

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

**GYNEKOLOGICKÁ PROBLEMATIKA DĚTÍ
A DOSPÍVAJÍCÍCH Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NATÁLIE LANGEROVÁ

Praha, 2022

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

**GYNEKOLOGICKÁ PROBLEMATIKA DĚTÍ
A DOSPÍVAJÍCÍCH Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY**

Bakalářská práce

NATÁLIE LANGEROVÁ

Stupeň vzdělání: Bakalář

Název oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Ondřej Vošta

Praha, 2022



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2021/2022

Studentka: Natálie Langerová
UČO: 5820
Program: Porodní asistence
Obor: Porodní asistentka
Téma práce: Gynekologická problematika dětí a dospívajících z pohledu porodní asistentky
Téma práce anglicky: Gynecological Issues of Children and Adolescents from the Perspective of a Midwife
Vedoucí práce: MUDr. Ondřej Vošta

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

Natálie Langerová 4.2.2022

Natálie Langerová
studentka

Jitka Němcová
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce MUDr. Ondřeji Voštovi za jeho čas, rady, ochotu, vstřícnost a pomoc s vypracováním bakalářské práce. Dále bych také ráda věnovala své poděkování PhDr. Markétě Školoudové za pomoc a konzultaci při výběru tématu a tvoření dotazníku pro praktickou část práce.

ABSTRAKT

LANGEROVÁ, Natálie. *Gynekologická problematika dětí a dospívajících z pohledu porodní asistentky*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Ondřej Vošta. Praha, 2022. 62 stran.

Tématem bakalářské práce je Gynekologická problematika dětí a dospívajících z pohledu porodní asistentky. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá definicí a historií dětské gynekologie, rozdělením dětského věku z pohledu estrogenizace organismu, anatomii a fyziologií ženských pohlavních orgánů a jejich specifickým odlišnostem v dětském věku, vyšetřovacím metodám a nutností citlivého a empatického přístupu během nich. Dále práce seznamuje s nejčastějšími gynekologickými problémy, jejich příčinami, příznaky a diagnostickými a léčebnými metodami. Poslední kapitola se věnuje preventivním opatřením u vybraných onemocnění. Cílem teoretické části bylo, pomocí informací z odborné literatury, nastudovat a vytvořit přehlednou práci na téma dětské gynekologie. Druhým cílem bylo poukázat na některé specifčnosti a odlišnosti v tomto oboru. Poslední stanovený cíl má za úkol seznámit s informacemi o nejčastějších gynekologických problémech a předat informace o možné prevenci.

Praktická část zahrnuje výsledky kvantitativního dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 232 žen, které mají alespoň jednu dceru. Cílem praktické části bylo zmapovat informovanost matek o správné hygienické péči zevního genitálu svých dcer a o míře mateřské informovanosti v oblasti fyziologických projevů estrogen-dependentních orgánů u novorozených dívek. Poslední cíl měl za úkol zjistit nejčastější důvody, kvůli kterým, jsou matky s jejich dcerami nuceny vyhledat péči dětského gynekologa. Z výsledků dotazníkového šetření vychází, že velká většina matek je dobře obeznámena se správnou hygienickou péčí zevního genitálu. Výsledky našeho průzkumu pravděpodobně neprokazují, že by měl počet dcer výraznější vliv na správnost péče o zevní genitál. V otázce znalostí žen, ohledně fyziologických projevů estrogen-dependentních orgánů novorozené dívky, odpovědi již tak jednoznačné nebyly. Jako nejčastější důvod, pro vyhledání dětského gynekologa, ženy udávaly vulvovaginitidy a synechie.

Klíčová slova:

Adnexitida. Dětská gynekologie. Poruchy pohlavního dospívání. Synechia vulvae infantum. Vaginoskopie. Vulvovaginitida. Vyšetřovací metody.

ABSTRACT

LANGEROVÁ, Natálie. *Gynecological Issues of Children and Adolescents from the Perspective of a Midwife*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Qualification degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Ondřej Vošta. Prague, 2022. 62 pages.

The topic of the bachelor thesis is Gynaecological issues of children and adolescents from the perspective of a midwife. The thesis is divided into theoretical and practical parts.

The theoretical part deals with the definition and history of paediatric gynaecology, the division of childhood from the point of view of the estrogenisation of the organism, anatomy and physiology of female genital organs and their specific differences in childhood, examination methods and the need for a sensitive and empathetic approach during them. The thesis also introduces the most common gynaecological problems, their causes, symptoms and diagnostic and treatment methods. The last chapter deals with preventive measures for selected diseases. The aim of the theoretical part was to study and create an overview of the topic of paediatric gynaecology using information from the literature. The second aim was to point out some specifics and differences in the given field. The last stated aim was to provide information on the most common gynaecological problems and to provide information on possible prevention.

The practical part includes the results of a quantitative questionnaire survey of 232 women who have at least one daughter. The aim of the practical part was to map the awareness of mothers about the proper hygienic care of the external genitalia of their daughters and the level of maternal awareness in the field of physiological manifestations of estrogen-dependent organs in newborn girls. The last goal was to find out the most common reasons why mothers and their daughters are forced to seek out the care of a paediatric gynecologist. Based on the results of the questionnaire survey, the vast majority of mothers are well acquainted with proper hygiene care of the external genitalia. On the question of women's knowledge of the physiological manifestations of the estrogen-dependent organs of the newborn girl, the answers were not so clear. As the most common reason for seeking out a paediatric gynaecologist, women reported the presence of vulvovaginitis and synechia.

