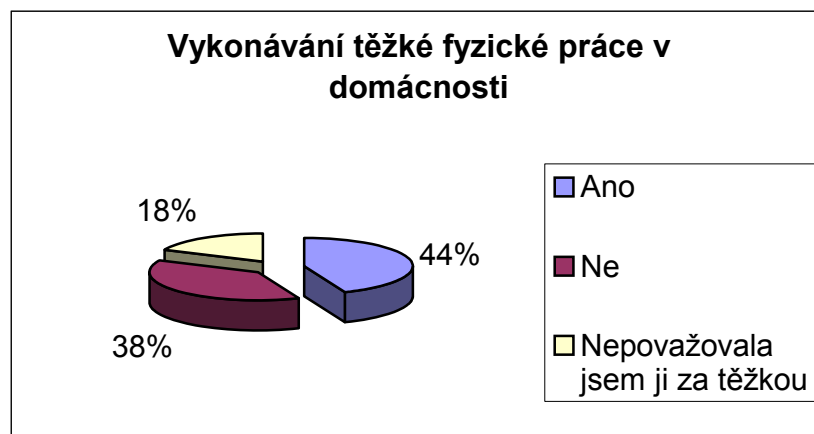
Otázka č. 7: **Vykonávala jste dlouhodoběji těžkou fyzickou práci doma?**

Tabulka č. 7:

Vykonávání těžké fyzické práce	Počet	%
Ano	44	44
Ne	38	38
Nepovažovala jsem ji za těžkou	18	18

V této otázce se nám potvrdila hypotéza č. 2, jelikož 44% žen vykonávalo dlouhodoběji těžkou fyzickou práci doma, což je o 6% více než v zaměstnání. 38% žen v domácnosti těžce nepracuje a 18% respondentek nepovažuje svoji práci za těžkou. Opět tento výsledek dokazuje podíl námahy na vzniku descensu a prolapsu.

Graf č. 7:



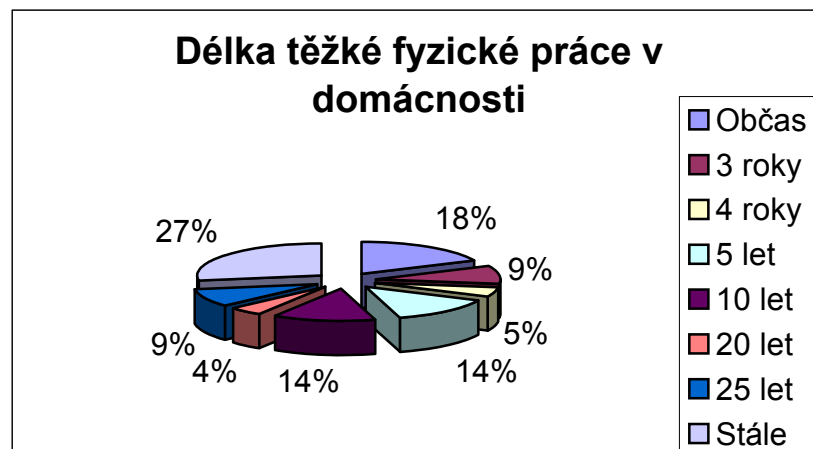
Otázka č. 8: Jestli byla Vaše odpověď v předchozí otázce kladná, uveďte zhruba jak dlouho:

Tabulka č. 8:

Délka vykonávané těžké práce	Počet	%
Občas	8	18,2
3 roky	4	9,1
4 roky	2	4,6
5 let	6	13,6
10 let	6	13,6
20 let	2	4,6
25 let	4	9,1
Stále	12	27,3

27,3% žen vykonává těžkou fyzickou práci v domácnosti stále a 18,2% žen občas, což potvrzuje danou hypotézu.

Graf č. 8:





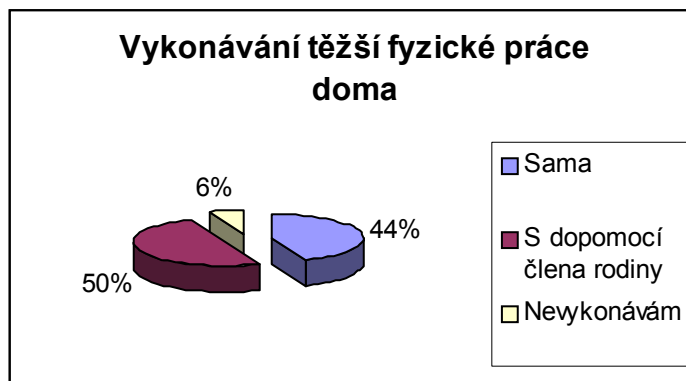
Otázka č. 9: **Těžší fyzickou práci v domácnosti** ( praní, nošení nákupů, zvedání těžších břemen...) **vykonáváte:**

Tabulka č. 9:

Vykonávání těžší práce doma	Počet	%
Sama	44	44
S dopomocí člena rodiny	50	50
Nevykonávám	6	6

V této otázce zjišťujeme, jestli respondentky zastávají všechny domácí práce samy ( 44% žen), pomáhá jim některý člen rodiny ( 50% žen ) nebo je nevykonávají vůbec a dělá ji některý člen rodiny ( 6% žen). Opět se potvrzuje moje hypotéza, že většině žen někdo z rodiny pomáhá. Tudíž nemusejí ženy tak těžce pracovat, jako kdyby byly na všechny těžší domácí práce samy.

Graf č. 9:



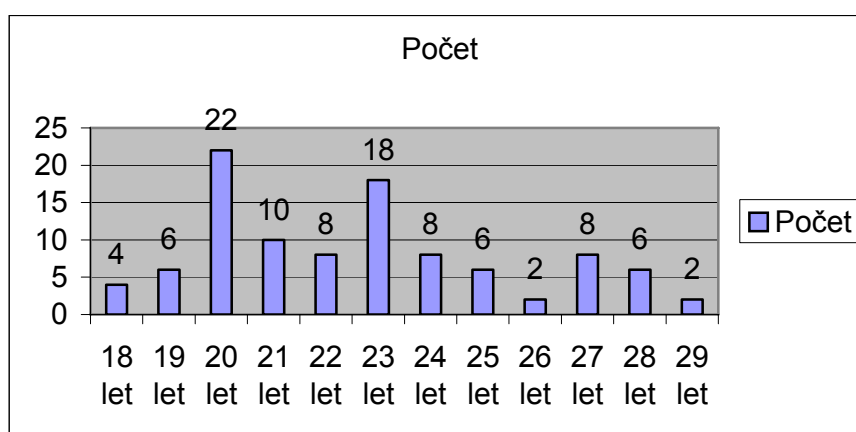
Otázka č. 10: V kolika letech jste poprvé rodila?

Tabulka č. 10:

První porod	Počet	%
18 let	4	4
19 let	6	6
20 let	22	22
21 let	10	10
22 let	8	8
23 let	18	18
24 let	8	8
25 let	6	6
26 let	2	2
27 let	8	8
28 let	6	6
29 let	2	2

Nejvíce respondentek ( 22% žen ) poprvé rodilo ve 20 letech, 18% žen ve 23 letech, 10% žen rodilo ve 21 letech a nejméně žen ( 2% ) poprvé rodilo ve 26 a 29 letech. Další věkové kategorie jsou zastoupeny v menší míře. Z toho je zřejmé, že v dané době ženy rodily v nižším věku, než nyní. V současné době došlo k posunu věku prvorodiček až k 30 letům.

