

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Erika Zbořilková

Synechie

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Janoušková

Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a informační zdroje

Olomouc 9. května 2016

.....

podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Janouškové za odborné vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad. Dále děkuji své rodině a blízkým za trpělivost a podporu během celého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: bakalářská práce

Téma práce: Synechie

Název práce: Synechie

Název práce v AJ: Adhesions of labia minora

Datum zadání: 2016-02-29

Datum odevzdání: 2016-05-09

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Erika Zbořilková

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Janoušková

Oponent práce: Mgr. Renata Hrubá

Abstrakt v ČJ: Cílem předkládané práce je sumarizace poznatků o onemocnění synechií vulvae infantum (labial adhesions) v dětském věku. Zvoleným prostředkem k dosažení stanoveného cíle je využití designu přehledové studie. Práce se soustředí na synechie zevních rodidel u děvčat v batolecím období a edukaci rodičů v oblasti intimní hygieny. Správně prováděná péče o zevní dívčí genitál je nejúčinnějším preventivním opatřením vzniku srůstu labia minor.

Abstrakt v AJ: The aim of the presented thesis is the summary of findings dealing with synechia vulva infantum disease (labia adhesionis) in children's age. The chosen tool to reach the given aim is to use design of a review. The thesis focuses on vulva synechia of girl toddlers and education of parents related to intimate hygiene. Well performed care of girl's vulva is the most effective precaution of labia minor adhesion.

Klíčová slova v ČJ: hygiena, dívka, dětská gynekologie, prevence, porodní asistentka, puberta, synechie, výtok, zevní genitál dívek, fluor, intimní hygiena, edukace, léčba synechií

Klíčová slova v AJ: hygiene, girl, paediatric gynekology, prevention, midwife, puberty, synechia, vaginal discharge, phimosis, girl's external genital, fluorine, intimate hygiene, midwife, education, synechia, treatment of synechia

Rozsah: 43 stran/ 1 příloha

OBSAH

ÚVOD	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	9
2 SYNECHIA VULVAE INFATUM	9
2.1 ETIOPATOGENEZE.....	10
2.2 KLINICKÉ PROJEVY, DIAGNOSTIKA A TERAPIE	12
3 PREVENCE SYNECHIE.....	15
3.1 HYGIENA ZEVNÍHO DÍVČÍHO GENITÁLU	16
3.2 KOMPLIKACE PŘI NEDODRŽENÍ ZÁSAD HYGIENY O ZEVNÍ GENITÁL ..	18
4 VULVOVAGINITA V DĚTSKÉM VĚKU	19
4.1 VULVOVAGINITIS V NOVOROZENECKÉM OBDOBÍ	19
4.2 VULVOVAGINITIS V KLIDOVÉM OBDOBÍ	20
5 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PREVENCI SYNECHIE.....	23
5.1 GYNEKOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH.....	23
5.2 PORODNÍ ASISTENTKA JAKO EDUKÁTOR V OBLASTI HYGIENY	27
ZÁVĚR	31
REFEREČNÍ SEZNAM.....	35
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	39
SEZNAM TABULEK	40
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	41
SEZNAM PŘÍLOH	43

ÚVOD

Synechia vulvae je stav, kdy zcela vyvinutá rodidla dívek ve věku 1 až 6 let srostou a tím se změní jejich typický vzhled. Protilehlé sliznice poševního vchodu srostou a tím se změní typický vzhled rodidel. Tento stav nepředstavuje vrozenou vadu. Nevyskytuje se ani u novorozenců, ani u dívek v období pohlavního dospívání.

Ve většině případů je synechie zjištěná matkou nebo dětským lékařem při pravidelném vyšetření. Léčba je indikovaná podle jednotlivých stádií. Od lehkých případů, kdy stačí srůst mechanicky rozrušit, až po stav, kdy je potřeba řešit situaci chirurgickým zákrokem. Diagnostikou a léčbou se zabývá obor dětské gynekologie.

Nejdůležitější je prevence. Spočívá v každodenní pravidelné a řádné péči o rodidla kojence. Synechie má tendenci se opakovat, proto je velmi důležitá i sekundární prevence.

Matky novorozeneckých dívek musí být řádně poučeny o péči o zevní rodidla dívek a seznámeny s možnými následky nedodržování základních hygienických návyků, které je potřeba utvářet od raného věku dítěte.

Důležitou roli v edukaci matek o péči a hygieně dívčího genitálu hraje porodní asistentka, která by měla zohlednit specifický a individuální přístup k samotným klientkám.

Bakalářská práce je rozdělena do několika kapitol. První kapitola se zabývá základní charakteristikou synechie, příčinami vzniku onemocnění, symptomatologií, diagnostikou a terapií. Druhá část se soustředí na prevenci synechie a komplikace, které vznikají při nedostatečné hygieně a péči o zevní dívčí genitál. Obsahem kapitoly třetí je výskyt vulvovaginitid v novorozeneckém a klidovém období. Poznatky o problematice profese porodní asistentky (PA) a její roli v edukaci rodičů v oblasti intimní hygieny dívek jsou prezentovány v páté kapitole.

V příloze je umístěn informační leták k edukaci rodičů o synechii ze strany porodních asistentek.

Zkoumaný problém:

Hlavní otázkou bakalářské práce je: „Jaké poznatky o problematice synechie byly dosud publikovány?“

Cíle:

1. Předložit poznatky o problematice synechie
2. Předložit poznatky o prevenci synechie
3. Předložit poznatky o problematice vulvovaginitidy v dětském věku
4. Předložit poznatky o roli porodní asistentky v prevenci synechie

Vstupní literatura:

HODICKÁ Z., REJDOVÁ I. Synechia vulvae. *Pediatric pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 6, s. 389. ISSN: 1213-0494.

HOŘEJŠÍ, J. Gynekologie dětí a dospívajících v České republice. *Časopis lékařů českých*, 2006, roč. 145, č. 7, s. 554-556. ISSN: 0008-7335.

HOŘEJŠÍ, J. Gynekologie dětí a dospívajících. *Postgraduální medicína*, 2004, roč. 6, č. 6, s. 630-635. ISSN 1212-4184.

HOŘEJŠÍ, J. *Dětská gynekologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0075-x.

HOŘEJŠÍ, J. *Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek: Informace pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0553-2.

HOŘEJŠÍ, J. Vyšetřování v dětské gynekologii. *Moderní gynekologie a porodnictví: Dětská gynekologie*, 2001, roč. 10, č. 4, s. 404-405. ISSN 1211-1058.

HOŘEJŠÍ, J., ROB, L. Zhoubné nádory rodidel v dětském věku včera, dnes a zítra. *Časopis lékařů českých*. 2003, roč. 142, č. 2, s. 84-87. ISSN 0008-7335.

ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART K. et al. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén. 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROZTOČIL, A. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: hygiena, děvče, dětská gynekologie, prevence, porodní asistentka, puberta, synechie, výtok, zevní genitál dívek, fluor, intimní hygiena, edukace, léčba synechie

Klíčová slova v AJ: hygiene, girl, paediatric gynekology, prevention, midwife, puberty, synechia, vaginal discharge, girl's external genital, fluorine, intimate hygiene, midwife, education, synechia, treatment of synechia

Jazyk: angličtina, čeština, slovenština

Období: 2010 -2016



DATABÁZE:

EBSCO, GOOGLE, GOOGLE Scholar a PubMed, MEDVIK, česká a zahraniční periodika, internetové zdroje



Nalezeno 331 článků



Vyřazovací kritéria: duplicitní články, kvalifikační práce, články nesplňující kritéria zaměřená na lékařskou problematiku



Pro tvorbu bylo dohledáno 33 dohledaných článků, z toho 12 cizojazyčných, dokumentů a 32 knih



Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů

EBSCO GOOGLE GOOGLEScholar MEDVIK

Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů

Pediatric pro praxi-5článků, Moderní gynekologie a porodnictví-2články, Praktická gynekologie-2články, Vox pediatrics-2články, Skripta-2články, American Journal of Obstetrics & Gynecology-1článek, Ceylon Medical Journal-1článek, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology-1článek, Journal of Pediatric Surgery-1článek, Turkish Journal of Medical Sciences-1článek, Časopis lékařů českých-1článek, Postgraduální medicína-1článek, Lékařské listy-1článek, Urologie pro praxi-1článek, Sanquis-1článek, Aperio-1článek, Internetové zdroje-3články, Diplomová práce-1článek

Pro tvorbu bakalářské práce bylo použito z databáze 16 knižních titulů, 3 internetové zdroje, 23 periodik, z toho 17 v českém jazyce, 6 bylo cizojazyčných periodik,

2 SYNECHIA VULVAE INFATUM

2.1 ETIOPATOGENEZE

Během novorozeneckého období je dítě chráněno hormony, které jsou produkovány matkou. Po skončení této etapy dochází ke ztenčení sliznic pochvy a poševního vchodu a dívčí genitál se tak stává citlivější. Pokud k sobě zůstanou protilehlé sliznice slepeny, nečistotou nebo mázkem, dochází k velmi rychlému a pevnému srůstu a vzniku takzvané tak zvané synechie vulvy (Kropáčová, 2015).

Synechie vulvae infantum představuje stav, při kterém normálně vyvinutá rodidla dívek srostou. Častý, ale nesprávný termín používaný u laické veřejnosti je srůst malých stydkých pysků. Obvykle srůstá sliznice protilehlých stran poševního vchodu, nikoliv malé stydké pysky. Tento srůst mění charakteristický vzhled rodidel tak, že to bývá nesprávně interpretováno jako vývojová vada (nejčastěji aplázie – nevývin pochvy) (Hořejší, 2003, s. 43; Wolf, 2008, s. 35-36).

Synechie není vrozenou vadou, nevyskytuje se u novorozenců nebo u dívek v období pohlavního dospívání (Hořejší, 2003, str. 43). Jde o patologický stav, který můžeme vidět jen v klidovém, neestrogenizovaném období, tedy v období, kdy nejsou zevní rodidla pod vlivem pohlavních hormonů – estrogenů (Skřenková, 2006, s. 142).

Cílem studie - Synechie vulvae u pubertálních dívek (Kumar et al., 2006, s. 243) bylo sledovat výskyt synechie vulvae u dívek v období puberty, kdy je velmi vzácný a bývá obvykle výsledkem chronického zánětu infekce močových cest, hypoestrogenismu nebo chirurgických operací traumat vulvy. Sexuální zneužívání vedoucí ke vzniku synechie je u dívek, které dosáhly první menstruace, velmi vzácné. Ve studii jsou popisovány 3 případy synechie u pubertálních dívek. Jedna měla v minulosti genitální trauma, druhá prodělala v minulosti chirurgický zákrok v důsledku retence moči a poslední z nich měla v anamnéze uvedeno sexuální zneužívání. Pro odstranění synechie bylo provedeno chirurgické ošetření s aplikací krému s estrogeny v pooperačním období. Léčba byla ve všech případech úspěšná.