Keywords:

Adnexitis. Paediatric Gynecology. Puberty Disorders. Synechia vulvae infantum. Vaginoscopy. Vulvovaginitis. Methods of Examination.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

ÚVOD	15
1 OBOR DĚTSKÁ GYNEKOLOGIE A GYNEKOLOGICKÉ ROZDĚLENÍ DĚTSKÉHO VĚKU	18
1.1 HISTORIE DĚTSKÉ GYNEKOLOGIE	18
1.2 GYNEKOLOGICKÉ ROZDĚLENÍ DĚTSKÉHO VĚKU	19
1.2.1 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ (FETONEONATÁLNÍ).....	19
1.2.2 KLIDOVÉ OBDOBÍ (INFANTILNÍ)	19
1.2.3 OBDOBÍ POHLAVNÍHO DOSPÍVÁNÍ.....	19
2 ANATOMIE REPRODUKČNÍ SOUSTAVY	21
2.1 VNITŘNÍ POHLAVNÍ ORGÁNY (ORGANA GENITALIA FEMINA INTERNA).....	21
2.1.1 VAJEČNÍK (OVARIUM).....	21
2.1.2 VEJCOVOD (TUBA UTERINA).....	21
2.1.3 DĚLOHA (UTERUS).....	22
2.1.4 POCHVA (VAGINA).....	23
2.1.5 PANENSKÁ BLÁNA (HYMEN).....	24
2.2 VNĚJŠÍ POHLAVNÍ ORGÁNY (ORGANA GENITALIA FEMINA EXTERNA)	24
2.2.1 HRMA (MONS PUBIS)	24
2.2.2 VELKÉ STYDKÉ PYSKY (LABIA MAJORA PUPENDI)	24
2.2.3 MALÉ STYDKÉ PYSKY (LABIA MINORA PUPENDI).....	24
2.2.4 POŠTĚVÁČEK (CLITORIS)	25
2.2.5 MALÉ A VELKÉ PŘEDSÍŇOVÉ ŽLÁZY (GLANDULAE MINORES ET MAJORES).....	25
2.2.6 BULBUS VESTIBULI.....	25
2.3 PRS (MAMMA)	25
3 FYZIOLOGIE MENSTUAČNÍHO CYKLU	27
3.1 MENSTUAČNÍ FÁZE	27
3.2 PROLIFERAČNÍ FÁZE	27
3.3 SEKREČNÍ FÁZE	28
3.4 ISCHEMICKÁ FÁZE	28
4 VYŠETŘOVACÍ METODY V DĚTSKÉ GYNEKOLOGII.....	29
4.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ PŘÍPRAVA DÍVKY PŘED VYŠETŘENÍM.....	29
4.2 ANAMNÉZA.....	30

4.3	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	31
4.4	GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ	31
4.5	LABORATORNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY.....	32
4.6	ZOBRAZOVACÍ METODY	33
5	NEJČASTĚJŠÍ GYNEKOLOGICKÁ PROBLEMATIKA DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH	34
5.1	VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY A INTERSEXUÁLNÍ MALFORMACE	34
5.1.1	VÝVOJOVÉ VADY POHLAVNÍCH ŽLÁZ.....	34
5.1.2	VÝVOJOVÉ VADY ODVODNÝCH CEST.....	34
5.1.3	INTERSEXUÁLNÍ MALFORMACE.....	36
5.2	ZÁNĚTLIVÁ ONEMOCNĚNÍ	37
5.2.1	VULVOVAGINITÍDA (VULVOVAGINITIS).....	37
5.2.2	ADNEXITÍDA (ADNEXITIS)	39
5.3	SRŮST ZE VNÍCH RODIDEL (SYNECHIA VULVAE).....	40
5.4	KRVÁCENÍ Z RODIDEL V NOVOROZENECKÉM A KLIDOVÉM OBDOBÍ	41
5.5	KRVÁCENÍ Z RODIDEL V OBDOBÍ POHLAVNÍHO DOSPÍVÁNÍ A PORUCHY MENSTRUAČNÍHO CYKLU 42	
5.5.1	OLIGOMENOREA	42
5.5.2	POLYMENOREA	43
5.5.3	HYPERMENOREA	43
5.5.4	HYPOMENOREA.....	43
5.5.5	JUVENILNÍ METRORAGIE (METRORRHAGIA JUVENILIS).....	43
5.5.6	PRIMÁRNÍ AMENOREA (AMENORHEA PRIMARIA).....	44
5.5.7	SEKUNDÁRNÍ AMENOREA (AMENORHEA SECUNDARIA)	45
5.6	PORUCHY POHLAVNÍHO DOSPÍVÁNÍ.....	45
5.6.1	PŘEDČASNÁ PUBERTA (PUBERTAS PRAECOX).....	45
5.6.2	OPOŽDĚNÁ PUBERTA (PUBERTAS TARDA)	47
5.7	NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ.....	48
5.7.1	NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ VULVY.....	48
5.7.2	NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ POCHVY	48
5.7.3	NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ DĚLOHY	49
5.7.4	NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ VAJEČNÍKŮ	49
6	PREVENCE	50
6.1	PREVENCE GYNEKOLOGICKÝCH ZÁNĚTŮ	50
6.2	PREVENCE SYNECHIÍ.....	51
7	PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ	52
7.1	METODIKA PRŮZKUMU	53

7.2	ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	54
7.3	TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ KVADRÁT	69
7.4	INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU	69
8	DISKUSE.....	74
8.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	75
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS – centrální nervová soustava