Graf č. 10:



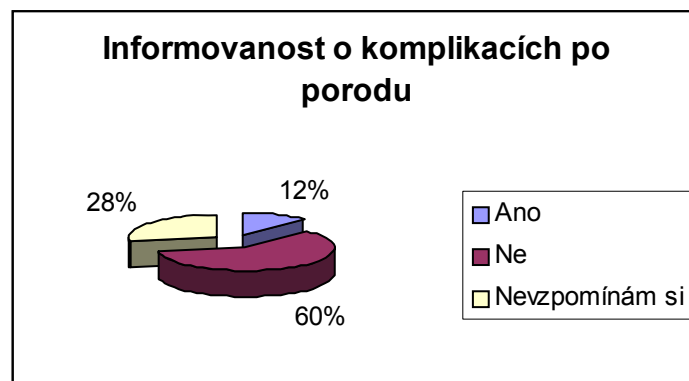
Otázka č. 11: **Byla jste v průběhu některého těhotenství informována o možných komplikacích po porodu (samovolný únik moči, pokles nebo výhřez vnitřních rodidel)?**

Tabulka č. 11:

Informovanost o komplikacích	Počet	%
Ano	12	12
Ne	60	60
Nevzpomínám si	28	28

60% žen nebylo před porodem informováno o možných komplikacích po porodu, 12% žen bylo informováno a 28% žen si nevzpomíná. 60% žen je alarmující číslo, domnívám se, že informovanost žen je nedostačující a měly by se hledat cesty, jak toto zlepšit.

Graf č. 11:



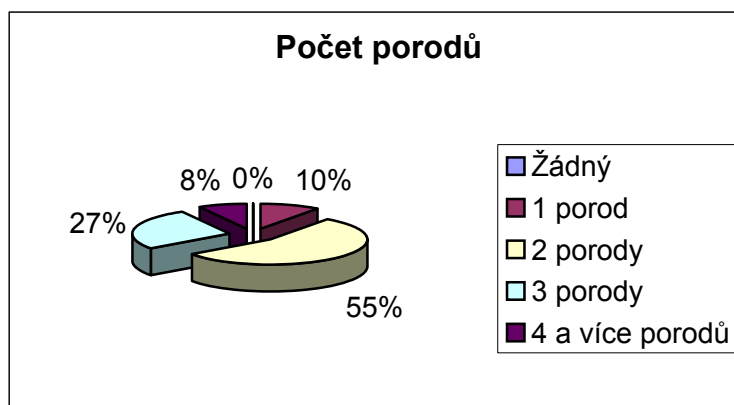
Otázka č. 12: **Kolik máte dětí?**

Tabulka č. 11:

Počet porodů	Počet	%
Žádný	0	0
1	10	10
2	55	55
3	27	27
4 a více	8	8

V této otázce jsme zjistili, že prolapsem a descensem vnitřních rodidel trpí 55% žen, které mají 2 děti, 27% žen má 3 děti, 10% žen rodilo pouze jednou a 8% respondentek má 4 a více dětí. Všechny ženy trpící tímto onemocněním rodily minimálně jednou, tudíž se nám potvrdila hypotéza, že se vaginální porody podílejí na vzniku tohoto onemocnění, i když jsem předpokládala, že větší procento žen bude mít více jak 2 porody. Počet porodů snad nemá na vznik onemocnění takový vliv, jak jsem se domnívala.

Graf č. 11:



Otázka č. 13: **Vážilo některé z vašich dětí více jak 4 kg?**

Tabulka č. 13:

Porodní hmotnost větší jak 4 kg	Počet	%
Ano	17	17
Ne	83	83

Pouze 17% respondentek porodilo dítě, které vážilo více jak 4 kg. 83% žen mělo děti s nižší porodní hmotností. Tyto výsledky ukazují, že hmotnost dítěte také nemusí výrazně ovlivnit vznik tohoto onemocnění.

Graf č. 13:



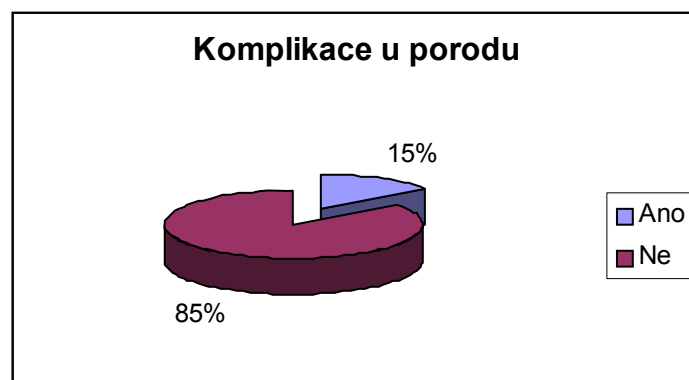
Otázka č. 14: **Byl některý z porodů komplikovaný?** ( kleště, instrumentální porod )

Tabulka č. 14

Komplikace u porodu	Počet	%
Ano	15	15
Ne	85	85

15% respondentek prodělalo vaginálně operativní porod, který je jedním z faktorů podílejících se na vzniku descensu a prolapsu vnitřních rodidel. 85% žen rodilo bez komplikací, což ukazuje, že komplikovaný porod nepřispívá ke vzniku problémů spojených s tímto onemocněním tak velkou měrou.

Graf č. 14:



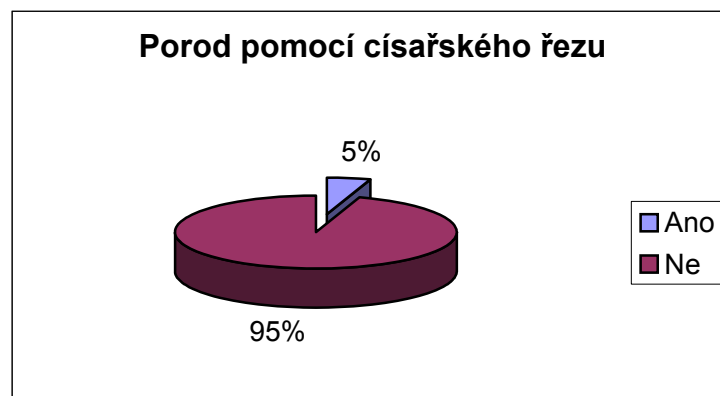
Otázka č. 15: **Rodila jste některé dítě pomocí císařského řezu?**

Tabulka č. 15:

Porod pomocí císařského řezu	Počet	%
Ano	5	5
Ne	95	95

Císařský řez podstoupilo pouze 5% žen, tudíž se potvrdila hypotéza, že u žen, které podstoupily císařský řez se descensus a prolapsus vyskytuje minimálně. 95% respondentek rodilo vaginálním porodem. Tento výsledek potvrzuje moji hypotézu č. 1, že tento faktor se nepodílí na vzniku onemocnění.

Graf č. 15:



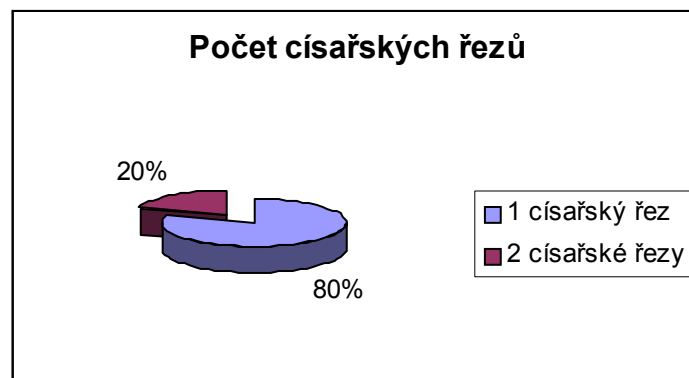
Otázka č. 16: Jestli byla odpověď v předchozí otázce kladná, uveďte, kolik císařských řezů jste podstoupila:

Tabulka č. 16:

Počet císařských řezů	Počet	%
1 císařský řez	4	80
2 císařské řezy	1	20

80% žen, které podstoupily císařský řez, porodilo tímto způsobem pouze 1 dítě a ostatní děti rodily vaginálním porodem. Pouze jedna žena, ( 20%), rodila pomocí císařského řezu všechny své děti, což je pro závěry zanedbatelné číslo.