Při nedokonalé nebo nesprávně prováděné hygienické péči o zevní genitál dívek, které jsou v klidovém období a u nichž zůstávají okraje poševního vchodu k sobě slepena smegmatem či nečistotou, vznikne až konglutinace (conglutinatió vulvae) (Skřenková, 2006, s. 142). Konglutinace vzniká velmi rychle a to během 10 až 14 dnů. Pokud včas nedojde k ošetření a přerušení slepení, protilehlá místa srostou. Podkladem srůstu je vazivová cévnatá

vrstva, po obou stranách krytá vrstevnatým dlaždicovým epitelem. Srůst je zprvu průsvitně tenký. Trvá-li tento stav příliš dlouho, dochází k vytvoření pevného kožovitého srůstu. Podle rozsahu mohou být synechie částečné nebo až subtotální, nikdy nemohou být totální, to by způsobilo retenci moči (Hodická, 2013, s. 389; Wolf, 2008, s. 35-36) viz obrázek 1.

Podle topografie se synechie klasifikují:

1. srůst přední - synechia vulvae ventralis, kdy jde skutečně o slepení, později srůst malých stydkých pysků
 - zakrývá zpravidla pouze zevní ústí uretry
 - výskyt této formy je velmi málo častý
2. srůst střední - synechia vulvae media, který vzniká spojením střední části sliznic poševního vchodu za vzniku různě širokého můstku mezi oběma stranami genitálu
 - většinou nezakrývá uretru ani hymen
 - tento typ je poměrně vzácný
3. srůst zadní – synechia vulvae dorsalis a je nejčastější – představuje až 90 % ze všech typů synechií, který uzavírá poševní vchod odzadu různě vysoko vpřed (viz obrázek 1).

Zevní rodidla se slepením a později srůstem protilehlých sliznic poševního vchodu uzavírají a zpočátku není patrné vyústění pochvy s hymenem. Postupem času přestává být vidět vyústění močové trubice, jako by rodidla byla srostlá zcela úplně. Vpředu vždy zůstává otvor pro odtok moči, ale není to ústí močové trubice. V tomto stavu je skryto za srůstem. Moč pak ze zevního ústí uretry vytéká do srůstem uzavřeného vestibulu vaginae a odtud odtéká navenek (Hořejší, 2006, s. 631-632)

Samotnému dítěti obvykle synechie vulvy nečiní žádné obtíže. Někdy matky vypovídají o jiném směru proudu moci při mikci (při dorzálních synechiích dopředu, při ventrálních dozadu). Jsou-li synechie subtotální, musí dítě při močení více tlačit, aby se vyprázdnilo (Hořejší, 2003, s. 43; Guldberg, 2007, s. 251).

Cílem studie - Co je skutečnou příčinou synechie? (Celayir, 2002, s. 161) bylo zhodnotit základní příčinu synechie. Studie se zúčastnilo 23 dívek se synechií během 45 měsíců. Průměrný věk dívek se synechií byl 18 měsíců. Žádná z nich neměla příznaky infekce močových cest. Všechny byly vyšetřovány na bakteriurii. U dvou dívek byly nalezeny bakteriurie a dvě dívky měly plenkovou dermatitidu. Fyzické nálezy nebyly v souladu s pohlavním zneužíváním u všech pacientek. Žádné dítě nemělo vulvovaginitidu nebo trauma genitálu. Nejpozoruhodnější zjištění studie bylo, že žádná z pacientek neměla špatnou

perineální hygienu a všechny matky byly velmi opatrné a velmi svědomitě pečovaly o perineální hygienu svých dětí. Na základě pozorování autoři uvádí, že mikrotraumata vzniklá v důsledku přílišné péče, způsobuje mechanické slizniční poranění hráze a může vést k adhezi labia minora. Všechny matky čistily hráze dívek příliš mnoho.

2.2 KLINICKÉ PROJEVY, DIAGNOSTIKA A TERAPIE

Klinické projevy

Synechie a její vzhled byl již popsán výše. Nejčastěji se objevuje u dívek mezi 2. až 5. rokem, ale výskyt není výjimečný ani u žen v postmenopauze (Skřenková, 2006, s. 142). Subjektivní obtíže děti zpravidla nemají a jsou klinicky němá. Bývají odhaleny spíše častěji, jen náhodně. Synechie je většinou zjištěna pediatrem při preventivní prohlídce, která probíhá ve dvou až třech letech věku dítěte. Součástí prohlídky je i podrobné vyšetření zevního genitálu. Synechie může být pozorována samotnou dívkou (někdy může být nápadný jiný směr proudu moči, při dorzálních synechiích dopředu, při vertikálních dozadu) tak, že dítě „přečůrává“ nočník. Je-li synechie subtotální (při skoro úplném srůstu), může působit i jako překážka mikce. Dítě močí s úsilím a stěžuje si na pálení po močení, které je způsobeno drážděním moči při jejím zadržování ve vestibulu pochvy (Hořejší, 2003, s. 43; Muram, 1999, s. 67-68). U dívek se synechií se obvykle nevyskytuje výtok. Mezi další symptomy patří bolest v podbřišku. Synechie může eliminovat enurézu (trvale mokré spodní prádlo), může být příčinou uretrovaginálního influxu moči či v extrémním případě i důvodem intravezikální obstrukce moči (Bacon, 2012, s. 327; Skřenková, 2006, s. 142).

Diagnostika

Diagnóza synechie je snadná, stačí pouhá aspekce zevního genitálu (Hodická, 2013, s. 389). Přesto bývá někdy zaměňována za vrozenou vadu rodidel. Vzhled rodidel se synechií je však natolik typický, že při dobrém vyšetření rodidel by k takovému omylu dojít nemělo. Vnímavé mamince by také nemělo uniknout, že vzhled rodidel jejího dítěte byl po porodu normální a teď došlo k určité změně. Někdy na ni může upozornit jiný směr proudu moči, nebo močení s velkým úsilím a pálení po močení (Hořejší, 2003, s. 43).

Terapie

Cílem léčby je synechii odstranit. Léčba se liší podle stádia, ve kterém ji zachytíme. Synechie nevelkého rozsahu, vzniklou na podkladě slepení (konglutinací), je možné rozrušit pouhým oddálením anatomických struktur (Hořejší, 2003, s. 44). Dítě oddálení většinou nebolí a sliznice po tomto výkonu nekrvácí. Při správné následné péči o genitál by se pak již synechie vytvořit neměla. Lehčí formu synechie lze rozrušit tahem za labia a také pomocí pinzety nebo sondy. Zkušený dětský gynekolog tento zákrok provede během pár vteřin a i přes mírnou bolestivost není pro dítě příliš náročný (Havlín, 2011, s. 19).

Pokud je synechie masivní, pevná a již neprosvítá, je vhodnější rozdělení pomocí chirurgického zákroku. Zákrok probíhá v celkové anestezii pomocí termokauteru či laseru. Stav se řeší přepálením pevného srůstu například (např.) žhavým platinovým drátkem a okraje v místech srůstu se jemně plošně popálí. Hojení je poměrně rychlé, podporuje se pečlivou a správnou péčí zevních rodidel a oplachy s mírně desinfekčními roztoky (např. hypermanganem). Po odloučení vzniklých nekrotických rány epitelizují, což se podpoří aplikací lokálních epitelizačních mastí (např. Dermazulen) obvykle v délce jednoho týdne (Havlín, 2011, s. 19; Rob, 2008, s. 319). Takto ošetřená synechie recidivuje jen zřídka. Důležitá je kontrola močení, aby nedocházelo k retenci močení pro pálení vulvy při styku moči s plochou rány. Vulvu je nutno pravidelně kontrolovat, aby se problém neopakoval. Synechie nikdy nevznikne, pokud matka dívky rodidla 1krát denně při omývání šetrně roztáhne, oddálí stydké pysky a zevní rodidla mechanicky umyje. Na některých zahraničních pracovištích používají k rozrušení synechie estrogenové masti aplikované i několik týdnů lokálně na rodidla. Vzhledem k možnosti vstřebávání estrogenů do oběhu dívky a následující reakci estrogen-dependentních tkání, je v ČR tento léčebný postup nepřipustný (Hořejší, 1990, s. 119-121).

Cílem studie - Prepubertální synechie: Vyhodnocení zastoupení v populaci (Bacon, 2012, s. 327) bylo zhodnotit pacientky s různými demografickými charakteristikami, klinické projevy synechie a její léčbu u prepubertálních dívek. Gynekologové, kteří léčí pacientky se synechií, se často mohou setkat s dětmi, u kterých estrogenová léčba selhala. Pacientky, u kterých léčba synechie nereaguje na lokální léčbu, mohou mít silné adheze a vyžadují manuální separace. Uspořádání studie bylo následující: jednalo se o retrospektivní graf výskytu synechie v letech 1996 až 2001 u prepubertálních pacientek. U 23 dívek byla diagnostikována synechie během sledovaného období. U 22 z 23 pacientek bylo provedeno manuální oddělení synechií. Nálezy nejčastěji odhalily otvor 3 - 4 mm a srůsty > 90 %

vestibulu u 21 z 23 dívek. U 9 z 23 dívek došlo i po léčbě synechie k recidivě. U 4 dívek bylo nutné opakované ruční oddělení v důsledku opakujících se silných srůstů. U 1 ze 4 dívek byla nutná třetí léčba. 5 dívek z 9, u kterých došlo k recidivě, byly úspěšně léčeny lokální aplikací estrogeneru.

Retrospektivní studie Muranové (1999, s. 67) se zabývala léčbou synechie pomocí estrogenové masti. Cílem této studie bylo vyhodnotit účinnost lokální estrogenové terapie pro léčbu prepubertálních dívek se synechií. Jednalo se o retrospektivní studii na dětské a dorostové gynekologické klinice v Tennessi. Účastnicemi bylo 289 prepubertálních dívek, které byly léčeny na synechie. Intervencí bylo gynekologické vyhodnocování, lokální estrogenová léčba, manuální a chirurgické oddělení. Použitím estrogeneru mělo za následek oddělení pysků přibližně u poloviny pacientek. U druhé poloviny dívek bylo nutné chirurgické ošetření v lokální nebo celkové anestezii s následnou lokální léčbou pomocí estrogenerů.