CRP – C reaktivní protein, upozorňující na přítomnost zánětu v těle

CT – výpočetní tomografie

ČGPS – Česká gynekologická a porodnická společnost

FSH – folikuly stimulující hormon

fT4 – volný tyroxin

GnRH – hormon stimulující gonadotropin

hCG – lidský choriongonadotropní hormon

KOH – hydroxid draselný

LH – luteinizační hormon

MR – magnetická rezonance

MRKH – Mayerův-Rokitanského-Küstnerův-Hauserův syndrom

pH – číslo označující zásaditost či kyselost

TSH – tyreotropní hormon

UZ – ultrazvuk

VVV – vrozené vývojové vady

(DUBOVÁ, ZIKÁN a kol., 2019), (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- abusus** – nadměrné užívání, nejčastěji drog nebo alkoholu
- adrenarche** – aktivace produkce pohlavních hormonů v kůře nadledvin
- ageneze** – vrozené nevyvinutí orgánů či části těla
- anémie** – chudokrevnost, způsobená snížením hemoglobinu v krvi
- antiflogistika** – léky s protizánětlivým a protibolestivým účinkem
- antimykotika** – léky proti plísňovým onemocněním
- aplazie** – nevyvinutí či chybění části orgánu
- atrezie** – vrozené zúžení či nevyvinutí tělních orgánů a trubicovitých orgánů
- cytostatika** – léky užívané k léčbě zhoubných nádorů
- deflorace** – protržení panenské blány
- diabetes mellitus** – metabolické onemocnění, jehož znakem je vysoká hladina cukru v krvi s nedostatkem inzulínu
- discize** – rozříznutí, druh chirurgického výkonu
- dysgeneze** – porušený vývoj některého orgánu
- enukleace** – výkon odstraňující ohraničené útvary
- enzymoterapie** – léčebné užití enzymů
- estrogen-dependentní tkáň či orgány** – závislé na hladině estrogenů
- estrogen-independentní tkáň či orgány** – nezávislé na hladině estrogenů
- exogenní** – zevní, mimo lidský organismus
- fertilita** – schopnost ženy porodit životaschopné dítě
- fúze** – splynutí, sloučení
- gonadarche** – aktivace endokrinního systému v ose hypothalamus – hypofýza – gonády
- gonády** – pohlavní žláza, u žen vaječník, u mužů varle
- hematocolpos** – hromadění menstruační krve v pochvě při atrezii hymenu
- hyperplazie** – zvětšení orgánů zmnožením počtu buněk
- hyperprolaktinémie** – vyšší koncentrace prolaktinu v krvi
- hypertrofie** – zbytnění, zvětšení orgánu zvětšením velikosti (objemu) buněk
- hypofýza** – podvěsek mozkový

hypogonadismus – porucha funkce pohlavních žláz, vedoucí k nedostatečné tvorbě pohlavních hormonů

hypogonadismus hypergonadotropní – způsoben poruchou vlastní tkáně

hypogonadismus hypogonadotropní – způsoben poruchou hypothalamo–hypofyzárního systému

hypothalamus – část mozku řídící řadu hormonálních a útrobních funkcí organismu

hypotyreóza – onemocnění způsobené sníženou funkcí štítné žlázy

chemoterapeutika – léky užívané k léčbě infekcí, zejména bakteriálních

idiopatická – bez známé příčiny

karyotyp – soubor chromozomů, u člověka 46 chromozomů

klimakterium – období vyhasínání aktivity ženských pohlavních orgánů

koitarche – první pohlavní styk v životě ženy

kolpostomie – chirurgické otevření pochvy

kortikoidy – léky s účinky podobnými hormonům kůry nadledvin

menarche – první menstruační krvácení v životě ženy

menopauza – ukončení pravidelného menstruačního krvácení

mikrobiom – soubor všech mikroorganismů osidlující určité prostředí

morbidity – nemocnost

Müllerovy vývody – embryonální struktura dávající základ vývodným částem ženského pohlavního systému

observace – pozorování

organogeneze – vznik základů jednotlivých orgánů u lidského zárodka a plodu

prekanceróza – předrakovinový stav

probiotika – látky ovlivňující složení střevní flory

pubarche – počátek růstu pubického ochlupení

recidiva – opakovaný výskyt

spasmolytika – léky odstraňující stahy hladké svaloviny

suplementace – doplnění

telarche – počátek vývoje ženského prsu

transabdominální – přes břišní stěnu

transrektální – přes konečník

transvaginální – přes pochvu

virilizace – rozvoj druhotných pohlavních mužských znaků u žen

Wolfovy vývody – embryonální struktura z nichž později vznikají některé části urogenitálního ústrojí

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Obrázek 1 Tannerova klasifikace	20
Obrázek 2 Poměr těla a děložního hrdla	23
Obrázek 3 Menstruační cyklus	28
Obrázek 4 Praderova klasifikace	36
Graf 1 Věk	54
Graf 2 Vzdělání	55
Graf 3 Počet dcer	56
Graf 4 Seznámení s hygienickou péčí o zevní genitál	57
Graf 5 Zdroj informací	58
Graf 6 Způsob hygienické péče o zevního genitál u dívek	59
Graf 7 Projevy estrogen-dependentních orgánů – prsa	60
Graf 8 Projevy estrogen-dependentních orgánů – výtok	61
Graf 9 Obavy z projevů estrogen-dependentních orgánů	62
Graf 10 Informovanost žen personálem o projevech estrogen-dependentních orgánů na oddělení šestinedělí	63
Graf 11 Nutnost vyhledání péče dětského gynekologa	64
Graf 12 Důvody pro vyhledání dětského gynekologa	65
Graf 13 Dostupnost dětského gynekologa	66
Graf 14 Spokojenost s péčí dětského gynekologa	67
Graf 15 Důvody spokojenosti či nespokojenosti s péčí dětského gynekologa	68
Tabulka 1 Skutečné četnosti	69

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce jsme zvolili gynekologickou problematiku dětí a dospívajících. Gynekologická problematika se totiž netýká pouze dospělých žen, ale s problémy se mohou potýkat dívky již od narození. Vzhledem k tomu, že malé dítě ani dospívající dívka nejsou jen pouhou zmenšeninou ženy, je potřeba vyčlenit této problematice samostatný obor. V dětském a adolescentním věku se vyskytují výrazné odlišnosti od gynekologie dospělých žen – jak anatomické a fyziologické, tak psychosociální. Proto je důležité, aby se dětskou problematikou zabýval člověk, který je na tuto oblast přímo vyškolený. Zdravá a fyziologicky fungující rodidla již od dětského věku, jsou totiž předpokladem pro budoucí kvalitní sexuální život a potenciální úspěšné snahy o těhotenství.