Graf č. 16:





Otázka č. 17: **Prodělala jste při porodu nástřih hráze?**

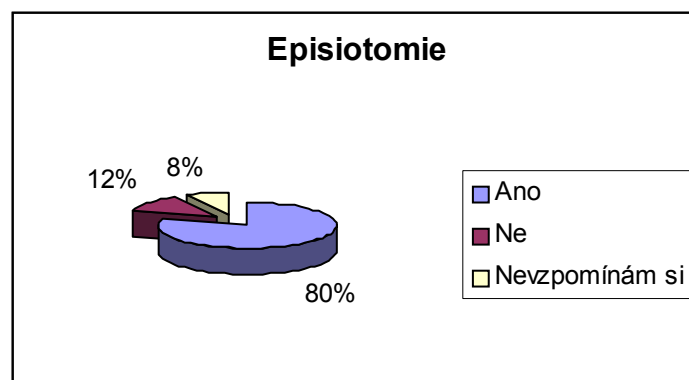
Tabulka č. 17:

Episiotomie	Počet	%
Ano	80	80
Ne	12	12
Nevzpomínám si	8	8

80% respondentek prodělalo při porodu episiotomii, která se dříve dle mého názoru dělala standartně u většiny rodiček. 12% žen nástřih nepodstoupilo a 8% žen si nevzpomíná.

Ze zjištěného může vyplývat, že episiotomie je faktor, který se podílí na vzniku descensu a prolapsu.

Graf č.17:



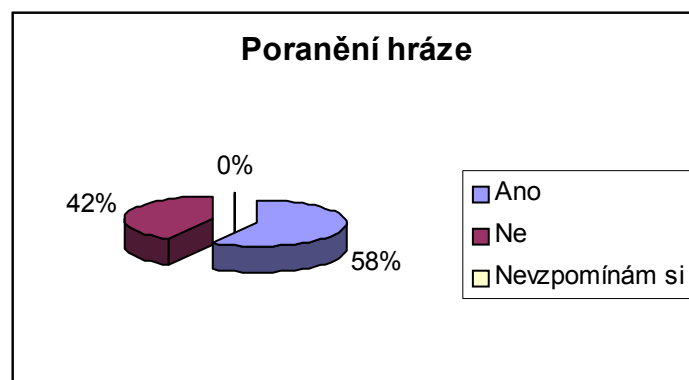
Otázka č. 18: Jestliže jste nástřih nepodstoupila, došlo u Vás k poranění hráze?

Tabulka č. 18:

Poranění hráze	Počet	%
Ano	7	58,3
Ne	5	41,7
Nevzpomínám si	0	0

U 58,3% respondentek, které u porodu neprodělaly episiotomii, došlo k ruptuře hráze. 41,7% žen žádné poranění nemělo. Na první pohled vypadá, že velké procento žen mělo rupturu hráze, ale je nutno si uvědomit, že je to číslo pouze z výpočtu u 12 žen.

Graf č. 18:



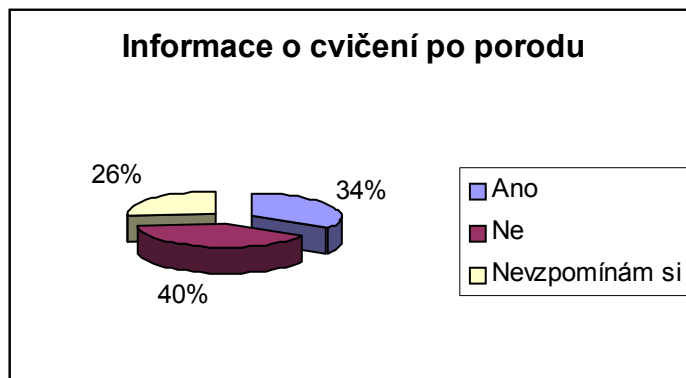
Otázka č. 19: **Byla jste po porodu seznámena s cviky na posílení svalů dna pánevního?**

Tabulka č. 19:

Informace o cvičení po porodu	Počet	%
Ano	34	34
Ne	40	40
Nevzpomínám si	26	26

Tato otázka je dle mého názoru důležitá, protože pravidelné posilování svalů dna pánevního je nejlepší prevence proti descensu a prolapsu, proto by každá žena po porodu měla znát tyto cviky a pravidelně cvičit. Pouze 34% žen bylo po porodu seznámeno s cviky na posílení svalů dna pánevního, 40% s cviky seznámeno nebylo a 26% si nevzpomíná. Opět se ukazuje nedostatečná informovanost o prevenci, která by mohla ženy uchránit před problémy v pozdějším věku.

Graf č. 19:



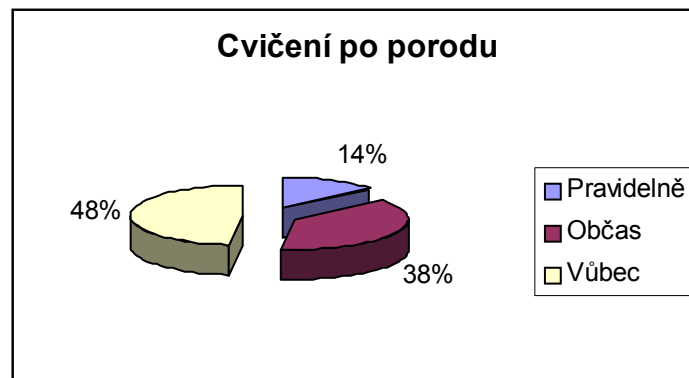
Otázka č. 20: Cvičila jste po porodu a v šestinedělí?

Tabulka č. 20:

Cvičení po porodu	Počet	%
Pravidelně	14	14
Občas	38	38
Vůbec	48	48

Většina žen ( 48% ) v období šestinedělí necvičila. 38% žen cvičilo jen občas a pouze 14% žen cvičilo pravidelně. Myslím si, že cvičení po porodu a v šestinedělí je velmi důležité pro všechny ženy nejen jako prevence problémů s descensem a prolapsem či inkontinencí, ale také pro celkovou kondici organismu. Bohužel většina žen cvičení zanedbává, což může opět souviset s malou profylaxí a s neinformovaností o rizicích spojených s porodem a nutností následného cvičení.

Graf č. 20:



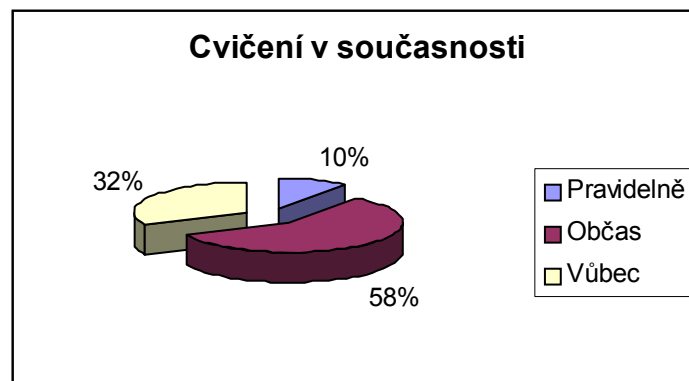
Otázka č. 21: Cvičíte nyní?

Tabulka č. 21:

Cvičení v současnosti	Počet	%
Pravidelně	10	10
Občas	58	58
Vůbec	32	32

Pravidelně cvičí pouze 10% respondentek, 58% žen cvičí občas a 32% necvičí vůbec. Cvičení je prospěšné pro všechny věkové kategorie. Spousta žen má nadváhu a sní spojené zdravotní obtíže, ale přesto nevykonávají žádnou sportovní aktivitu. Opět se ukazuje, že zdravotníci s ženami málo komunikují.

Graf č. 21:



Otázka č. 22: Kolik Vám bylo let, když obtíže spojené s poklesem či výhřezem vnitřních rodidel začaly?

Tabulka č. 22:

Věk, kdy začaly obtíže	Počet	%
30 let	2	2
35 let	10	10
40let	14	14
45 let	14	14
48 let	2	2
50 let	18	18
55 let	10	10
57 let	2	2
60 let	16	16
65 let	10	10
70 let	2	2

U 18% respondentek potíže s descensem či prolapsem začaly v 50-ti letech, u 16% žen v 60-ti letech, u 14% žen ve 40-ti a 45-ti letech, v 10% případů v 35-ti , 55-ti a 65-ti letech a u 2% žen se problémy vyskytly ve 30-ti, 48, 57 a v 70-ti letech. Výsledky jsou v souladu s mými předpoklady.