Lokální léčbou synechie u prepubertálních dívek se zabývala studie - Srovnání estrogeneru a betamethasonu v lokální léčbě synechie u prepubertálních dívek (Ertürk, 2014, s. 103). Ve studii bylo hodnoceno 39 dívek se synechií pokrývající minimálně 50 % poševního vchodu. Z celkového počtu pacientek bylo 20 léčeno pomocí estrogeneru, zbývajících 19 pacientek bylo léčeno kombinací betamethasonového krému a masti vazelíny po dobu 3 až 9 týdnů, 16 z 20 (80%) pacientek ve skupině estrogenové léčby bylo úspěšně léčeno a 17 z 19 (89,4%) pacientek ve druhé skupině bylo úspěšně léčeno kombinací betamethasonového krému a vazelíny. Ve skupině estrogenové léčby 2 pacientky (2/20) a 1 pacientka (1/19) ve druhé skupině podstoupily chirurgický zákrok pro oddělení labiální adheze. U 2 pacientek (2/20) a 1 pacientky (1/19) byly pozorovány vedlejší účinky, respektive podráždění. Úspěšnost betamethasonové léčby překonala účinnost léčby estrogenerem. Betamethasonový krém v kombinaci s vazelínou je bezpečná a účinná primární terapie pro prepubertální synechie.

3 PREVENCE SYNECHIE

Synechie vulvy je onemocnění, kterému je možné úspěšně předejít. Její vznik je zbytečný, při správné hygieně a péči o dětská rodidla se nevytvoří. Každá matka novorozené dívenky by měla být v porodnici poučena o hygieně dětských rodidel a jejím každodenním dodržování. Velmi důležitou součástí terapie synechie či spíše prevence recidiv, je poučení matky o příčinách vzniku synechie (Kropáčová, 2015). Obvykle se matce ukáží synechie, jejich rozsah a topografie. Následně po rozrušení se matka podívá, jak mají rodidla dítěte vypadat bez synechie a jak má o ně správně pečovat. Vysvětlí se nutnost při ošetření vulvy oddálit jednotlivé anatomické struktury. To, že je vznik synechie podmíněn nedostatečnou péčí o zevní genitál, nemusí být v důsledku nedbalostí rodičů, ale spíše obavami, aby důkladnějším mytím svému děvčátku neublížili (Hořejší, 2003, s. 44-45).

Prevence synechie spočívá v dokonalé hygieně zevních rodidel. Tendence k vytvoření synechie v klidovém období je velmi výrazná, ke vzniku stačí 1,5 – 2 týdny nedostatečné péče. K zabránění vzniku synechie nepostačí jen omývání rodidel, je nutné během péče o rodidla oddálit od sebe stydké pysky tak, aby byly odstraněny veškeré nečistoty z poševního vchodu. Tato prevence je důležitá i jako „sekundární prevence“, tedy tam, kde již byla synechie jednou vytvořená separována či operačně rozrušena. Nedopustí-li matka, aby se vulva nečistotou slepila, nemůže vzniknout ani růst a nedochází k recidivě (Vetešníková, 2001, s. 430).

Novým způsobem chirurgické léčby u opakujících se synechií se zabývá studie D. Silva a spol (Silva et al, 2012, s. 168), kde byla sledována léčba opakující se synechie u prepubertální 11 roků staré dívky na gynekologické klinice. Byla 4krát chirurgicky léčena se synechií. Míra recidivy synechie se obecně udává 10 -14 %. Dále byla aplikována lokální léčba pomocí estrogenního krému po dobu 3 let. U dívky byl použit nový operační postup odstranění synechie. Operace byla provedena v celkové anestezii. V průběhu chirurgického zákroku byla synechie oddělena ostrou preparací. Do oblasti oddělených labiálních adhezí byly přišity trubičky z 3/0 polypropylenu naplněné fyziologickým roztokem. Tento způsob se používá v oftalmologické praxi k zabránění srůstu očního víčka. Trubičky byly odstraněny 7. den po operaci. Tento způsob účinně zabránil kontaktu ploch až do epitelizace. Byl předepsaný estrogenový krém pro lokální aplikaci. Během sledování v průběhu dvou let nedošlo k recidivě.

3.1 HYGIENA ZEVNÍHO DÍVČÍHO GENITÁLU

Edukace dívek o zásadách osobní hygieny, oblékání a životosprávě mají specifický význam. Velmi důležité je poučení rodičů, a zejména matky v době novorozeneckém, o zdravých fyziologických návycích a správné hygienické péči o zevní rodidla dívek. Rodičům se doporučuje každodenní pečlivá hygiena oblasti zevních rodidel (Kropáčová, 2015; Sudková, 2014, s. 22).

Zdravá novorozená dívka má již vytvořeny všechny pohlavní orgány, které ji později v životě umožní počít a porodit dítě. Ty jsou krátce pod vlivem ženských pohlavních hormonů. Dostávají se do jejího těla jednak přes pupeční šňůru od matky, jednak zřejmě i vaječníky dívky produkují estrogeny díky stimulaci placentárními hormony. Zevní rodidla novorozence mají prosáklé a zduřelé malé stydké pysky a panenskou blánu, vystupují před velké stydké pysky. Prosáklé a zvětšené panenské bláně se říká „zrcadlo estrogenu“. V novorozeneckém období je organizmus dívky pod vlivem hormonů produkovaných matkou. Vlivem těchto hormonů může být pochva novorozence osídlena Döderleinovým bacilem, který společně s hlenovou sekrecí žlázek děložního hrdla, může způsobit výtok – fluor neonatalis purus. Výtok je hlenovitý, čirý, mírně nakysle páchnoucí. Přítomnost výtoku je v období od narození do 8 týdnů po porodu fyziologickou záležitostí a nevyžaduje žádnou léčbu. Dojde-li ke změně konzistence výtoku, barvy a objeví-li se zápach, je nutno diagnostikovat příčinu a výtok přeléčit (Dostálová et al, 2009, s. 220; Hořejší, 2004, s. 630).

Péče o zevní genitál u novorozence

Při každodenním ošetřování rodidel je nutné důkladné omývání rodidel nejlépe čistou vlažnou vodou směrem zepředu dozadu, tedy od vyústění močové trubice ke konečníku, nikdy ne opačně. K odstranění zbytků moče, stolice a výměšků žlázek z pochvy se používají dětská neparfémovaná mýdla nebo mycí emulze a ty se poté oplachují proudící teplou vodou (Dostálová et al, 2009, s. 220). Ulpívající zbytky nečistot mezi malými a velkými stydkými pysky lze jemně setřít hranou složeného navlhčeného hygienického ubrousku jedním tahem shora dolů. Genitál je možno ošetřovat i dětským olejčkem, který zabrání kontaktu stydkých pysků a tím jejich slepení (Hodická, 2013, s. 389). Stejnou péči ovšem vyžadují i rodidla po odstranění synechie, aby nenastala recidiva. Dále se vybírají vyhovující pleny, které nedráždí zevní rodidla a ve vhodném časovém intervalu se mění. Je třeba volit vhodné prací prostředky a dostatečné máchání prádla, aby nedošlo kontaktu zevních rodidel

s chemikáliemi, které mohou narušovat jemnou sliznici. Samozřejmostí je oblékání kvalitního dětského prádla a to nejlépe z bavlny (Hodická, 2013, s. 389; Sudková, 2014, s. 22).

Péče o zevní genitál v dětství a dospívání

U holčiček v předškolním věku je důležité jejich opakované poučování v tomto smyslu s praktickou ukázkou. Maminky si ovšem musejí být zcela jisté svým počínáním, v tom je může podpořit a radou jim pomoci právě dětský praktický lékař (Sudková, 2014, s. 22).

V kůži se nacházejí potní a pachové žlázy a na zevním genitálu je mnoho záhybů, kde mohou hromadit zaschlé sekrety a v nich se množit bakterie. Velkým rizikem bývá také nesprávně očištěný řitní otvor se zbytky stolice anebo znečištěné prádlo stolicí. Proto klademe důraz, aby každá dívka o své vnější pohlavní orgány důkladně pečovala a udržovala je v čistotě. Pro hygienu je nejdůležitější tekoucí voda a genitál by měl být umyt alespoň dvakrát denně. Mechanické čištění rodidel se provádí holou rukou nebo pomocí žínky nebo houby na mytí. Tyto pomůcky musí být určeny pouze pro samotnou dívku a je nutné ji po každém použití důkladně přeprat, omýt vodou a často měnit. Podstatný je také směr otírání při sprchování, po močení a stolicí. Dívka by se měla utírat zásadně od uretry ke konečníku (Kropáčová, 2015; Sudková, 2014, s. 22). Pro intimní hygienu by měla dívka používat speciální kosmetické řady pro tyto účely určené s neutrálním pH. Zásaditá mýdla jsou pro hygienu rodidel nevhodná a narušující velmi kyselé obranné mechanismy pochvy (Hořejší, 2003, s. 71). Hygienické ubrousky lze použít v případě, kdy není možné umytí vodou, např. při cestování a opět je nutné udržovat správný směr otírání. Nedoporučuje se u děvčátek používat pudr, neboť se při nedostatečné hygieně genitálu může usadit uvnitř a způsobit vulvovaginitidu (Dostálová et al, 2009, s. 220; Jelenek, 2012, s. 393-394; Špaček et al, 2013, s. 359).

Důležitá je i hygiena spodního prádla, jeho včasná výměna při kontaminaci močí nebo stolicí. V této oblasti hodně pomůže prosté převlečení dítěte vícekrát než jednou denně, hlavně v době pobytu v dětském kolektivním zařízení, kde není možné dítě osprchovat. V domácím prostředí se doporučuje sprcha, respektive použití bidetu po každé stolicí. Zdravý, omytý genitál není nutné ošetřovat jakoukoli mastí či olejem (Sudková, 2014, s. 22). K těmto prostředkům se uchyluje v případě projevů patologie. Kalhotky by se měly používat bavlněné a každý den by měly být měněny. Nošení neprodyšných a těsných materiálů nebo oblečení může vyvolat zapaření, opruzení i výtok. Intimní hygiena děvčátek by měla být kontrolována rodiči nejméně do šesti let jejich věku (Frantálová, 2011, s. 92).

3.2 KOMPLIKACE PŘI NEDODRŽENÍ ZÁSAD HYGIENY O ZEVNÍ GENITÁL

Správnou hygienou předejdeme vzniku konglutinací a synechie, případným infekcím vulvy, vaginy i močové trubice. Prevencí respektive dodržováním správných hygienických návyků se předejde vzniku řady onemocnění zevních rodidel, případně i močového systému (Sudková, 2014, s. 22).

Největší podíl v ordinaci dětské gynekologie jsou záněty rodidel a poruchy menstruačního cyklu. Zánětlivá onemocnění rodidel se dělí na záněty poševního vchodu (vulvitis) a pochvy (colpitis). Hovoří se proto o vulvovaginitis, fluor (Hořejší, 2004, s. 630).