Pro toto téma jsme se rozhodli zejména z důvodu jeho důležitosti. Často je toto téma tabuizováno a příliš se o něm nemluví. V některých domácnostech je téma intimní problematiky, sexuálního života či menstruace často opomíjené. Starší dívky pak mohou často pociťovat obavy, strach a stud, kvůli nimž si problém raději nechávají pro sebe. Přitom i právě tato oblast je běžnou součástí života každé dívky a ženy, o které by měly mít dostatek informací a o které by se neměly bát mluvit.

Za velmi podstatnou považujeme problematiku prevence a správné hygienické péče o zevní genitál. V ideálním případě by žena měla být o základní intimní péči své dcery poučena již v porodnici na oddělení šestinedělí. Správně provedená hygiena je totiž základem pro zdravá rodidla a předcházení některým gynekologickým problémům.

Do nejčastěji řešené problematiky dětské gynekologie řadíme výskyt synechií, zánětů a u starších dívek se poměrně často setkáváme s poruchami menstruačního cyklu.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá definicí a historií dětské gynekologie, rozdělením dětského věku z pohledu estrogenizace organismu, anatomii a fyziologií ženských pohlavních orgánů se zaměřením na specifické odlišnosti v dětském věku a dále vyšetřovacími metodami. Podstatná část práce seznamuje čtenáře s nejčastějšími gynekologickými problémy, jejich příčinami, příznaky, diagnostickými a léčebnými metodami a případnou prevencí.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Pomocí informací z odborné literatury nastudovat a vytvořit přehlednou práci na téma dětské gynekologie.

Cíl 2: Poukázat na některé specifčnosti a odlišnosti v oboru dětské gynekologie.

Cíl 3: Seznámit s informacemi o nejčastějších gynekologických problémech a předat informace o možné prevenci.

Praktická část zahrnuje výsledky kvantitativního dotazníkového šetření. Cílem bylo zmapovat informovanost matek o správné hygienické péči zevního genitálu svých dcer a o míře mateřské informovanosti v oblasti fyziologických projevů estrogen-dependentních orgánů u novorozeneček. Posledním cílem bylo zjištění nejčastějších důvodů, kvůli nimž, jsou matky se svými dcerami nuceny vyhledat péči dětského gynekologa.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zmapovat informovanost matek o správné hygienické péči zevního genitálu svých novorozeneček a vliv počtu dcer na správně provedenou péči.

Cíl 2: Zjistit míru informovanosti v oblasti fyziologických projevů estrogen-dependentních orgánů u novorozeneček.

Cíl 3: Zjistit nejčastější důvody pro návštěvu dětského gynekologa.

Vstupní literatura:

DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN, [2019]. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-599-6.

HOŘEJŠÍ, Jan a Hana KOSOVÁ, 2019. *Dětská gynekologie*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5078-4.

ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Pavel VENTRUBA, 2019. *Gynekologie*. 3. dopl. a přepr. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-426-2.

Popis rešeršní strategie:

Rešerši odborné literatury pro bakalářskou práci jsme si nechali vyhotovit v knihovně Vysoké školy zdravotnické o. p. s., Praha 5, Duškova. Jako klíčová slova byla zvolena: adnexitida, dětská gynekologie, poruchy pohlavního dospívání, synechia vulvae infantum, vaginoskopie, vulvovaginitida, vyšetřovací metody. Časové rozmezí vyhledávané literatury bylo od roku 2011 do současnosti a preferovaným jazykem byl český, slovenský a anglický jazyk. Celkem bylo nalezeno 37 záznamů, z toho 5 vysokoškolských prací, 17 knižních zdrojů a 15 článků. Pro účely bakalářské práce jsme využili 13 rešeršních zdrojů. Ostatní zdroje jsme vyhledávali pomocí aplikace Bookport a po konzultaci s odborníky. Celkem jsme použili 31 zdrojů, z toho 1 zdroj zahraniční. Některé zdroje jsou starší roku 2012, jelikož jejich obsah byl pro tuto práci přínosným.