Graf č. 22:



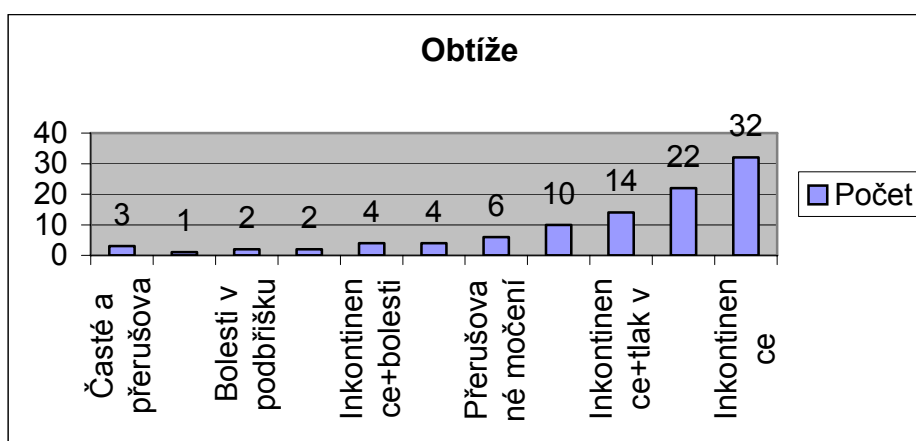
## Otázka č. 23: Jaké jste měla zpočátku tohoto onemocnění obtíže?

Tabulka č. 23:

Obtíže	Počet	%
Časté a přerušované močení	3	3
Časté krvácení	1	1
Bolesti v podbřišku	2	2
Časté močení	2	2
Inkontinence a bolesti v zádech	4	4
Bolesti v zádech	4	4
Přerušované močení	6	6
Tlak v pochvě	10	10
Inkontinence + tlak v pochvě	14	14
Bez obtíží	22	22
Inkontinence	32	32

Nejvíce žen uvádělo potíže s inkontinencí, která se vyskytla u 32% žen. Spousta žen neměla žádné obtíže, což bylo 22%. U 14% respondentek se vyskytla inkontinence a pociťovaly nepříjemný tlak v pochvě. 10% respondentek si stěžovalo na tlak v pochvě, 6% žen udávalo potíže s močením v podobě přerušovaného močení, 4% žen trpělo bolestmi v zádech jako při menstruaci, 4% žen bylo inkontinentních a trpěly bolestmi v zádech a v podbřišku. 3% respondentek udávalo časté a přerušované močení, 2% bolesti v podbřišku jako při menses, další 2% žen mělo problémy s častým močením a 1% žen trpělo častým krvácením.

Graf č. 23:



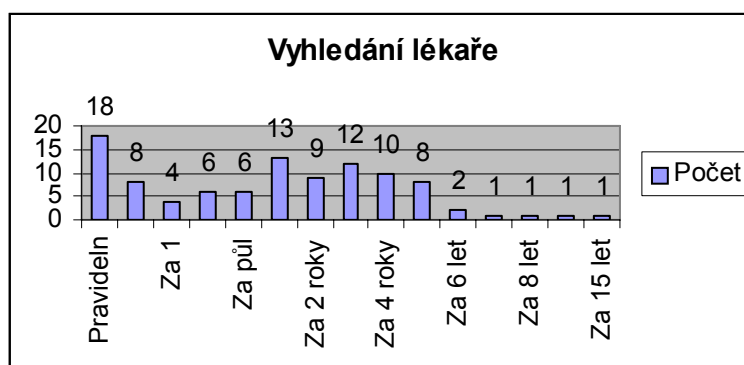
Otázka č. 24: Za jakou dobu po objevení obtíží jste navštívila lékaře?

Tabulka č. 24:

Vyhledání lékaře	Počet	%
Při pravidelné kontrole	18	18
Ihned	8	8
Za 1 měsíc	4	4
Za 3 měsíce	6	6
Za půl roku	6	6
Za 1 rok	13	13
Za 2 roky	9	9
Za 3 roky	12	12
Za 4 roky	10	10
Za 5 let	8	8
Za 6 let	2	2
Za 7 let	1	1
Za 8 let	1	1
Za 10 let	1	1
Za 15 let	1	1

U 18% respondentek zjistil jejich onemocnění lékař při pravidelné kontrole. 13% žen vyhledalo lékaře za 1 rok po objevení obtíží, 12% za 3 roky, 10% za 4 roky, 9% za 2 roky, 8% za 5 let a dalších 8% ihned po objevení obtíží. 6% žen navštívilo lékaře za 3 měsíce, 6% za půl roku, 4% za 1 měsíc, 2% žen za 6 let, a po 1% žen vyhledalo lékaře za 7, 8, 10 a 15 let. Je potěšující, že u nejvíce procent žen bylo toto zjištěno při pravidelné prohlídce, což ukazuje na péči žen o své zdraví, ale jako zdravotník si myslím, že toto procento mohlo být i vyšší.

Graf č. 24:





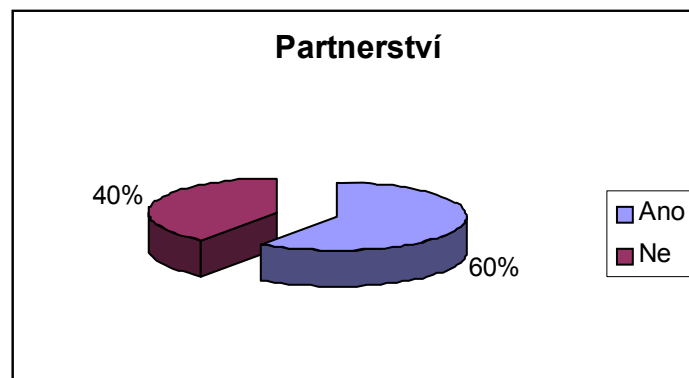
Otázka č. 25: **Mluvila jste s partnerem o tomto onemocnění?**

Tabulka č. 25:

Ví partner o onemocnění?	Počet	%
Ano	60	60
Ne	40	40

60% respondentek mluvilo se svým partnerem o svém onemocnění. 40% žen s partnerem neprobíralo své zdravotní problémy, což přičítám tomu, že byly rozvedené, vdovy, nerozuměly si s partnerem nebo se před ním styděly.

Graf č. 25:



Otázka č. 26: **Ovlivnilo toto onemocnění nějakým způsobem Váš život?**

Tabulka č. 26:

Ovlivnilo onemocnění Váš život?	Počet	%
Ano	46	46
Ne	54	54

Na tuto otázku odpovědělo 46% respondentek kladně a 54% záporně. Předpokládala jsem, že vliv potíží na kvalitu života uvede více žen.

Graf č. 26:



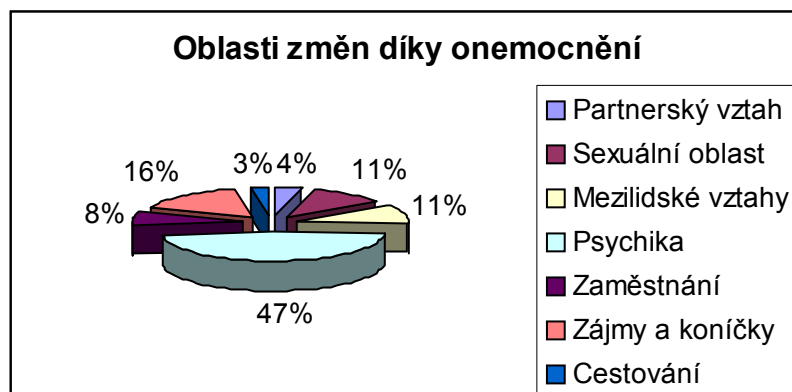
Otázka č. 27: **Jestli ano, uveďte prosím v jaké oblasti:**

Tabulka č. 27:

Oblasti změn díky onemocnění	Počet	%
Partnerský vztah	3	4
Sexuální oblast	8	10,7
Mezilidské vztahy	8	10,7
Psychika	36	48
Zaměstnání	6	8
Zájmy a koníčky	12	16
Cestování	2	2,7

Nejvíce respondentek ( 48% ) uvádí změnu v oblasti psychiky, 16% žen muselo kvůli onemocnění změnit či omezit své zájmy a koníčky. 10,7% udávalo problémy v sexuální oblasti a dalších 10,7% respondentek zaznamenalo změnu v mezilidských vztazích. U 4% žen ovlivnilo onemocnění jejich partnerský vztah a 6% žen mělo problémy v zaměstnání. 2,7% respondentek muselo omezit delší cestování. Z uvedeného vyplývá, že vliv na psychiku žen převládá, a že skutečně je pro ženu zatěžující žít s touto nemocí.