Hlavní odlišností mezi dětskou a dospělou gynekologickou pacientkou jsou dvě:

1. v dětském věku chybí estrogenizace organismu, což se projevuje nejen na anatomii a funkci rodidel, ale ovlivňuje to i patologické procesy a do jisté míry i způsob léčby
2. patologie zánětu je jiná u dětí a virginálních pacientek proti ženám a dívkám, které již pohlavní život zahájily (Hořejší, 2006, s. 554)

V důsledku chybění estrogenů jsou dětská rodidla vnímavější na bakteriální nákazu, proto jsou vulvovaginitidy v dětském věku běžné, kdežto výtoky, které jsou u žen nejčastější, jsou u dětí vzácností. Také cesty přenosu infekce do rodidel jsou odlišné. U dětí jsou to především hygienické prohřešky, často hrají roli i střevní paraziti – roupi, nezdědka si děvčátka zavádějí do rodidel i cizí tělesa. U dívek, které již zahájily vita sexualis, jde pak převážně o přenos pohlavním stykem (Hořejší, 2006, s. 555). To vše musí mít gynekolog na paměti při diagnostice dětských výtoků. Častou chybou je celkové podávání antibiotik k léčbě vulvovaginitidy, i když u dospělé ženy by to nikdo jako primární léčbu neužil. I u dětí musí být léčba především vaginální. Ta se ovšem také liší od dospělé ženy, která si zavádí medikamentózní čípky či globule do pochvy sama. U dětí by to měla provádět zdravotní sestra nebo lékař. Méně vhodné je, aby medikamentózní léčbu prováděla matka dítěte. Každé léčbě by mělo ovšem předcházet vyšetření erudovaným dětským gynekologem (Hořejší, 2006, s. 555).

4 VULVOVAGINITA V DĚTSKÉM VĚKU

Výtok z rodidel je nejčastějším příznakem a vulvovaginitida nejhojnějším onemocněním, pro které dívky přicházejí na dětskou gynekologii. Dívky, které přichází do dětských gynekologických ambulancí, jsou nejčastěji v předškolním věku a v mladším školním věku. Druh výtoku závisí na vývojovém období dívky, neboť existence některých druhů patogenních činitelů je vázána na estrogenizovaný terén, jiné se uplatní snáze v rodidlech neestrogenizovaných (Hořejší, 2004, s. 631). Diagnostika, etiologie a léčba zánětu rodidel, tedy zánětu zevních rodidel a zánětu pochvy, jsou shodné. Mezi prvotní příznak zánětu rodidel patří výtok, tj. fluor vaginalis. Dělení výtoku specifikuje tabulka 1, který je v dětském věku závislý na přítomnosti estrogenů či chybění estrogenů v těle dívky.

4.1 VULVOVAGINITIS V NOVOROZENECKÉM OBDOBÍ

V novorozeneckém věku je možný výskyt fyziologického neonatálního výtoku v důsledku vlivu estrogenů na organismus (Roztočil, 2011, s. 140). Jeho podkladem je mikrobiologický obraz poševní I (MOP I) – tedy kultura *Lactobacillus acidophilus* a čirý odměšek žlázek děložního hrdla. Ve stěru jsou i proliferované poševní epitely a erytrocyty. Fluor neonatalis purus je fyziologický výtok, který má bělavou barvu, je čirý a po několika týdnech po porodu samovolně odezní (Havlín, 2011, s. 18). S ústupem novorozenecké hormonální reakce tento výtok mizí. Mezi projevy infekce patří fluor neonatalis mixtus. Zánět se projeví vymizením Döderleinovy tyčinky, přítomností patogenní flóry a zpravidla i nálezem leukocytů. Výtok je obvykle bílý až žlutý, někdy nazelenalý a zapáchající. Infekce může být způsobena přenosem infekčního agens z rodidel matky při porodu, dále nedodržením hygieny rodičů, které dítě ošetřuje (špinavé ruce, používání stejných ručníků a žíněk). Při této formě infekce jsou rodidla prosáklá a zduřelá, zánětem jsou rudá, někdy macerovaná výtokem, s ragádami kůže i sliznice. Z hymenu vytéká hněsavý výtok, který stéká na hráz a anální krajinu, kde nalézáme rovněž zánětlivé změny. Diagnostika a léčba výtoku s patogenní složkou zahrnuje vždy léčbu místní, celkovou léčbu jen při závažném stupni zánětlivých změn nebo je-li současně i jiná indikace protizánětlivé léčby (Havlín, 2011, s. 18).

4.2 VULVOVAGINITIS V KLIDOVÉM OBDOBÍ

Nejčastěji zjištěnými původci dětské vulvovaginitidy jsou:

- střevní flóra (*Escherichia coli*, *Enterococcus*, ale i *Streptococcus faecalis*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Acinetobacter*, *Citrobacter*)
- stafylokoky (*Stafylococcus pyogenes aureus*, ale i *Stafylococcus epidermidis albus*)
- streptokoky (*Streptococcus beta-haemolyticus* skupiny A i B)
- gardnerely
- různá smíšená flóra aerobní (pneumokoky, pseudomonády)
- anaerobní flóra (peptokoky, propionibaktérie)
- vzácnější nález se někdy provází onemocnění jiných tělních systémů, např. *Shigella sonnei*

Zdrojem a cestou nákazy u děvčátek je střevní ústrojí, cesty přenosu jsou obvykle:

- nesprávná hygiena po stolici, tzn. otírání konečníku tahem papíru zezadu dopředu. Stejně chybné je, zavádí-li dítě ruku s papírkem ke konečníku zepředu, nebo otírá-li řiť jedním papírem více tahy. Takto se snadno stolice a bakterie v ní přítomné se zanesou na hráz i do rodidel
- neúplná hygiena po stolici: technika otírání je sice správná, ale dítě ji provádí nedostatečně a kolem řiti zůstávají zbytky stolice;
- střevní paraziti, jmenovitě roupi mohou přispět k nákaze rodidel dvojitým způsobem: samička v klidu vylézá ze střeva a klade vajíčka v okolí řiti. To dítě nutí ve spánku ke škrábání, a tak si samo zanesou střevní flóru do vulvy. Mimoto, roup může přecestovat až do rodidel a na svém povrchu přenáší mikroorganismy
- manipulace v rodidlech vlastníma rukama
- zavádění cizích těles
- zanedbaná hygiena osobního prádla
- nesprávné návyky při oblékání
- při celkových nebo jinde lokalizovaných infekcích (spála, angína, infekty dýchacích cest);
- influx moči do pochvy (Hořejší, 1990, s. 100-102)

Klinicky nejvýraznějším obrazem vulvovaginitidy je výtok z rodidel. Mívá různý charakter (škrobovitý, bílý, hlenovitý, hlenohnisavý, hnisavý žlutý), intenzitu (od slabého, který zanechává skvrnu na prádle až po masivní) i trvání (Rob, 2008, s. 95). V některých případech nemusí dívka výtok zapříčinit žádné potíže a matka si obvykle všimne skvrn

na prádle. Dalším příznakem je svědění zevního genitálu, pálení rodidel a mírná bolestivost podbřišku. Vulvovaginitis se také projevuje zarudnutím rodidel, mohou se objevit i ragády, které mokvají a vytváří krusty (Hořejší, 2004, s. 631; Pilka, 2012, s. 194).

Léčba gynekologických zánětů se liší podle příčiny onemocnění. Před léčbou musíme odstranit především vyvolávající příčiny a přerušit cesty přenosu infekce do rodidel. Nejdůležitější součástí léčby vulvovaginitid je léčba lokální. Celková protizánětlivá léčba obvykle zmírní nebo dočasně potlačí projevy zánětu, zejména výtok, ale po ukončení léčby se výtok zpravidla dostaví znovu (Hořejší, 2004, s. 631).

Lokální léčba je založena na výplachu pochvy a zavedení čípku. Výplach se provádí dostatečným množstvím dezinfekčního prostředku (např. 0,5 % Septonex, 0,25 % Persteril). Roztok musí být čerstvý a zahřátý na tělesnou teplotu. Roztokem se plní irigátor a jeho výpustní hadice se napojí gumovou spojkou na uretrální ženskou skleněnou cévku. Cévka se pak šetrně zavede co nehlouběji do pochvy a během výplachu se s ním pohybuje tak, aby tekutina promývajíc pochvu odplavila fluor i u poševních kleneb. Po vytažení cévky se nechá odtéci všechen roztok. Medikamentózní čípky mají tvar kyjovitý nebo projektilovitý a zhotovují se z léků, které lokálně nedráždí a lze je rozptýlit ve vhodném vehikulu. Vaginální čípky jsou za pokojové teploty pevné a za tělesné teploty se rozpouštějí a uvolňují léčivo. Zatímco dospělá žena si lokální léčbu zánětu provádí sama, ošetření dítěte náleží do odborné péče lékaře nebo erudované sestry, ideální PA. Dítě při ošetření leží na gynekologickém stole a po výplachu se čípek vloží do hymenálního otvoru. Sevřenou anatomickou pipetou, opřenou o zadní čelo čípku, se zasune co nehlouběji do pochvy, pokud možno až do klenby. Většina výtoků se léčí ambulantně. U závažných nebo úporně se opakujících vulvovaginitid je vhodná hospitalizace na lůžkovém oddělení dětské gynekologie (Hrodek, 2012, s. 532; Roztočil, 2011, s. 161; Špaček et al, 2013, s. 359).

Při streptokokové nebo stafylokokové infekci se užívají antibiotika. Při celkové léčbě antibiotiky je vhodné dětem podávat potravinové doplňky a produkty s probiotiky. Někteří lékaři poukazují na to, že při dlouhodobé aplikaci antibiotik, cefalosporinových a penicilinových, je narušována poševní flóra (Kučera, 2012). Probiotika jsou definována jako směsné kultury živých mikroorganismu, které mají příznivý vliv na imunitní systém člověka. Mezi probiotika patří především některé mléčné bakterie, především to jsou tři jejich skupiny, a to *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Streptococcus*. Tyto bakterie pomáhají udržovat správné složení střevní i poševní mikroflóry a podílí se tak na předcházení vzniku kvasinkové či plísňové infekce, je tedy vhodné užívat probiotika k podpoření obnovy poševního prostředí (Gregora, 2005, s. 244; Gregora, 2007, s. 140; Mašata, 2006, s. 154; Tláškal, 2008, s. 288).