1 OBOR DĚTSKÁ GYNEKOLOGIE A GYNEKOLOGICKÉ ROZDĚLENÍ DĚTSKÉHO VĚKU

Dětská gynekologie je obor, jehož hlavní náplní je preventivní sledování dívek v průběhu jejich pohlavního vývoje, tedy od narození do puberty. Cílem oboru je včasné rozpoznání odchylek či patologií a jejich léčba s ohledem na ženskou fertilitu, pro kterou jsou nezbytně nutné fyziologicky a anatomicky správně fungující pohlavní orgány. Ačkoliv dětská gynekologie spadá pod obor gynekologie a porodnictví, vyskytují se zde významné odlišnosti, které musejí lékaři respektovat. Dětský gynekolog je odborně způsobilý ve zvláštnostech a odlišnostech dětí a dospívajících, je erudován v oblasti specifických vyšetřovacích metod a v neposlední řadě si je vědom nutnosti citlivého a ohleduplného přístupu k dětským pacientkám. Do nejčastěji řešené problematiky řadíme zánětlivá onemocnění, synechie, krvácení z rodidel, cizí tělesa v pochvě, poruchy menstruačního cyklu nebo poruchy pohlavního dospívání. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

1.1 HISTORIE DĚTSKÉ GYNEKOLOGIE

Historie dětské gynekologie není příliš dlouhá. Vznik se datuje do první poloviny dvacátého století, kdy český profesor MUDr. Rudolf Peter, DrSc. v Praze, roku 1940 založil ambulanci pro dětskou gynekologii v bývalé České dětské nemocnici. Důvodem byla zejména naléhavost pediatriů pro zvláštní péči o pohlavní orgány dívek, takovými lékaři, kteří jsou znalí v oblasti gynekologie. Profesor Peter zastával názor, že takovou péči je schopen zajistit takový lékař, který má znalost celé ženské problematiky, avšak je speciálně vyškolen na problematiku dětskou. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (ROZTOČIL a kol., 2011)

V roce 1962 došlo k otevření prvního lůžkového oddělení při Dětské fakultní nemocnici v Brně a následně i v Praze. Profesor Peter vydal spolu se svým žákem a později kolegou Doc. MUDr. Karlem Veselým, DrSc. knihu Kinderynäkologie. Po celém Československu se rozrůstala síť ambulaní a roku 1983 mohli lékaři získat nástavbovou atestaci v tomto oboru. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (ROZTOČIL a kol., 2011)

Dalším významným průkopníkem byl Prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc., jehož kniha Dětská gynekologie, byla vůbec první česky psaná kniha, která se tímto oborem zabývala. Profesor Hořejší byl přednostou Kliniky gynekologie dětí a dospívajících UK 2. lékařské fakulty a FN Motol, předsedou Sekce gynekologie dětí a dospívajících ČGPGS, pod kterou spadá

dětská gynekologie dodnes a Společnosti gynekologie dětí a dospívajících. Také se velmi zasloužil o rozvoj dětské gynekologické operativy. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

1.2 GYNEKOLOGICKÉ ROZDĚLENÍ DĚTSKÉHO VĚKU

Dětská gynekologie je obor, který se zabývá takzvanými estrogen-dependentními tkáněmi a orgány. To znamená tkáněmi a orgány, jejichž utváření a funkce jsou závislé na pohlavních hormonech, zejména estrogenech. To, zda jsou tkáně či orgány estrogenizovány nebo nikoliv, hraje klíčovou roli v obraze a průběhu jednotlivých onemocnění. Z hlediska estrogenizace organismu se dětský věk rozděluje do tří charakteristických etap. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

1.2.1 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ (FETONEONATÁLNÍ)

Novorozenecké období probíhá pod vlivem estrogenů získaných od matky a jeho délka je průměrně udávána na 3-8 týdnů, kdy jejich hladiny klesají. Typické je zduření prsů s prominujícími bradavkami, na kterých můžeme pozorovat sekreci mleziva. Dalšími znaky jsou zduřelá a prosáklá zevní rodidla, vyčnívající a rudě zbarvená panenská blána (*hymen*), jejímž otvorem můžeme pozorovat vytékání hlenu. V důsledku náhlého snížení hladiny estrogenů se rovněž objevuje krvácení z rodidel. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019), (ROZTOČIL a kol., 2011)

1.2.2 KLIDOVÉ OBDOBÍ (INFANTILNÍ)

Délka klidového období přetrvává do 8-9 let věku dívky. Hladina estrogenů je téměř nulová. Estrogen-dependentní tkáně a orgány jsou tedy bez funkčního a anatomického rozvoje. Prsy jsou nevyvinuté, velké stydké pysky (*labia maiora pudendi*) překrývají malé stydké pysky (*labia minora pudendi*) a poštváček (*clitoris*), pochva neprodukuje žádný hlen a pH se pohybuje kolem hodnoty 7-8. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019), (ROZTOČIL a kol., 2011)

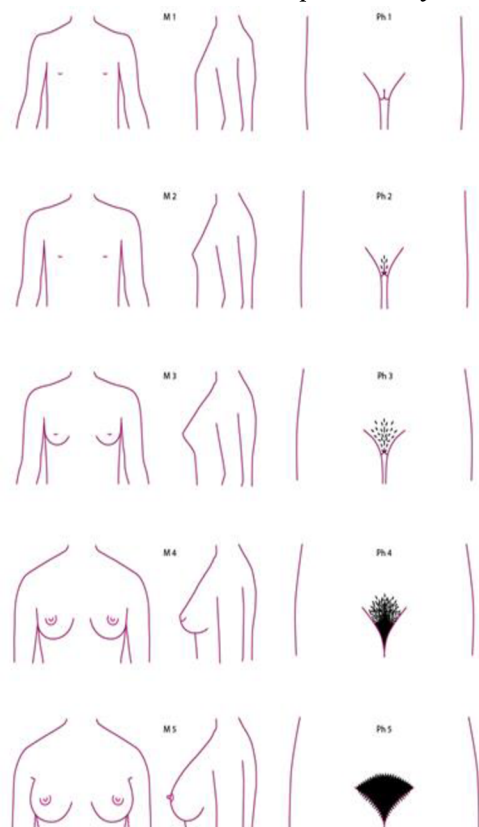
1.2.3 OBDOBÍ POHLAVNÍHO DOSPÍVÁNÍ

Puberta je složitý a hormonálně ovlivněný proces, během kterého dochází k výrazným fyzickým i psychickým změnám, po jehož dokončení je člověk schopen reprodukce. Mechanismus počátku zahájení puberty není doposud přesně znám. Zřejmě se jedná o vzájemné působení hormonálních, genetických a metabolických účinků. (DUBOVÁ, ZIKÁN a kol., 2019)