Graf č. 27:



## 7.2 Shrnutí praktické části

V 1. otázce jsme zjišťovali věk, kdy se nejčastěji vyskytuje descensus a prolapsus vnitřních rodidel. Domnívala jsem se, že většina žen bude mít kolem 60 let, což se potvrdilo, jelikož 43% žen mělo nad 60 let a 41% žen bylo ve věkové kategorii 51-60 let.

V otázce č. 2 jsem chtěla zjistit, kolik žen s tímto onemocněním trpí nadváhou nebo obezitou, protože vyšší hmotnost se určitou měrou podílí na vzniku descensu a prolapsu. Respondentky uváděly svoji váhu a výšku. Z uvedených parametrů jsem vypočítala Body Mass Index, abych zjistila, do jaké váhové kategorie mohu ženy zařadit. 36% respondentek trpělo lehkou nadváhou. 32% žen bylo obézních, což je dle mého názoru alarmující číslo, protože obezita se podílí nejen na vzniku již zmiňovaného descensu a prolapsu, ale také na spoustě jiných, daleko závažnějších onemocněních.

V následujících 7 otázkách ( otázka č. 3 – 9 ) jsem zjišťovala, jaký vliv má dlouhodobě vykonávaná těžká fyzická práce na vznik descensu a prolapsu, což jsem si určila za 1. cíl své bakalářské práce. Dlouhodoběji vykonávaná těžká fyzická práce je jedním z hlavních faktorů, které se podílejí na vzniku tohoto onemocnění.

Otázkou č. 3 jsem chtěla zjistit, kolik členů má domácnost jednotlivých respondentek, abych věděla, jestli se žena stará o větší počet členů a tudíž má fyzicky náročnější práci. 28% respondentek žije v dvoučlenné domácnosti a 20% žen žije samo, z čehož můžeme konstatovat, že nevykonávají těžší fyzickou práci. Pouze 14% respondentek žije v pětičlenné a 4% v šestičlenné domácnosti, což si myslím, že je vcelku zanedbatelné procento. Otázka č. 4 byla zaměřena na zaměstnání žen, abych zjistila, jestli musí v zaměstnání těžce fyzicky pracovat. 43% respondentek je již v důchodu. Bohužel jsem do svého dotazníku nezahrnula otázku zjišťující jaké zaměstnání ženy vykonávaly před odchodem do důchodu, protože jsem s tak vysokým procentem nepočítala. 13% žen byly dělnice, ale není to tak velké procento, abychom mohli tvrdit, že toto zaměstnání mělo vliv na vznik descensu a prolapsu. Další zaměstnání nejsou tak podstatná pro vznik tohoto onemocnění. V otázce č. 5 jsem chtěla vědět kolik žen vykonávalo v zaměstnání dlouhodoběji těžkou fyzickou práci. Kladně odpovědělo 38% respondentek, záporně 43% a 19% žen svoji práci nepovažovalo za těžkou. Následující otázka je rozšiřující předchozí otázku a zjišťovala jsem v ní, jak dlouho vykonávaly ženy dlouhodoběji těžkou fyzickou práci, jestliže odpověděly v předchozí otázce kladně. Z 38% kladných odpovědí na otázku č. 5 jsem vypočítala, kolik procent žen vykonávalo těžkou fyzickou práci v jednotlivých obdobích. 11% žen vykoná-

valo těžší fyzickou práci po dobu 20 let a po 7% žen po dobu 10 a 30 let. Ze zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že vliv dlouhodoběji vykonávané těžké fyzické práce v rozmezí 10 až 30let není zanedbatelný. Otázkou č. 7 zjišťujeme, jestli respondentky vykonávaly dlouhodoběji těžkou fyzickou práci v domácnosti. 44% žen vykonávalo doma dlouhodoběji těžkou fyzickou práci, což nám potvrzuje hypotézu č. 2, protože o 6% žen více vykonává dlouhodoběji těžkou fyzickou práci doma než v zaměstnání. 38% žen dlouhodoběji těžkou fyzickou práci nevykonávalo a 18% žen ji nepovažovalo za těžkou. V otázce č. 8 zjišťuji stejně jako v otázce č. 6, jak dlouho ženy vykonávaly v domácnosti těžší fyzickou práci. Stejným způsobem jako v otázce č.6 jsem z kladných odpovědí na otázku č. 7 vypočítala, kolik procent žen vykonávalo těžkou fyzickou práci v jednotlivých obdobích. 12% respondentek uvedlo, že těžkou fyzickou práci v domácnosti vykonává stále, 8% občas a po 6% žen ji vykonávalo po dobu 5 a 10 let. Otázky 5 až 8 potvrzují hypotézu č. 1, protože výskyt descensu a prolapsu opravdu souvisí s délkou dlouhodobě vykonávané těžké fyzické práce. I otázka č. 9 potvrzuje hypotézu ( hypotéza č. 3 ), protože 50% žen pomáhá s těžšími domácími pracemi některý člen rodiny. 44% respondentek vykonává těžší domácí práce samo, což může mít určitý vliv na vznik descensu a prolapsu. Pouze 6% žen těžší práce nevykonává vůbec a dělá je některý člen rodiny. Domnívám se, že tyto ženy jsou nemocné nebo již nejsou schopné díky vyššímu věku tyto práce vykonávat.

Dalších 9 otázek se zabývá vlivem porodu na vznik descensu a prolapsu. Porod patří mezi nejvýznamnější faktory podílející se na vzniku tohoto onemocnění. 2. cíl mé práce zjišťuje vliv počtu porodů a porodní váhy dětí na vznik descensu a prolapsu.

10. otázka v dotazníku zjišťuje věk, kdy respondentky poprvé rodily. 22% žen mělo první dítě ve 20 letech a 18% ve 23 letech, což bylo v dané době běžné. Pouze 2% žen mělo první dítě ve 26 a 29 letech. V této době mají ženy první dítě většinou kolem 30 let, což přisuzují ekonomické situaci mladých lidí. V otázce č. 11 jsem se zaměřila na informovanost žen o možných komplikacích po porodu, mezi které patří již zmiňovaný descensus a prolapsus nebo inkontinence moči. Zjistila jsem, že 60% žen nebylo s možnými komplikacemi po porodu seznámeno a pouze 12% respondentek bylo o komplikacích informováno, proto by se edukace těhotných měla v této oblasti výrazně zlepšit. 28% žen si nevzpomínalo, že jim byly podány nějaké informace o možných komplikacích po porodu. V otázce č. 12 jsem zjišťovala kolikrát respondentky rodily, jelikož v hypotéze č. 1 jsem se domnívala,

že se výskyt descensu a prolapsu zvyšuje s rostoucím počtem vaginálních porodů. 55% žen má 2 děti, 27% 3 děti, 10% 1 dítě a 8% žen uvedlo, že má 4 a více dětí. Z těchto závěrů můžeme tvrdit, že se hypotéza č. 1 potvrdila, i když jsem předpokládala, že respondentky budou mít více dětí a tudíž průkaz hypotézy tak bude směřovatější. Otázka č. 13 zjišťovala, jestli porodní váha novorozence přesáhla 4 kg. Této oblasti se týká i hypotéza č. 2, kde se domnívám, že výskyt descensu a prolapsu roste s vyšší porodní hmotností dítěte. 83% žen nemělo a pouze 17% žen mělo dítě s porodní hmotností vyšší jak 4 kg, proto se nám daná hypotéza úplně nepotvrdila a porodní hmotnost dítěte snad nemá tak velký vliv na vznik tohoto onemocnění.