Ošetření zevních rodidel není obvykle nutné. Zánětlivé změny na nich ustupují po vaginální léčbě a při dostatečné hygieně. Ta se provádí nejlépe tekoucí vodou, tedy sprchováním rodidel. Sedací koupele nejsou vhodným způsobem ošetření – vždyť v jednom roztoku se při ní omývají současně rodidla i konečník. Jsou-li zánětem zevní rodidla postižena výrazně, použijeme léky ve formě mastí a to buď samostatně, nebo k doplnění léčby vaginálními čípky. Při opakovaných infekcích, které odolávají léčbě, je nezbytné provést vaginoskopii, aby se vyloučila přítomnost cizího tělesa nebo tumoru (Hrodek, 2012, s. 532; Pilka, 2012, s. 194; Roztočil, 2011, s. 161).

Starším dívkám s opakovanými gynekologickými záněty je doporučováno močit na toaletě s široce roztaženými nohama (Brenišin, 2013). Nejlépe se tohoto docílí, když si dívky sednou na toaletu rozkročmo obráceně, nebo mají nožičky podložené stoličkou a opírají se o ni. S ohledem na možné pozdější následky gynekologických zánětů (jizvy, srůsty), by rodiče měli věnovat pozornost prevenci těchto onemocnění. U malých dětí, které mají plenky, je důležitá častá kontrola a výměna. U zdravých dětí výměnu plen provádět minimálně 7krát denně a po vyprání v pracím prášku dostatečně vymáchat v čisté vodě, což je dokonce důležitější než jejich žehlení. Při hraní v trávě nebo na pískovišti je zapotřebí dbát na vhodné oblečení, aby se zevní rodidla děvčátek zbytečně neznečistila (Hořejší, 2006, s. 631; Rob, 2008, s. 319).

Prevence vulvovaginitid spočívá především ve zdravotní výchově ke správným hygienickým návykům (hygiena stolice, toaleta rodidel, péče o prádlo), sledování, zda dítě nemasturbuje, nezavádí si předměty do rodidel. Z hlediska vulvovaginitidy je preventivním opatřením také pátrání po roupech a léčba oxyuriázy (Hořejší, 2004, s. 631).

5 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PREVENCI SYNECHIE

5.1 GYNEKOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Dětská gynekologie patří do oboru gynekologie a porodnictví. Tento obor doplňuje gynekologickou péči pro všechny životní etapy ženy. Hlavním významem existence dětské gynekologie je prevence poruch budoucí ženské plodnosti. Především jde o disciplínu preventivní, protože jenom rodidla správně anatomicky vyvinutá a správně fyziologicky fungující jsou předpokladem pro budoucí ženské reprodukční zdraví, tedy předpokladem normální ženské sexuality a ženské plodnosti. Tento obor se zabývá také sledováním rozvoje sekundárních pohlavních znaků, což jsou v první řadě prsy a terciální ochlupení, zejména pubické a axilární (Hořejší, 2004, s. 630; Hořejší, 2006, s. 554).

Profesor Rudolf Peter (1900 - 1966) byl zakladatelem dětské gynekologie. Tento lékař dne 12. září 1940 v České dětské nemocnici v Praze otevřel první samostatnou ambulanci pro dětskou gynekologii. První nejen v naší republice, ale na celém světě, což je na mezinárodních odborných fórech dodnes uznáváno. Spolu s docentem Karlem Veselým sepsali první monografii dětské gynekologie. Zasloužil se také o začlenění dětské gynekologie do učebních materiálů a zkoušek na tehdejší Fakultě dětského lékařství, protože gynekologie dětského věku není jen mechanickou aplikací gynekologie na dětské klientky. Tento obor má určité požadavky na práci s dětskými klientkami a zahrnuje specifickou komunikaci, náležitý psychologický přístup k pacientkám a další způsoby vyšetřování. Jeden z následovatelů profesora Petera - MUDr. Jan Hořejší, DrSc. vytvořil doposud jedinou monografii dětské gynekologie vydanou v ČR. V roce 2009 gynekologie dětí a dospívajících přestala být atestačním oborem, ale posléze v roce 2014 byla atestace obnovena (Hořejší, 2004, s. 630; Hořejší, 2006, s. 554).

Dětský gynekolog je lékař se vzděláním nejen v oboru gynekologie a porodnictví, ale má vědomosti o anatomii a funkčních odlišnostech reprodukčního traktu dětí. Má také znalosti ve způsobu vyšetřování, ošetřování a léčení. Dětská gynekologie úzce spolupracuje s dalšími specializačními obory, jako je např. pediatrie. Pediatr je v četných případech lékařem prvního kontaktu gynekologicky nemocného děvčátka. Pediatr dívku sleduje od novorozeneckého období až po dobu pohlavního dozrávání při pravidelných prohlídkách a má tak možnost zachytit známky gynekologického onemocnění a včas zabránit rozvoji nemoci nebo případným následkům. Je nutné, aby byl pediatr také obeznámen s problematikou a symptomatologií gynekologických patologií a pomyslel na ně i při svých diferenciálně

diagnostických rozvahách (Jandová, 2002, s. 158). V gynekologii dětí a dospívajících je dětský věk rozdělen na 3 základní etapy:

Období novorozenecké (neonatální) – toto období je ovlivněné estrogeny. Délka období trvá průměrně 6 – 8 týdnů (Roztočil, 2011, s. 140). Fyziologickým projevem je vytékající hlen z pochvy. Tento hlen je produkován cervikálními žlázkami. Hlen je kyselý a může obsahovat laktobacily. V důsledku poklesu estrogenů může dojít ke krvácení z rodidel nejčastěji kolem 5. dne po porodu. Krvácení nevyžaduje žádnou léčbu ani opatření, je důležité podat uklidňující vysvětlení matce dítěte (Kolařík, 2008, s. 265; Rob, 2008, s. 319).

Období klidové (infantilní) – ve stavu minimálního anatomického rozvoje a úplném funkčním klidu jsou dependentní tkáně. Děloha je infantilního typu, cervikokorporální poměr je stejný jako v období neonatálním, tj. 2:1. Prsy jsou úplně bez rozvoje, pigmentovaná bradavka je patrná jen slabě a prsní žláзка není hmatná. Toto období trvá do nástupu období pohlavního dospívání, které je opět individuální (zhruba kolem osmého roku).

Období pohlavního dospívání – součástí tohoto období je gonadarche, což je počátek produkce estrogenů v ovariu. Působením estrogenů roste tělo dělohy rychleji, proto je na počátku puberty poměr 1 : 1. Působením estrogenů dochází také k rozvoji sekundárních pohlavních znaků, ke změnám na zevním i vnitřním genitálu dívky, k celkovému růstu postavy, osifikaci kostry, rozložení tělesného tuku, tvarování pánve, formování celé postavy i k psychickému vyžívání. V tomto období přichází u dívek menarché (Roztočil, 2011, s. 140).

Specifika vyšetřování v dětské gynekologii

Při gynekologickém vyšetření dítěte či dospívající dívky je nutné provádět s patričným psychologickým přístupem a během vyšetření se musí respektovat anatomické zvláštnosti dětské reprodukční soustavy. První možností je, že dítě přichází na doporučení pediatra, protože tento lékař by měl být schopen rozeznat gynekologické obtíže dítěte a odeslat jej k příslušnému specialistovi. Druhou možností je, že s dítětem přijdou ke gynekologovi a to na základě příznaků nebo problémů, které byly pozorovány, rodiče. V dětské gynekologii jsou informace anamnézy získávány od rodičů vyšetřované dívky, od ní samotné či jiné doprovázející osoby, třeba babičky. Gynekologické vyšetření musí probíhat v klidném prostředí, lékař i PA by měli být trpělí, protože mnohdy dívkám v předškolním a mladším školním věku chybí k vyšetření motivace a spolupráce může být nesnadná. Lékař i porodní asistentka by se měli chovat tak, aby gynekologické vyšetření nebylo pro dívku traumatem nebo špatným zážitkem (Hořejší, 2001, s. 404; Jandová, 2002, s. 158; Roztočil, 2011, s. 147)

Porodní asistentkou pracující v oboru dětské gynekologie je zodpovědná za přípravu dívky na vyšetření, jehož součástí je i psychická příprava. PA by proto měla doprovodu nejprve vysvětlit průběh gynekologického vyšetření, jak bude probíhat. Pokud bude matka rozrušená, může přenést svůj strach na dítě. Přístup PA by měl být vždy osobní a vyšetření a vysvětlení principu vyšetření by mělo probíhat ve spolupráci s matkou nebo jiným doprovodem dítěte. Je také možnost vyšetření s dítětem i nazkoušet, např. polohu, kterou bude zaujímat při vyšetřování. PA by měla mít příjemné vystupování a po vyšetření dítě pochválit za spolupráci a statečnost. PA musí umožnit a zajistit přítomnost matky po celou dobu vyšetření dítěte. Ordinace a vybavení čekáren by měli být vyzdobeny dekoracemi a hračkami, které dítě odvedou od stresu a strachu z vyšetření. (Březinová, 2007, s. 18; Matějček, 2001, s. 210-211).

Samotnou prohlídkou provádí lékař, který nejprve zrakem posoudí celkový vzhled, stav výživy, tělesného habitu a všech viditelných vrozených anomálií. Údaje o prodělaných nemocech se zjišťují metodou rozhovoru jak s matkou, tak s dítětem. Je povinností lékaři i PA zajistit přítomnost matky po celou dobu vyšetření. U dospívajících dívek se může v důsledku stydlivosti nebo obav z matky objevit požadavek na nepřítomnost matky. V tomto případě je na posouzení lékaře, zda bude přání klientky respektovat. Lékař však má následně povinnost po vyšetření dívky, informovat matku o výsledku vyšetření. Přístup a chování PA a lékaře k pacientce i její matce může ovlivnit množství informací, které jim sdělí. Anamnéza v dětské gynekologii má významnou důležitost, je k ní zapotřebí klidu, trpělivosti, navázání dobrého kontaktu a individuální přístup zdravotnického personálu. U rodinné anamnézy lékaře zajímají: dědičná onemocnění, vrozené vývojové vady, onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, menstruační cyklus a menarché matky, zdravotní stav sourozenců z hlediska možných dětských infekcí. Ze sociální anamnézy je nutno zjistit, zda dítě aktivně sportuje. Při osobní anamnéze se zjišťují: těhotensko - porodnické údaje, tělesný a psychický vývoj, infekce, onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, operace (tonzily, kýly, apendektomie), vyprazdňování močového měchýře a tlustého střeva, existující alergie (léky, pyl, prachy, potraviny), zda užívá nějaké medikamenty a jestli nedrží nějakou dietu. Součástí celkové prohlídky by mělo být zhodnocení stavu pohlavního dospívání. Lékař musí posoudit vývoj sekundárních pohlavních znaků dle Tannera. Před gynekologickým vyšetřením by měla být dívka vymočená, protože plný močový měchýř vyšetření a dívce působí nepříjemné pocity. Vyšetření probíhá stejně jako u dospělých žen v gynekologické poloze na vyšetřovacím lůžku. PA dítěti popíše správnou polohu a pomůže dítěti do správné polohy na zádech. Při vyšetření má dítě hýždě na okraji stolu, kyčle i kolena jsou flektovány a stehna

jsou v odtažení. Vyšetření provádí lékař, který sedí před rodidly dívky. Při vyšetření postupuje jemně. Od oblasti, kterou dítě označilo jako nebolestivou, k oblasti bolestivé. Pokud je třeba PA přidržuje dítěti dolní končetiny nebo stojí u boku dítěte. PA může spolu s matkou dítě uklidňovat anebo asistuje lékaři. Začne-li dítě plakat, napíná se břišní stěna a gynekologické vyšetření není možné. Po vyšetření předá PA dítěti buničinu, aby se mohlo otřít. PA pozoruje dítě, jakým způsobem se otírá, zda postupuje správným způsobem (Hořejší, 2003, s. 18-19; Pilka, 2012, s. 187; Umlafová, 2006, s. 38).