Obvyklý nástup pohlavního dospívání se dostavuje kolem 8.-10. roku života. Pro počátek tohoto období je nezbytná *gonadarche*, tedy aktivace endokrinního systému v ose

hypothalamus – hypofýza – gonády, kdy gonády, tedy vaječníky, jako konečný orgán této osy secernují estrogeny. To má za následek prudký rozvoj a dozrávání estrogen-dependentních tkání a orgánů. Dochází k jejich morfologické přestavbě a změnám velikosti. Mění se stavba kostry, svalstva a rozložení tuků. Neopomenutelné jsou také psychické změny. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017)

Pohlavní dozrávání dívky je nejlépe patrné na rozvoji sekundárních pohlavních znaků. *Pubarche* je růst pubického ochlupení. To se počíná tvořit v oblasti stydké spony, odkud postupně přechází do oblasti velkých labií. U žen pubické ochlupení nepřerůstá přes hranici hrmy (*mons pubis*), kde je obloukovitě zakončeno. Pojmem *adrenarche* označujeme dozrávání kůry nadledvin a produkci hormonů, které mají vliv na růst axilárního ochlupení. To se rozvíjí mezi 9.-17. rokem. *Telarche* znamená růst a vývoj prsů, který může nastat už kolem osmého roku. Postupný růst pubického ochlupení a prsů přehledně zpracovává Tannerova klasifikace (obr. 1). Pojmem *menarche* se rozumí první menstruace, která se v našich zeměpisných podmínkách dostavuje průměrně kolem dvanáctého roku. První menstruační cykly bývají nepravidelné a anovulační. Jedná se o takzvanou pseudomenstruaci, kdy je krvácení způsobeno poklesem hladiny estrogenů a nepředchází mu ovulace. Přítomnost ovulace a pravidelných cyklů nastává až později, fyziologicky by se měly objevit po dvou letech od *menarche*. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017)



Obrázek 1 Tannerova klasifikace

Zdroj: ROZTOČIL a kol. 2011, s. 233

2 ANATOMIE REPRODUKČNÍ SOUSTAVY

Orgány ženské pohlavní soustavy rozdělujeme do dvou skupin – vnitřní a vnější.

2.1 VNITŘNÍ POHLAVNÍ ORGÁNY (ORGANA GENITALIA FEMINA INTERNA)

2.1.1 VAJEČNÍK (OVARIUM)

Vaječník je párový a žlázočný orgán, jehož rozměry, tvar a uložení se mění v závislosti na věku. Důležitou funkcí je produkce hormonů – estrogenů, progesteronu a v malém množství androgenů. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

Jeho povrch kryje jednovrstevný kubický epitel, pod nímž nacházíme vazivovou *tunicu albugineu*. Vnitřní část dělíme na dvě vrstvy – korovou (*cortex ovarii*) a dřevnou (*medulla ovarii*). Korová vrstva obsahuje folikuly (*folliculi ovarii*). Folikuly jsou strukturou složenou z ženských pohlavních buněk (*oocyty*) a podpůrných buněk, které jej obklopují. Folikuly nalézáme v několika stádiích od nejmenších primordiálních folikulů až po zralý Graafův folikul, který dosahuje průměru zhruba 2 cm. Dřevná vrstva obsahuje vazivo, hladká svalová vlákna, cévy a nervy. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (ROKYTA a kol., 2016)

Vaječník novorozence má hladkou strukturu, měří 2-2,4 cm a jeho tloušťka je zhruba 3 mm. Kůru z největší části tvoří primordiální folikuly, které s nástupem *gonadarche* a pohlavního dospívání dorůstají do Graafova folikulu. Vrcholem se stává proces ovulace, kdy dochází k jeho prasknutí a uvolnění *oocyty*. V tomto období má vaječník již konečný vzhled a velikost. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

U dospělé ženy měří vaječník 2,5-5 cm a je široký zhruba 2 cm. Na jeho povrchu jsou viditelné prominující folikuly a jizvy, poukazující na proběhlé ovulace. Barva se z původní bílé, pozměňuje na růžovo-šedou. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (ROZTOČIL a kol., 2017)

2.1.2 VEJCOVOD (TUBA UTERINA)

Jedná se o dutý, párový orgán, jehož délka se v dospělosti udává kolem 10-15 cm. Funkcí vejcovodu je přesun *oocyty* do dělohy. (ROZTOČIL a kol., 2017)

Anatomicky popisujeme jeho čtyři části – *infundibulum*, *ampulla*, *isthmus* a *pars uterina*. Výběžky *infundibula* nazýváme fimbrie (*fimbriae tubae uterinae*) a jejich důležitou

funkcí je záchyt uvolněného *oocytu* z vaječníku po ovulaci. *Oocyt* se díky pohybu hladké svaloviny a rytmickým kontrakcím fimbrií posouvá do nejširší části vejcovodu – *ampully*, kde může dojít k oplození, tedy jeho spojení se spermií. (ROZTOČIL a kol., 2017), (ROKYTA a kol., 2016)

Epitel vejcovodu kryje vrstva kubických až cylindrických buněk. (ROZTOČIL a kol., 2017)

U novorozenců je délka vejcovodu kratší. Při procesu estrogenizace u novorozence a dospívajících bývají fimbrie hustější a jemnější. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