3. cílem mé práce je zjistit vliv císařského řezu a vaginálně operativního porodu na výskyt descensu a prolapsu. Použití kleští či vakuum extrakci při porodu zjišťuje otázka č. 14, na kterou odpovědělo 85% respondentek záporně a jen 15% kladně. Proto se nám nepotvrdila hypotéza č. 1, kde jsem se domnívala, že se výskyt tohoto onemocnění zvyšuje při provedení vaginálně operativního porodu. V otázce č. 15 zjišťujeme, že 5% respondentek podstoupilo císařský řez a 95% žen rodilo vaginálním porodem. Potvrdila se hypotéza č. 2, protože pouze 5% žen podstoupilo císařský řez, tudíž se císařský řez podílí na vzniku descensu a prolapsu minimálně. Další otázka zjišťuje u žen, které podstoupily císařský řez, kolik dětí tímto způsobem porodily. 80% žen, které podstoupily císařský řez, porodilo tímto způsobem pouze 1 dítě a ostatní děti rodily vaginálním porodem. Pouze jedna žena, (20%), rodila pomocí císařského řezu všechny své děti. V otázce č. 17 jsem se ptala, jestli respondentky podstoupily u porodu episiotomii, jelikož se domnívám, že episiotomie má na vznik descensu a prolapsu určitý vliv. 80% žen episiotomii podstoupilo, 12% žen ne a 8% žen si nevzpomnělo. Ze zjištěných výsledků jsme zjistili, že se episiotomie podílí na vzniku tohoto onemocnění. Tuto otázku rozšiřuje otázka následující, kde jsem se zaměřila na ženy, které episiotomii nepodstoupily, což bylo 12% žen.. Zjišťovala jsem, jestli u nich došlo k ruptuře hráze. U 58,3% žen k ruptuře došlo a u 41,7% žen ne.

V následujících 3 otázkách jsem se zaměřila na prevenci vzniku descensu a prolapsu, kterou je posilování svalů dna pánevního v šestinedělí, ale také v průběhu celého života každé ženy. Otázkou č. 18 jsem zjišťovala, jestli ženy byly po porodu seznámeny s cviky na posílení svalů dna pánevního a opět, jako u otázky č. 11, jsem se setkala s nedostatečnou informovaností ze strany zdravotníků, jelikož pouze 34% respondentek bylo seznámeno s cviky na posílení svalů dna pánevního. 40% žen uvádí, že se cviky se-

známeno nebylo a 26% si nevzpomíná. Následující otázkou č. 20 jsem chtěla zjistit, jestli respondentky cvičily v šestinedělí. 48% žen necvičilo vůbec, což je dosti vysoké číslo. Částečně to připisuji nedostatečné informovanosti, protože spousta žen nevěděla, že by cvičit měly nebo neznaly žádné vhodné cviky. Pouze 14% žen v tomto období cvičilo pravidelně a 38% žen jen občas. V otázce č. 21 mě zajímalo, jestli respondentky cvičily v poslední době. 58% žen cvičilo občas, 10% žen pravidelně a 36% respondentek necvičilo vůbec.

V otázce č. 22 mě zajímalo v kolika letech se u respondentek vyskytly obtíže spojené s descensem a prolapsem. Nejvíce žen ( 18% ) uvádí, že se u nich první obtíže vyskytly v 50 letech. 16% žen uvádí obtíže v 60 letech a u 14% respondentek se první obtíže objevily ve 40 a 45 letech. U 2% žen se první příznaky vyskytly dokonce již ve 30 letech, což mě překvapilo. Další věkové kategorie byly zastoupeny v menší míře, proto je můžeme zanedbat. V následující otázce jsem zjišťovala, jaké měly respondentky trpící tímto onemocněním obtíže. 32% žen trpělo inkontinencí, 22% žen uvádělo, že žádné obtíže neměly. 14% žen udávalo inkontinenci spojenou s tlakem v pochvě a 10% žen cítilo nepříjemný tlak v pochvě, 6% žen udávalo potíže s močením v podobě přerušovaného močení, 4% žen trpělo bolestmi v zádech jako při menstruaci, 4% žen bylo inkontinentních a trpěly bolestmi v zádech a v podbřišku. 3% respondentek udávalo časté a přerušované močení, 2% bolesti v podbřišku jako při menses, další 2% žen mělo problémy s častým močením a 1% žen trpělo častým krvácením. Zjistila jsem, že obtíže spojené s descensem a prolapsem jsou dosti rozmanité.

Dále jsem v otázce č. 24 zjišťovala, za jakou dobu po objevení obtíží navštívily ženy lékaře. V 18% případů objevil onemocnění lékař při pravidelné kontrole, což ukazuje na péči žen o své zdraví, ale myslím si, že toto procento by mohlo být vyšší. 13% žen vyhledalo lékaře za 1 rok po objevení obtíží, 12% za 3 roky, 10% za 4 roky, 9% za 2 roky, 8% žen až za 5 let a dalších 8% ihned po objevení obtíží spojených s tímto onemocněním. Po 6% žen navštívilo lékaře za 3 měsíce a za půl roku, dále 4% za 1 měsíc, 2% za 6 let a po 1% za 8, 10 a 15 let. Domnívám se, že spousta žen zanedbává své zdraví v gynekologické oblasti, nedochází pravidelně na preventivní vyšetření a podceňují své zdravotní potíže.

Otázka č. 25 zjišťuje jestli respondentky mluvily s partnerem o svém onemocnění. 60% žen uvádí, že s partnerem o onemocnění mluvily a 40% žen ne. Myslím si, že ženy

kteřé s partnerem o onemocnění nemluvíly jsou rozvedené, vdovy, stydí se před partnerem rozebírat tyto obtíže nebo si s partnerem nerozumí. Domnívala jsem se, že více žen bude s partnerem o svých obtížích mluvit.

Následující 2 otázkami jsem chtěla zjistit, jestli descensus a prolapsus nějakým způsobem ovlivnil život respondentek a jakým způsobem. 54% žen popírá ovlivnění života díky tomuto onemocnění a 46% žen uvádí určité změny ve svém životě. Předpokládala jsem, že u více procent žen došlo k ovlivnění života tímto onemocněním, proto mě výsledek překvapil. Ženy, které uvedly změny ve svém životě udávají v 48% změny v oblasti psychiky, 16% žen muselo změnit nebo omezit své zájmy a koníčky, stejné procento (10,7% ) žen udává potíže v sexuální oblasti a v mezilidských vztazích. U 4% žen ovlivnilo onemocnění jejich partnerský vztah a 6% žen mělo problémy v zaměstnání. 2,7% respondentek muselo omezit delší cestování. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že nejvíce toto onemocnění působí na psychiku žen.



## ZÁVĚR

Ve své práci jsem řešila problém descensu a prolapsu vnitřních rodidel, protože mě zajímaly okolnosti vzniku a možnosti prevence tohoto onemocnění. Cílem mé práce je vyhledat nejvýznamnější faktory, které přispívají ke vzniku onemocnění, a také zjistit, na jakou oblast by měli zdravotníci zaměřit informovanost žen, aby se zlepšila prevence vzniku descensu a prolapsu. V této době trpí tímto onemocněním velké množství žen a onemocnění má dopad na kvalitu jejich života.

Na základě výsledků dotazníkového šetření jsem zjistila, že tímto onemocněním trpí nejvíce ženy s mírnou nadváhou až obezitou, kterým je nad 50 let. Všechny hypotézy, které souvisí s dlouhodobější těžkou fyzickou prací, se nám potvrdily. Zjistily jsme, že dlouhodoběji vykonávaná těžká fyzická práce souvisí se vznikem descensu a prolapsu. Více žen pracovalo těžší fyzickou prací v domácnosti než v zaměstnání a většině žen pomáhají s těžší fyzickou prací v domácnosti členové rodiny.