Lékař provádí aspekci zevních rodidel. Sleduje se čistota zevních rodidel, zda dívka krvácí, nemá-li poranění, vzhled pysků, klitorisu, ústí močové trubice, panenské blány, hráze a anu. U virgo dívek se pro gynekologické vyšetření se zachováním hymenu používá vaginoskop (viz obrázek 2). Při této metodě se vaginoskop zavádí v gynekologické poloze otvorem v hymenu. Tato metoda není pro dítě bolestivá a není potřeba místní ani celkové anestezie. Vaginoskop umožní sledovat charakter a vzhled poševní sliznice, odběr biologického materiálu a odstranění cizích těles. V tubusu je mandrén, který brání možnosti poranění při zavádění vaginoskopu a nebo ucpání lumina vaginoskopu výtokem. Po zavedení se mandrén vytáhne a přes tubus se odebírá biologický materiál nebo se provádí výplach pochvy či vytáhnutí cizího tělesa (Hořejší, 2001, s. 404-405; Kolařík, 2008, s. 273) viz obrázek 3.

Gynekologické bimanuální vyšetření v dětské gynekologii se provádí pohmatem. Při tomto vyšetření se prst (malík nebo ukazovák a to dle stáří dítěte), na kterém je nanesen dostatek lubrikačního gelu, zasune do rekta a druhou rukou se přes stěnu břišní prohmatává děloha a ovaria. Vyšetřuje se v gynekologické poloze. Kojence a malé dívky lékař vyšetřuje pouze malíkem. Při vyšetření je nutné, aby se dítě uvolnilo a nestahovalo pánevní dno. PA opět před vyšetřením edukuje matku i dítě a psychicky je na vyšetření připraví. Mezi zobrazovací metody patří vyšetření pomocí ultrazvuku. Používá se zejména transabdominální sonografie, která ale k dobré topografické orientaci vyžaduje plný močový měchýř. Tento stav může být u úzkostného dítěte příčinou neklidu. PA musí dopředu edukovat matku o tom, aby se na vyšetření dítě dostavilo s plným močovým měchýřem. Plný močový měchýř umožní během ultrazvukového vyšetření optimální viditelnost orgánů. Ultrazvukem je možné rozpoznat vrozené vývojové vady dělohy, velikost endometria a vzhled vaječníků. Někdy děti snášejí vyšetření obtížněji. Lékař jim sondou tlačí mírně na břicho a v některých případech může dojít k pomočení. Mělo by následovat uklidnění dítěte a ujištění, že se takové nehody občas stávají. U dospívající dívky toto vyšetření není problematické (Hořejší, 2001, s. 404-405; Hořejší, 2003, s. 21-22; Roztočil, 2011, s. 148).

Z laboratorních vyšetření se často odebírají bakteriologické odběry (kultivační vyšetření pochvy a moči). Hlavním účelem kultivačního vyšetření je izolace a identifikace mikrobiálního původce a stanovení jeho citlivosti na antibiotika. Využívá se také mikroskopické vyšetření, kterým lze hodnotit a klasifikovat poševní prostředí se zaměřením na mikrobiální složku. Jde o hodnotící systém k základní klasifikaci výtoků, což se nazývá mikrobiální obraz poševní MOP (Kolský et al, 2008, s. 171; Špaček et al, 2013, s. 359).

5.2 PORODNÍ ASISTENTKA JAKO EDUKÁTOR V OBLASTI HYGIENY

Porodní asistence je součástí komplexního systému ošetrovatelské péče o ženu a dítě. Porodní asistentka v tomto systému hraje nezastupitelnou roli (Jirásková, 2007, s. 38; Kameníková, 2002, s. 19). PA podle Vyhlášky č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků může vykonávat povolání bez odborného dohledu. Z mezinárodní definice PA vyplývá kromě dalších aktivit také významné její poslání a to v oblasti poradenství a výchovy určené nejenom ženám, ale i rodinám a komunitám (http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf). „Porodní asistentka by měla být žena moudrá a vzdělaná. Teoretické poznatky získá ve škole. Praktické dovednosti ve škole a v klinické praxi. Moudrost je výsledkem jejích morálních vlastností, mírou empatie a také hloubkou znalostí a dovedností, které si neustále doplňuje. Je jediný zdravotnický profesionál vzdělaný v porodní asistenci“ (Vránová, 2010, s. 39).

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník. Pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci, provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci (www.ckpa.cz; <http://internationalmidwives.org/>). „Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě“ (Vránová, 2010, s. 39).

Kompetence (z lat. con - petere, shodovat se, souhlasit) znamená schopnost, způsobilost nebo oprávnění, které je důležité k splnění určitého úkolu. Termín kompetence, neboli také

pravomoc, je souhrn práv (disponovat prostředky a lidmi) a moci (nástrojů, umožňujících požadovat určité činnosti, práce, atd. a uplatňovat za jejich správný výkon odměny a za nesplnění sankce) umožňující splnění delegovaných úkolů. Pravomoc umožňuje dané osobě zastávající tuto pozici používat volnost k rozhodování, které ovlivňuje ostatní. Termín kompetence v širším slova smyslu je chápán ve významu znalostí, dovedností a chování, jež se za všech okolností vyžadují pro bezpečnou praxi PA. Je tedy odpovědí na otázky „Co by měla porodní asistentka znát?“ a „Co porodní asistentka dělá?“ (Alexander et al, 2003, s. 57; Vránová, 2010, s. 43; <https://cs.wikipedia.org/wiki/Kompetence>).

Kompetence pro základní praxi porodní asistence obsahuje šest oddílů. Patří sem všeobecné znalosti, dovednosti a chování v oblasti společenských věd, veřejného zdravotnictví a zdravotních oborů. Dále prekoncepční péče a metody plánování rodiny, péče a poradenství během těhotenství, péče při kontrakcích a porodu, poporodní péče o ženy, péče o novorozence a kojence (do 2 měsíců věku).

Tento dokument bude procházet neustálým vývojem podle měnících se potřeb zdravotní péče o rodící ženy a jejich rodiny. Ve všech kompetencích provádí porodní asistentka edukaci (Vránová, 2010, s. 43).

Edukace se vyznačuje pojmy výchova a vzdělávání. Tyto dva pojmy se v procesu vždy prolínají (Průcha, 1997, s. 496). Výchova je cílevědomé a záměrné působení na jedince, které má jasné cíle a metody. Vzdělávání je proces, který rozvíjí vědomosti, návyky, dovednosti a schopnosti (Juřeníková, 2010, s. 9; Sedlářová, 2008, s. 245).

Edukačním procesem je definována činnost lidí, při které dochází k učení se záměrným nebo nezáměrným účelem. Edukační role PA je nedílnou součástí pro její profesi, tuto roli by měli provádět kvalifikované, zodpovědné a profesionální PA, která je kvalifikovanou osobou a jsou na ni kladeny stále vyšší nároky při edukaci klientek. Role edukátorky vyžaduje náhled i do psychologie a pedagogiky. PA předává kvalitní informace, aby nedocházelo ke skreslujícím informacím. Měla by být edukátorkou, která je trpělivá, důsledná, zodpovědná, svědomitá, zručná, měla by umět komunikovat, vcítit se do situace, umět řešit problémy, mít odborné znalosti z oblasti edukace a mít schopnost adaptace na různá chování. Z uvedených příkladů je zřejmé, že tato role je velmi náročná a stát se takovým edukátorem není jednoduché (Vránová, 2010, s. 55-56).

Edukace rodičů

Edukace dětí a rodičů nesmí být jednorázovým poučením, ale musí být dlouhodobým procesem, který se musí plánovat a prolínat (Sedlářová, 2008, s. 245). V rámci hygieny

a správné péče o genitál, by se měl každý člověk detailně seznámit se svými pohlavními orgány, aby nedocházelo ke zkresleným představám o anatomii vnějších a vnitřních orgánů. Již na novorozeneckém oddělení PA provádí edukaci matky, případně otce, k osvojení správných návyků v péči o zevní dívčí genitál. Matka by měla být zapojena do péče o dítě co nejdříve (Vránová, 2010, s. 57; Sedlářová, 2008, s. 245). Po několika dnech po porodu začne dítě místo smolky vylučovat stolici. Porodní asistentky matky naučí používat, jak látkové pleny, tak papírové. Novorozenec močí asi 20x za den, frekvence močení s věkem klesá. Při každém přebalování je dítě důkladně očištěno od stolice a moči, protože se u dítěte může vyskytnout podráždění pokožky, nebo plenková dermatitida (Symons, 2004, s. 232). Postupy při očištění kůže kolem genitálu se u dívek a chlapců liší. U dívek je důležité otírat kůži od shora dolů, aby se stolice nedostala do pochvy. Dále se musejí odkrýt stydké pysky a zkontrolovat bělavý mázek mezi nimi, zda je bílý. Pokud je mázek zežloutlý od stolice, musí se setřít olejem (Gregora, 2007, s. 140). U chlapců se nesmí při čištění zapomínat na kůži pod penisem, kde obvykle zůstává zbytek stolice. Předkožka se u novorozence nepřetahuje.

Novorozenec se nemusí koupat každý den. Pravidelně se doporučuje mydlit ruce, nohy, místa vlhké zapárky a hýždě. Při koupání se mezi matkou a dítětem vytváří hluboké pouto. Nejlepší doba na koupel je večer, novorozenec je po koupeli relaxovaný a lépe se mu usíná. Teplota vody je optimální kolem třiceti sedmi stupňů. Péče o dítě je celodenní záležitostí. Některé děti jsou více plačtivé. Nejčastějšími důvody pláče bývá mokrá plenka, hlad, větry, opruzeniny, rostoucí zuby nebo nemoc (Symons, 2004, s. 232). Po propuštění novorozence do domácí péče je zapotřebí, aby rodiče dítěte zvládali veškerou péči o dítě sami. Především musí zvládat kojení a základní péči o novorozence (Sedlářová, 2008, s. 245).