2.1.3 DĚLOHA (UTERUS)

Děloha je dutý svalový orgán, za jehož hlavní funkci považujeme přijetí oplozeného vajíčka, ochranu zárodka a plodu, vypuzení plodu a menstruační cyklus. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (ROZTOČIL a kol., 2017)

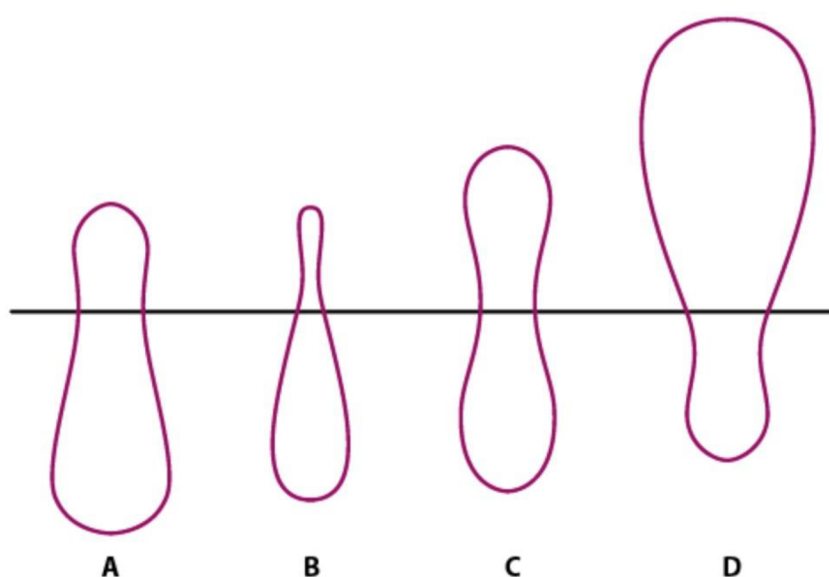
Děloha váží 50 g, délka je 8 cm a předozadně měří 2-3 cm. U žen, které za sebou mají porod, bývají tyto hodnoty mírně zvýšeny. U těhotných dochází k rapidnímu nárůstu délky a hmotnosti a také ke ztenčení děložních stěn. Zevně popisujeme tělo (*corpus uteri*) a děložní hrdlo (*cervix uteri*), vzájemně spojené krátkou částí – *isthmus uteri*. Na děložním těle rozlišujeme horní zaoblený okraj (*fundus uteri*), děložní hrany (*marginis uteri*) a děložní rohy (*cornua uteri*). Děložní hrdlo představuje spodní zúženou část dělohy, na kterou se upíná pochva. Horní část hrdla (*portio supravaginalis cervicis*) nacházíme nad poševním úponem, zatímco dolní část leží pod poševním úponem a v pochvě je viditelná jako čípek (*portio vaginalis cervicis uteri*), na kterém ústí vnější děložní branka. Vnitřní branku nacházíme mezi *canalis isthmi a canalis cervicis*. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (ROZTOČIL a kol., 2017)

Stěnu dělohy vystylají tři vrstvy – děložní sliznice (*endometrium*), která vlivem ovariálních hormonů a ovulačního cyklu prodělává změny nazývané menstruační cyklus. Epitel *endometria* je jednovrstevný cylindrický, v oblasti vnější děložní branky však přechází do epitelu mnohvrstevného dlaždicového nerohovatějšího. Fyziologicky by rozhraní těchto dvou epitelů mělo být při gynekologickém vyšetření znatelné. Dále je děloha vystlána svalovou vrstvou (*myometrium*), která díky rytmickým stahům umožňuje vypuzení plodu a placenty a serózní vrstvou (*perimetrium*). (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

Vlivem estrogenů dochází během života k významným změnám dělohy. Největších jich dosahuje během dětství a dospívání, kdy se výrazně mění velikost děložního těla.

Právě poměr mezi velikostí těla a hrdla dle věku je důležitým faktorem pro posuzování proporcionální přestavby a děložní typologie. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

Novorozenecká děloha (*uterus neonatalis*) má poměr těla a hrdla 1:2 (obr. 2A). U dětského typu (*uterus infantilis*) je signifikantní převaha hrdla v poměru 2:1 (obr. 2B). Během pohlavního dospívání označujeme dělohu jako *uterus pubertalis* (obr. 2C). Poměr je 1:1 a svým tvarem připomíná přesýpací hodiny. U dospělé ženy (*uterus adultae*) převažuje tělo nad hrdlem 2:1 (obr. 2D). (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)



Obrázek 2 Poměr těla a děložního hrdla

Zdroj: HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019, s. 21

2.1.4 POCHVA (VAGINA)

Pochva je orgánem trubcovitého tvaru o délce zhruba 8 cm. Slouží ke kopulaci, odvádí krev během menstruace a spoluvytváří měkké porodní cesty. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (ROZTOČIL a kol., 2017)

Nejužší a zároveň nejnižše uloženou částí je poševní vchod (*ostium vaginae*), který ústí do poševní předsíně (*vestibulum vaginae*) mezi malými stydkými pysky. Na horním konci je viditelný děložní čípek, kolem něhož rozpoznáváme přední a zadní poševní klenbu (*pars anterior et superior*). (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (ROZTOČIL a kol., 2017)

Zřasenou sliznici poševních stěn tvoří mnohvrstevný dlaždicový epitel nerohovějící, který během pohlavní stimulace produkuje sekret. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (ROZTOČIL a kol., 2017)

Vlivem estrogenů dochází ke zbytnění a zřasení poševních stěn, což se děje zhruba v sedmi letech. V tomto věku se v pochvě začíná objevovat Döderlenův laktobacil, vytvářející kyselé pH. (ROZTOČIL a kol., 2011)