Dalším velice významným faktorem podílejícím se na vzniku descensu a prolapsu, je porod. Většina žen, které trpí tímto onemocněním, rodila dvakrát a vícekrát, tudíž se nám do určité míry potvrdila hypotéza, že parita žen souvisí se vznikem descensu a prolapsu. Pouze minimum žen porodilo dítě s porodní hmotností větší jak 4 kg, proto se hypotéza, kde jsem se domnívala, že vyšší porodní hmotnost dítěte přispívá ke vzniku descensu a prolapsu, nepotvrdila. Malé procento respondentek rodilo pomocí vaginálně operativního porodu, který tudíž nepřispívá takovou měrou na vznik descensu a prolapsu vnitřních rodidel. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že ženy, které podstoupily císařský řez, trpí tímto onemocněním minimálně, což potvrdilo moji hypotézu.

V praktické části jsem se také zaměřila na zjištění informovanosti žen v oblasti prevence descensu a prolapsu, a vzniku komplikací po porodu. Bohužel jsem zjistila, že spousta žen má v těchto oblastech velké nedostatky.

Výsledky mé práce by mohly pomoci zdravotníkům si uvědomit význam správné komunikace s klientkami a opakované upozornění na prevenci problémů spojených s tímto onemocněním. Ukázalo se, že je nutné zlepšit edukaci nejen těhotných, ale i rodiček a šestinedělek zejména v oblasti cvičení po porodu a posilování svalů dna pánevního po celý život žen. V přílohách práce jsem uvedla cviky po porodu a v šestinedělí a také cviky na posilování svalů dna pánevního, abych i já přispěla k informovanosti žen, která není

dostačující. Informační leták s konkrétními cviky lze použít na odděleních šestinedělí a gynekologie a v gynekologických ambulancích.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

## Knihy:

1. CITTERBART, K. et al., Gynekologie, 1. vydání, Praha:Galén, 2001, 277s, ISBN 80-7262-094-0
2. PETROVICKÝ, P.a spol., Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi-orgány a cévy, 1. vydání, Martin: Osveta, spol. s.r.o., SR 2001, 560s, ISBN 80-8063-046-1.
3. ROZTOČIL, A. a kol., Porodnictví, 1. vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 333s, ISBN 57-865-01
4. VOLEJNÍKOVÁ, H.; CHLUBNOVÁ, B., Rehabilitace v rámci porodní asistentky, 2. doplněné vydání, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993, 68s, ISBN 80-7013-150-0

## Časopisy:

5. ADAMÍK, Z. Posteriošní volná páska k řešení enterorektokély, Česká gynekologie, Roč. 71, 2006 č. 1, s. 31-33
6. ADAMÍK, Z. Metoda TVM ( transvaginální mesh ) pro komplexní řešení defektů pánevního dna, Česká gynekologie, Roč. 71, 2006 č. 1, s. 33-36
7. BERCIK, Richard S. Nové postupy úpravy vaginálního prolapsu, Gynekologie po promoci, Roč. 5, 2005 č. 6, s. 40-44
8. HANUŠ, T. Prolaps pánevních orgánů, Moderní gynekologie a porodnictví 12, březen 2003 č. 1
9. OTČENÁŠEK, M. Anatomie pánevního dna, Moderní gynekologie a porodnictví 12, březen 2003 č.1

10. ŠVABÍK, K.; MARTAN, A. Těhotenství, porod – poruchy pánevního dna a inkontinence moči, Moderní gynekologie a porodnictví 12, březen 2003 č. 1

Internetové stránky:

11. [www.levret.cz](http://www.levret.cz)

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1: Závěsný aparát pochvy.....	11
Obr. 2: Pochva a její jednotlivé etáže – počítačový model.....	13
Obr. 3: Level I v obraze magnetické rezonance.....	13
Obr. 4: Level II v obraze magnetické rezonance.....	14
Obr. 5: Level III v obraze magnetické rezonance.....	15
Obr. 6: Perineální membrána – pohled zdola.....	15
Obr. 7: Svaly dna pánevního, pohled shora.....	17
Obr. 8: Podpůrný a závěsný aparát dělohy.....	19
Obr. 9: Schématické odvození anteflexe a anteverse dělohy.....	21

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1.....	42
Tabulka č. 2.....	43
Tabulka č. 3.....	44
Tabulka č. 4.....	45
Tabulka č. 5.....	46
Tabulka č. 6.....	47
Tabulka č. 7.....	48
Tabulka č. 8.....	49
Tabulka č. 9.....	50
Tabulka č. 10.....	51
Tabulka č. 11.....	52
Tabulka č. 12.....	53
Tabulka č. 13.....	54
Tabulka č. 14.....	55
Tabulka č. 15.....	56
Tabulka č. 16.....	57
Tabulka č. 17.....	58
Tabulka č. 18.....	59
Tabulka č. 19.....	60
Tabulka č. 20.....	61
Tabulka č. 21.....	62
Tabulka č. 22.....	63
Tabulka č. 23.....	64
Tabulka č. 24.....	65
Tabulka č. 25.....	66

Tabulka č. 26.....67

Tabulka č. 27.....68

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I – Dotazník

Příloha P II – Cviky na posílení pánevního dna

Příloha P III – Cvičení po porodu



## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

Jmenuji se Iva Jandlová a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia obor Porodní asistentka. Součástí ukončení mého studia je vypracování bakalářské práce na téma: Vliv porodu na descensus a prolapsus vnitřních rodidel ( pokles a výhřez vnitřních rodidel), což je problém většího počtu žen. V rámci výzkumu vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku. Zjištěné výsledky mé práce mohou přispět ke zkvalitnění dalšího života mnoha žen.

Zakroužkujte prosím vaše zvolené odpovědi, eventuelně doplňte vlastními slovy.

Děkuji za Vaši ochotu a čas.

**1. Váš věk:**

a) do 30 let

b) do 40 let

c) do 50 let

d) do 60 let

e) více jak 60 let

**2. Uved'te vaši současnou váhu a výšku:.....**

**3. Kolik členů má Vaše domácnost?.....**

**4. Napište prosím vaše nynější zaměstnání.....**

**5. Vykonávala jste dlouhodoběji v zaměstnání těžkou fyzickou práci?**

a) ano

b) ne

c) nepovažovala jsem ji za těžkou

**6. Jestli byla vaše odpověď v předchozí otázce kladná, uveďte zhruba jak dlouho.....**

- 7. Vykonávala jste dlouhodoběji těžkou fyzickou práci doma?**  
a) ano    b) ne    c) nepovažovala jsem ji za těžkou
- 8. Jestli byla vaše odpověď v předchozí otázce kladná, uveďte zhruba jak dlouho.....**
- 9. Těžší fyzickou práci v domácnosti ( praní, nošení nákupů, zvedání těžších břemen...) vykonáváte:**  
a) sama    b) s dopomocí některého člena rodiny  
c) nevykonávám ( dělá ji některý člen rodiny)
- 10. V kolika letech jste poprvé rodila?.....**
- 11. Byla jste v průběhu některého těhotenství informována o možných komplikacích po porodu ( samovolný únik moči, pokles nebo výhřez vnitřních rodidel....)?**  
a) ano    b) ne    c) nevzpomínám si
- 12. Kolik máte dětí?**  
a) žádné    b) 1    c) 2    d) 3    e) 4 a více
- 13. Vážilo některé z vašich dětí více jak 4 kg?**  
a) ano    b)ne
- 14. Byl některý z porodů komplikovaný? ( kleště, instrumentální porod.....)**  
a) ano    b) ne
- 15. Rodila jste některé dítě pomocí císařského řezu?**  
a) ano    b) ne
- 16. Jestli byla odpověď v předchozí otázce kladná, uveďte, kolik císařských řezů jste podstoupila?.....**
- 17. Prodělala jste při porodu nástřih hráze?**

a) ano

b) ne

c) nevím

**18. Jestliže jste nástřih nepodstoupila, došlo u vás k poranění hráze?**

a) ano

b) ne

c) nevzpomínám si

**19. Byla jste po porodu seznámena s cviky na posílení svalů dna pánevního?**

a) ano

b) ne

c) nevzpomínám si

**20. Cvičila jste po porodu a v šestinedělí?**

a) pravidelně

b) občas

c) necvičila

**21. Cvičíte nyní?**

a) pravidelně

b) občas

c) necvičím

**22. Kolik vám bylo let, když obtíže spojené s poklesem či výhřezem vnitřních ro-  
didel začaly?.....**

**23. Jaké jste měla zpočátku tohoto onemocnění obtíže? ( doplňte )**

.....  
.....  
.....