V ambulantní gynekologii PA informuje a edukuje v oblasti péče o zevní genitál nejen dospívající dívky, ženy, ale také matky děvčátek. Přístup k dětem během edukace by měl být individuální. Aby dítě spolupracovalo, je nutná důvěra a efektivní komunikace ze strany zdravotnického personálu (Špatenková, 2009, s. 135). Komunikace s dětským pacientem je velmi náročná a správně zvolený přístup a optimální zvládnutí komunikace je známkou profesionality PA. K efektivní komunikaci je nutná důkladná znalost vývojových charakteristik a zvláštností každého vývojového období od narození dítěte až do období adolescence. Edukaci je důležité přizpůsobit stáří dítěte, psychické zralosti, jazykové úrovni a zdravotnímu stavu dítěte. Individuální přístup PA by měl být také při edukaci rodičů. PA nesmí zapomenout na zpětnou vazbu a rodiče by měli mít prostor pro kladení otázek

a diskuzi. (Plevová, 2010, s. 247; Sedlářová, 2008, s. 245). Přesný popis správného postupu hygieny zevního dívčího genitálu je popsán v kapitole 1.

Primární prevence nemocí reprodukčních orgánů, správné sexuální chování a hygienické návyky jsou stále mnohými ženami a dívkami podceňovány. Nedostatečná preventivní péče a zanedbání léčení prvních varovných příznaků vede v každém věku ženy k onemocněním reprodukčních orgánů, které se projeví jako záněty, onemocnění sexuálně přenosnými chorobami, změnami na děložním čípku nebo dokonce rakovinným bujením. Důsledkem těchto chorob bývá poškození reprodukčního zdraví, což je nežádoucí zvláště u dospívajících dívek, které ještě nezaložily rodinu a neporodily děti, které by jednou chtěly mít (Vránová, 2010, s. 97).

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku synechie u nejmenších dívek. Hlavním cílem bylo shromáždit poznatky o problematice a jejich výskytu a popsat roli porodní asistentky v prevenci synechie a edukace v oblasti hygieny.

Prvním cílem bakalářské práce bylo popsat onemocnění synechie vulvae a rizika s ním spojená. Synechie vulvae infantum vzniká slepením protilehlých sliznic poševního vchodu dětského genitálu. Vyskytuje se v klidovém období, obvykle ve věku do 5 let. V tomto období není sliznice genitálu ovlivněna estrogeny (Pilka, 2012, s. 197). V důsledku absence estrogenů jsou sliznice rodidel velmi tenké a jemné. Snadno dojde k jejich slepení a tím k vzniku synechie. (Hořejší, 2003, s. 1).

Na základě rozsahu může být synechie částečné nebo až subtotální, nikdy ne totální, což by zapříčinilo retenci moči (Hodická, 2013, s. 389). Synechie obvykle nepůsobí dítěti žádné obtíže. Většinou je diagnostikuje dětský lékař při preventivní prohlídce nebo si rodiče všimnou neobvyklého vzhledu rodidel (Hořejší, 2003, s. 43).

Druhým cílem bylo předložit poznatky o prevenci synechie. Lze jim úspěšně předejít. Při správné hygieně a péči o dětská rodidla se nevytvoří. Každá matka novorozené dívky by měla být v porodnici poučena o hygieně dětských rodidel a jejím každodenním správném dodržování. Velmi důležitou součástí terapie a prevence recidiv je poučení matky o příčinách vzniku synechie (Kropáčová, 2015). Její prevence spočívá v dokonalé hygieně zevních rodidel. Tendence k vytvoření synechie v klidovém období je velmi výrazná, ke vzniku stačí 1,5 – 2 týdny nedostatečné péče. K zabránění jejich vzniku nepostačí jen omývání rodidel, je nutné během péče rodidla od sebe oddálit tak, aby byly odstraněny veškerá nečistoty z poševního vchodu. Tato prevence je důležitá i jako „sekundární prevence“, tedy tam, kde již byla synechie jednou vytvořena separována či operačně rozrušena. Nedopustí-li matka, aby se vulva nečistotou slepila, nemůže vzniknout ani srůst (Vetešníková, 2001, s. 430).

Třetím cílem bylo předložit poznatky o problematice vulvovaginitidy v dětském věku. Nejčastějším gynekologickým onemocněním v dětství, které reprezentuje až 90 % náplně práce dětského gynekologa. Jedná se o zánět zevních rodidel – vulvitis – a zánět pochvy – colpitis. Tyto záněty jsou přítomné obvykle současně, jejich etiologie, diagnostika a léčba je shodná a tudíž se označuje jako vulvovaginitis (Jandová, 2002, s. 19). Klinicky nejvýraznějším obrazem vulvovaginitid je výtok z rodidel (Rob, 2008, s. 95). Při této formě infekce jsou rodidla prosáklá a zduřená, zánětem jsou rudá, někdy macerovaná výtokem, s ragádami kůže i sliznice. Z hymenu vytéká hněsavý výtok, který stéká na hráz a anální

krajinu, kde nalézáme rovněž zánětlivé změny. Diagnostika a léčba výtoku s patogenní složkou zahrnuje vždy léčbu místní, celkovou léčbu jen při závažném stupni zánětlivých změn nebo je-li současně i jiná indikace protizánětlivé léčby (Havlín, 2011, s. 18). Prevence vulvovaginitid spočívá především ve zdravotní výchově ke správným hygienickým návykům (hygiena stolice, toaleta rodidel, péče o prádlo), sledování, zda dítě nemasturbuje, nezavádí si předměty do rodidel atd. Z hlediska vulvovaginitidy je preventivním opatřením také pátrání po roupech a léčba oxyuriázy (Hořejší, 2004, s. 631).

Čtvrtým cílem bylo předložit poznatky o roli porodní asistentky v prevenci synechií. Velmi důležitou součástí celkového přístupu je prevence recidiv a poučení matky o příčinách vzniku synechie. Prevence opakování synechie spočívá v dokonalé hygieně zevních rodidel. Důležitou úlohu v edukaci intimní hygieny dívek zastává porodní asistentka nebo neonatolog. Správné poučení rodičů, zejména matky třeba i v praktickém předvedení, jak o rodidla její dcery pečovat v novorozeneckém období, je zcela nezbytné. Matka dívky by měla:

1. každý den umýt důkladně rodidla směrem od uretry ke konečníku – nejlépe čistou vlažnou vodou
2. nepoužívat na rodidla klasické mýdlo (raději jen dětské neparfémované a nedráždivé mýdlo)
3. nepoužívat prostředky intimní hygieny pro ženy: všechny mají kyselou reakci, což je pro rodidla dospělé ženy vhodné, avšak pro dětská rodidla nikoli
4. mechanicky umýt případné nečistoty, dále zbytky stolice, moče, výměšky žlázek (nedopustí-li matka, aby se vulva nečistotou slepila, nemůže vzniknout ani růst)
5. každý den při mytí od sebe oddálit protilehlé partie rodidel
6. volit pleny, které dívce vyhovují, nedráždí oblast zevních rodidel a ve vhodném časovém intervalu je měnit
7. po močení a stolici otírat rodidla vždy směrem zepředu dozadu, tedy od vyústění močové trubice ke konečníku, nikdy ne opačně
8. genitál ošetřit i dětským olejíčkem, který zabrání kontaktu stydkých pysků a tím jejich slepení
9. prádlo prát v pracím prášku určeném pro děti. Dětské prádlo a pleny je nutné dostatečně máchat
10. používat kvalitní dětského prádla z bavlny

Získání správných návyků v dětství a zejména jejich dodržování po celý život je velmi důležité, protože při jejich nedodržení vzniká možné riziko infekcí, které se často šíří na oblast vnitřních genitálů a mohou se stát jednou z příčin poruch reprodukce žen (Dostálová, 2009, s. 221; Hořejší, 2003, s. 45; Skřenková, 2006, s. 143).

Důležitou úlohu v edukaci intimní hygieny dívek zastává porodní asistentka nebo neonatolog. Správné poučení rodičů, zejména matky, v novorozeneckém období je zcela nezbytné. Získání správných hygienických zásad v dětství a zejména jejich dodržování po celý život je velmi důležité. V důsledku nedodržení hygienických zásad vzniká možné riziko infekcí, které se často šíří na oblast vnitřních genitálů a mohou se stát jednou z příčin poruch reprodukčních poruch u žen.

VYUŽITÍ PRO PRAXI

V důsledku malé informovanosti matek, ale i otců, jsem vytvořila informační leták, který rodiče upozorňuje na možnost vzniku a komplikace u jejich dítěte. Jsou zde podtrženy základní informace, které by mohly být užitečným zdrojem informací nejen pro rodiče, ale mohl by patřit mezi informační letáky v dětských ambulancích.

Viz informační leták „Synechie“ viz Příloha č. 1

REFEREČNÍ SEZNAM

1. ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-392-9.
2. BACON, J. L. Prepubertal labial adhesions: Evaluation of a referral population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, vol. 187, n. 2, s. 327-332. ISSN: 0002-9378.
3. BRENIŠIN, P. Gynekologické záněty v dětství [online]. 2013. Dostupné z: http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/2937/gynekologicke_zanety_v_detstvi.html [cit. 2016-02-20].
4. BŘEZINOVÁ, J. Dnes půjdeme k lékaři. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 2, s. 18. ISSN 1210-0404.
5. CELAYIR, C. A., ORAL M. What is the real cause of labial synechia? *Zeynep Kamil TIP Bülteni*, 2002, vol. 4, s. 161-164. ISSN: 1300-7971.
6. DOSTÁLOVÁ, Z., REJDOVÁ, I., STARÝ, D., HUSÁR, M. *Intimní hygiena u dětí. Pediatrie pro praxi*, 2009, roč. 10, č. 4, s. 220-223. ISSN 1213-0494.
7. ERTÜRK N. Comparison of estrogen and betamethasone in the topical treatment of labial adhesion in prepubertal girls. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2014, vol. 44, s. 1103-1107. ISSN: 1300-0144.
8. FRANTÁLOVÁ, L. Zdravá intimní hygiena. *Sanquis*, 2011, roč. 2011, č. 91, s. 92. ISSN 1212-6535.
9. GREGORA, M. *Kniha o matce a dítěti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0854-X.
10. GREGORA, M. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku*. 2.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2030-2.
11. GULDBERG, R., THYBO, S., ANDERES, B. Synechia vulvae - an unusual cause of urinary symptoms in a 15-year-old girl. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2007, vol. 86, n. 2, s. 251-252. ISSN 0001-6349.
12. HAVLÍN, M. Vulvovaginitidy v dětském věku. *Lékařské listy*, 2011, roč. 2011, č. 5-Speciál (Pediatrie), s. 18-19. ISSN: 1805-2355.
13. HODICKÁ Z., REJDOVÁ I. Synechia vulvae. *Pediatrie pro praxi*, 2013, roč. 14, č. 6, s. 389. ISSN: 1213-0494.