**24. Za jakou dobu po objevení obtíží jste navštívila lékaře? ( doplňte )**

.....

**25. Mluvila jste s partnerem o tomto onemocnění?**

a) ano

b) ne

**26. Ovlivnilo toto onemocnění nějakým způsobem váš život?**

a) ano

b) ne

**27. Jestli ano, uveďte prosím v jaké oblasti.** ( možno označit i více odpovědí)

a) partnerský vztah

b) sexuální oblast

c) mezilidské vztahy

d) psychika

e) sociální oblast

f) zaměstnání

g) zájmy a koníčky

h)jiné:.....

.....

## PŘÍLOHA II : CVIKY NA POSÍLENÍ PÁNEVNÍHO DNA

1. Leh na zádech, dolní končetiny natažené a zkřížené v kotnících

stisknout dolní končetiny po celé délce k sobě, stisknout hýžd'ové svaly k sobě, vtáhnout břišní svaly, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici ( pocit zadržetí stolice a moče )- držíme 15 sekund, poté uvolnit ( 30 sekund )



2. Leh na zádech, dolní končetiny natažené, paže podél těla

Stisknout dolní končetiny k sobě od kotníků až do kyčlí, lehce nadzvednout pánev, vtáhnout břicho, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici, uvolnit



3. Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, kolena mírně od sebe, paže podél těla Stisknout kolena, stehenní svaly, hýžd'ové svaly k sobě, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici – držíme 15 sekund, Uvolnit, zpět do základního postavení (30 sekund)



4. Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, paže podél těla

Zvednout pánev, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici, pánví opsat kruh ve vzduchu, uvolnit, položit, totéž opačným směrem



5. Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, kolena mírně od sebe, paže podél těla

Zvednout pánev, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici – držet 15 sekund, uvolnit, zpět do základního postavení – 30 sekund



## PŘÍLOHA III: CVIČENÍ PO PORODU

Cvičit začínáme 12 až 24 hodin po porodu. Cvičení trvá 10 až 20 minut, každý cvik opakujeme 5-10x.

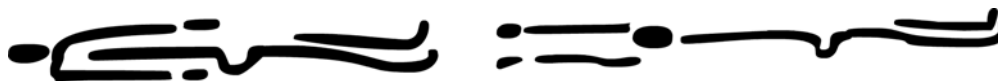
Cvičení se rozděluje do tří skupin:

- 1. Cvičení 1. den po porodu**
- 2. Cvičení 2. a 3. den po porodu** – cvičíme všechny cviky 1. dne, zintenzivníme cvičení svalstva dna pánevního a přidáme cviky velkých kloubů dolních končetin
- 3. Cvičení 4. a další dny po porodu** – zařazujeme předchozí cvičení a přidáme: cviky na posílení přímých a šikmých břišních svalů

### I. CVIČENÍ 1. DEN PO PORODU

1. Leh na zádech, dolní končetiny natažené, paže podél těla

*vdech*- vzpažit, *výdech* - připažit



2. Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené v kolenou, chodidla opřena o podložku, ruce položené na břicho

*vdech*- vyklenout břišní stěnu, *výdech*- uvolnit břišní stěnu



3. Leh na zádech, dolní končetiny natažené, paže podél těla, roznožit

Kroužíme v kotnících oběma směry



4. Leh na zádech, dolní končetiny natažené, paže podél těla

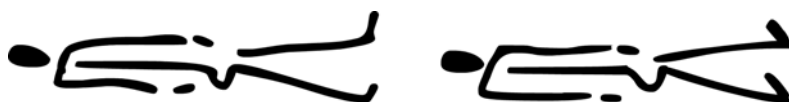
Stisknout dolní končetiny k sobě od kotníků až do kyčlí, lehce nadzvednout pánev, vtáhnout břicho, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici

Uvolníme



5. Leh na zádech, dolní končetiny natažené, paže podél těla

Protahujeme špičku a patu



6. Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, paže podél těla

Stiskneme dolní končetiny k sobě, zvedneme pánev od podložky, stiskneme sedací svaly, vtáhneme břicho, konečník, pochvu a močovou trubici.

Uvolníme





7. Leh na zádech, dolní končetiny natažené, paže podél těla, skrčit předpažmo, zatlačit dlaně silou od sebe.

Uvolnit, paže k tělu.



8. Leh na zádech, dolní končetiny natažené, paže podél těla.

*Vdech*- upažit, *výdech*- připažit



*Cvičení skončí ženy, které jsou 1. den po porodu a ostatní pokračují ve cvičení*

## II. CVIČENÍ 2. A 3. DEN PO PORODU

9. Leh na břicho, dolní končetiny natažené, skrčit upažmo, ruce pod čelem

Opřeme palce nohou o podložku, napneme kolena vzhůru, stiskneme dolní končetiny a sedací svaly k sobě, vtáhneme konečník, pochvu a močovou trubici

Uvolníme a položíme kolena



**10. Lež na břiše, dolní končetiny natažené, skrčit upažmo, ruce pod čelem**

Stiskneme sedací svaly k sobě, vtáhneme břicho a zanožíme levou nohu ( pouze 10 cm nad podložkou )

Zpět přinožíme a uděláme totéž pravou nohou



**11. Lež na zádech, dolní končetiny natažené, paže podél těla**

Skrčíme přednožmo levou dolní končetinu

Zpět přinožíme a uděláme totéž pravou nohou



**12. Lež na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku**

Upažíme a obě kolena položíme vlevo

Zpět a totéž opakujeme vpravo



13. Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, paže podél těla

Zvedneme pánev, vtáhneme konečník, pochvu, močovou trubici a pánví opíšeme kruh

Uvolníme, položíme a totéž opakujeme opačným směrem



14. Leh na zádech, dolní končetiny natažené, paže ohnuté v lokti, prsty zaklesnuté do sebe

*Vdech*- zatáhneme paže do stran, *výdech*-uvolníme paže



*Cvičení skončí ženy, které jsou 2. a 3. den po porodu a ostatní pokračují ve cvičení*

### III. CVIČENÍ 4. A DALŠÍ DNY PO PORODU

15. Leh na zádech, dolní končetiny skrčené, paže podél těla

Stiskneme sedací svaly k sobě a přitáhneme kolena k břichu

Položíme zpět a opakujeme



**16. Leh an zádech, dolní končetiny skrčené, kolena na břicho, upažíme**

Položíme obě dolní končetiny vlevo a kolena dáme vlevo

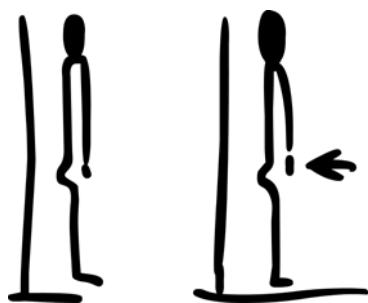
Totéž opakujeme vpravo



**17. Stoj spojný ( zády u zdi )**

Stahem břišních a hýžd'ových svalů přitiskneme bederní páteř ke zdi

Uvolníme



**18. Stoj rozkročný**

*Vdech-* upažením vzpažíme, *výdech-* upažením připažíme