14. HOŘEJŠÍ, J. *Dětská gynekologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0075-x.
15. HOŘEJŠÍ, J. Gynekologie dětí a dospívajících. *Postgraduální medicína*, 2004, roč. 6, č. 6, s. 630-635. ISSN 1212-4184.
16. HOŘEJŠÍ, J. Gynekologie dětí a dospívajících v České republice. *Časopis lékařů českých*, 2006, roč. 145, č. 7, s. 554-556. ISSN: 0008-7335.
17. HOŘEJŠÍ, J. *Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek: Informace pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0553-2.
18. HOŘEJŠÍ, J. Vyšetřování v dětské gynekologii. *Moderní gynekologie a porodnictví: Dětská gynekologie*, 2001, roč. 10, č. 4, s. 404-405. ISSN 1211-1058.
19. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. et al. *Pediatric*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80 7262-178-5.
20. JANDOVÁ, Y. Problematika dětské gynekologie v ordinaci dětského lékaře. *Vox Pediatric*, 2002, roč. 2, č. 10, s. 19-21. ISSN 1213-2241.
21. JELENEK, G., REJDOVÁ, I., VLAŠÍNOVÁ, I., SEDLÁKOVÁ, K. Vulvovaginitidy u dětí. *Pediatric pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 6, s. 392-394. ISSN 1212-0494.
22. JIRASKOVA, V. Chut' vrátit se domů. *Aperio*, Praha: 2007, roč. 6, č. 2, str. 38-41. ISSN 1214-7389.
23. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
24. KAMENIKOVA, M. Místo porodní asistentky u fyziologického porodu. *Praktická gynekologie ČR*. Praha: 2002, č. 5, str. 19-20. ISSN 1211-6645.
25. KOLAŘÍK, D. *Repetitorium gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-138-7.
26. KOLSKÝ, A., et al. 2008. Terapie infekcí močových cest u dětí. *Urologie pro praxi*, 2008, roč. 9, č. 4, s. 171-172. ISSN 113-1768.
27. KROPÁČOVÁ, B. Synechie vulvy. [online]. 2015. Dostupné z: <http://www.mudrkropacova.cz/synechie-vulvy/> [cit. 2016-02-14].
28. KUČERA, J., ZÁHUMENSKÝ, E. Vaginální záněty. [online]. 2012. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vaginalni-zanety-463796> [cit. 2016-02-15].
29. KUMAR, R. K., SONIKA, A., SURESH, CH. K. S., NEENA, M. Labial adhesion in pubertal girls. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2006, vol. 273, s. 243-245. ISSN: 0932-0067.

30. MAŠATA, J., JEDLICKOVÁ, A. et al. *Infekce v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-107-7.
31. MATĚJČEK, Z. Dětský pacient v komunikaci s lékařem. *Pediatric pro praxi*, 2001, roč. 2, č. 5, s. 210-211. ISSN 1213-0494.
32. MURAM, D. MD. Treatment of Prepubertal Girls with Labial Adhesions: *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 1999, n. 12, s. 67-70. ISSN: 1083-3188.
33. PILKA, R., *Gynekologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. Skripta. ISBN 978-80-244-3019-5.
34. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 247 s. (Sestra). ISBN 978-80-247-2968-8.
35. ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART K. et al. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén. 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
36. ROZTOČIL, A. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
37. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
38. SKŘENKOVÁ J. Synechia vulvae infantum: rizikové faktory vzniku a prevence. *Praktická gynekologie*, 2006, č. 4, s. 142-144. ISSN: 1211-6645.
39. SUDKOVÁ, J. Hygiena genitálu malých děvčat a její význam při prevenci onemocnění zevních rodidel. *Vox pediatrics*, 2014, roč. 14, č. 4, s. 22. ISSN: 1213-2241.
40. SILVA, D., JAYALATH, G. K. C., RANAWEERA, M., SUDESHIKA, M. D. A. A new method of surgical treatment for recurrent labial adhesion in a pre-pubertal girl. *Ceylon Medical Journal*, 2012, n. 57, s. 168-169. ISSN: 0009-0875.
41. SYMONS, J. *Těhotenství a péče o dítě*. 1. vyd. Česlice: Rebo Productions cz, s.r.o., 2004. ISBN 80-7234-284-3.
42. ŠPAČEK, J., BUCHTA, V., JÍLEK, V. *Vaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4554-1.
43. ŠPATENKOVÁ, N. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
44. TLÁSKAL, P. Využití probiotik v pediatrii. *Pediatric pro praxi*, 2008, roč. 9, č. 5, s. 288-292. ISSN 1213-0494.
45. UMLAUFOVÁ, I. *Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek*. Univerzita Karlova v Praze. 1. Lékařská fakulta. Diplomová práce, Praha, 2006.

46. VETEŠNÍKOVÁ-KOUBOVÁ, R., HOŘEJŠÍ, J. Vulvovaginitis v gynekologii dětí a dospívajících. *Moderní gynekologie a porodnictví: Dětská gynekologie*. 2001, roč. 10, č. 4, s. 406-414. ISSN 1211- 1058.
47. VRÁNOVÁ, V. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. Skripta. ISBN 978-80-244-2629-7.
48. WOLF, N. C., CHARDOT, N., COUTRE, C. P., LA SCALA G. C. Infected urocolpos and generalized peritonitis secondary to labia minora adhesions. *Journal of Pediatric Surgery*. 2008, vol. 43, n. 9, s. 35-39. ISSN: 0022-3468.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČR – Česká republika

MOP – mikroskopický obraz poševní

např. – například

PA – porodní asistentka

tzv. – takzvané

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Závislost druhu výtoku na přítomnosti estrogenů či chybění estrogenů

Období	Druh výtoku	
	Fluor purus („fyziologický“ výtok)	Fluor mixtus (zánětlivý výtok)
Novorozenecké (estrogenizované)	ANO	ANO
Klidové (neestrogenizované)	NE	ANO
Pohlavní dospívání a dospělost (období estrogenizované)	ANO	ANO

Zdroj: Špaček et al., 2013

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Synechia vulvae dorsalis



Zdroj: Hodická, 2013

Obrázek 2: Vaginoskop



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/spoluprace-detske-gynekologie-a-pediatric-v-praxi-168622?category=profesni-aktuality>

Obrázek 3: Příklady nalezených cizích těles v pochvě



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/spoluprace-detske-gynekologie-a-pediatric-v-praxi-168622?category=profesni-aktuality>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Informativní leták pro rodiče

Autor:

Zbořilková Erika

Fakulta zdravotnických věd

II. ročník obor porodní asistence

kombinovaná forma studia

Rok vydání: 2015

Didaktický konzultant:

PhDr. Tomanová Danuška CSc. FZP UP OL

Odborný konzultant:

MUDr. Ondrová Dana PhD., MBA

6

Použitá literatura a obrázky:

HOŘEJŠÍ, J. *Dětská gynekologie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990, 281 s., [8] s. obr. příl. ISBN 80-201-0075-X.

HOŘEJŠÍ, J. *Může mít Vaše dce rka gynekologické problémy?*. Praha: Grada, redakce psychologické a psychiatrické literatury, 2003.

Maminka: Synechia vulvae: zálučný problém malých děvčátek [online]. [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://www.maminka.cz/clanek/zdravi/synechia-vulvae-zaludny-problem-malych-devcatek/>

MACKŮ, F., MACKŮ, J. *Gynekologové ženám*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996, 261 s. ISBN 80-716-9323-5.

PETER, R., VESELÝ, J. *Dětská gynekologie*. 3. vyd. Praha: SPN, 1977.

Použitá obrázky:

[1] *Babyweb.cz* [online]. [cit. 2015-05-23]. Dostupné z: www.babyweb.cz

[2] Vlastní archiv

[3,4] Vetešníková-Koubová, R.: Synechia vulvae infantum. In: Hořejší J.(Ed.): Vybrané kapitoly z dětské gynekologie. Edice Moderní gynekologie a porodnictví, 10/4, Levret, Praha 2001

5

Synechie

II. ročník porodní asistence

UP FZV Olomouc

Autor: Erika Zbořilková

kombinovaná forma studia



1

Co je synechie?

Normálně vyvinutá rodidla srostou, jde o slepení a srůst protilehlých sliznic poševního vchodu.

Rozdělení typu synechií

Přední srůst

Střední srůst



Vyskytují se výjimečně

Zadní srůst (částečný) – je vidět otvůrek pod klitorísem



NEJČASTĚJŠÍ



A, střední srůst - mediální

Obrázek 1



B, zadní srůst - dorzální

Obrázek 2

2

Fáze synechie

První fáze (slepení)

Dítě bez potíží, občas pálení a svědění vulvy, rozpoznatelné pouze okem.

Příčiny: Mazlavé zbytky mezi malým a velkým pyskem

Léčba: Rozrušení lehkým tahem (lokální znecitlivění, bezbolestné, nekrvácí)

Druhá fáze (skutečný srůst)

Potíže s močením: Močí s velkým úsilím, nesprávným směrem, výjimečně se nemůže vymočit.

Příčiny: Neprovedení léčby první fáze.

Léčba: Rozrušení v krátkodobé celkové anestezii.

Hojení je rychlé, nutno dodržovat hygienická opatření, nekoupat pouze sprchovat. Lokální aplikace epitelizačních mastí.

Kontrola za měsíc po zákroku. Pokud se nedodržují hygienická opatření, vznikají časté recidivy.

3

Prevence

- Synechie při správné péči o rodidla nevzniknou.
- Poučení maminky již v porodnici.
- Praktické předvedení péče o holčičku (strach z ublížení)
- Kontrola zevních rodidel (přebalování, koupání)

Správná hygiena:

- Časté přebalování
- Očista shora směrem ke konečníku
- Čistá vlažná voda (stolice, moč)
- Vlhčené ubrousky, dětský olejíček (zbytky nečistot mezi velkým a malým pyskem)
- Požíváme neparfémovaná mýdla s alkalickým pH
- Promazáváme epitelizačními mastmi (např. Bepanthen, Infadolan, ...)

4