2.1.5 PANENSKÁ BLÁNA (HYMEN)

Dívky, u nichž neproběhl pohlavní styk, mají poševní vchod kryt panenskou blánou (*hymen*), ve které nalézáme nejčastěji jeden otvor, sloužící k odtoku menstruační krve. Pokud zde nalézáme otvory dva, pak jde o *hymen binocularis*. *Hymen* nazýváme zrcadlem estrogenů, jelikož díky jeho dobré přístupnosti zraku, nás na první pohled upozorní, zda je organismus dívky pod vlivem estrogenů či nikoliv. Jeho tvary mohou být různé. Během prvního pohlavního styku je porušen takzvanou deflorací (*defloratio*) a zbývají z něj pouze okrajové řasy (*carunculae hymenales*). Po porodu zde nacházíme jen drobné vyvýšeniny (*carunculae myrtiformes*). (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (ROZTOČIL a kol., 2011)

2.2 VNĚJŠÍ POHLAVNÍ ORGÁNY (ORGANA GENITALIA FEMINA EXTERNA)

2.2.1 HRMA (MONS PUBIS)

Tukový polštář, krytý silnou vrstvou kůže, nacházející se v oblasti stydké spony (*symphysis pubica*). Vyskytují se zde potní a mazové žlázy a kolem osmého roku dívky se zde počíná tvořit pubické ochlupení. (ROZTOČIL a kol., 2011)

2.2.2 VELKÉ STYDKÉ PYSKY (LABIA MAJORA PUPENDI)

Výrazně vyklenuté kožní polštáře, táhnoucí se od hrmy dorzálně, kde se spojují kožní řasou (*comissura labiorum posterior*). Navzájem k sobě přiléhají, čímž tvoří stydkou rýhu (*rima pupendi*). Podkladem velkých stydkých pysků je velké množství tukové tkáně, mazových a potních žlázek a jejich povrch kryje ochlupení. Pod velkými labii se nachází labia malá, navzájem jsou odděleny mělkou rýhou (*sulcus interlabialis*). (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (ROZTOČIL a kol., 2017)

2.2.3 MALÉ STYDKÉ PYSKY (LABIA MINORA PUPENDI)

Tenké kožní řasy, které mají četné mazové žlázy, avšak žádné potní. Obsahují senzitivní tělíska, díky nimž se během pohlavního vzrušení stávají citlivými. Přední okraje

malých labií se rozdělují a tvoří dvě řasy. Přední řasa překrývá poštváček (*praeputium clitoridis*) a zadní tvoří jeho uzdičku (*frenulum clitoridis*). Zadní okraje labií mohou přirůst k velkým labiím v důsledku čehož zaniknou, nebo po jejich spojení vznikne poloměsíčitá řasa (*frenulun labiorum*). (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (ROZTOČIL a kol., 2017)

V novorozeneckém období a v období pohlavního dospívání jsou, vlivem estrogenů, malá labia viditelná ze stydké rýhy. Naopak v klidové fázi je zcela překrývají labia velká. (ROZTOČIL a kol., 2011)

2.2.4 POŠTĚVÁČEK (CLITORIS)

Na poštváčku anatomicky rozeznáváme zakrnělý žalud (*glans clitoridis*), jehož centimetrová část je viditelná zevně a je překryta řasami malých stydkých pysků. Dále tělo (*corpus clitoridis*), jehož dvě ramena (*crura clitoridis*) jsou připojena k ramenům stydkých kostí. Klitoris má velmi bohaté zásobené senzitivními tělísky, která se významně podílejí na pohlavním vzrušení ženy. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

2.2.5 MALÉ A VELKÉ PŘEDSÍŇOVÉ ŽLÁZY (GLANDULAE MINORES ET MAJORES)

Malé žlázy produkují sekret, udržující vlhkost poševní předsíně. Nejvíce jsou zastoupeny v okolí ústí močové trubice. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

Velké žlázy se nazývají Bartholiniho. Ústí do zadní části poševní předsíně, kde díky produkci sekretu, umožňují snadnější kopulaci. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014),

2.2.6 BULBUS VESTIBULI

Párové tělísko, nacházející se v oblasti poševní stěny pod velkými stydkými pysky. Jejich podklad tvoří žilní pleteně, které se během pohlavního vzrušení překrvují krví, čímž pomáhají k uzavření poševní předsíně a vzniku poševní manžety. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014)

2.3 PRS (MAMMA)

Prs je párový orgán umístěný na přední straně hrudníku. Velikost a tvar prsů jsou závislé na několika faktorech. Mezi tyto faktory řadíme například velikost mléčné žlázy, množství tuku, celkovou konstituci, věk, výživu, etnickou příslušnost nebo počet těhotenství a porodů. Právě v těhotenství a po porodu prsy uplatňují svou hlavní funkci, tedy produkci mleziva (*colostrum*) a později mateřského mléka (*lac*). Produkci ovlivňují změny hormonálních hladin. (ROZTOČIL a kol., 2017)

Mléčná žláza (*glandula mammaria*) se skládá z patnácti až dvaceti laloků (*lobi glandulae mammariae*). Z každého laloku vystupuje mlékovod (*ductus lactiferus*), vyúsťující pomocí drobných otvorů na prsní bradavce (*papilla mammae*). Mírně vyklenutá a erektilní bradavka se nachází na prsním dvorci (*areola mammae*), na kterém vyúsťují Montgomeryho žlásky, jejichž sekret chrání dvorec před slinami kojence a mlékem. Bradavka i dvorec jsou různě silně pigmentovány. (DUBOVÁ, ZIKÁN a kol., 2019), (ROZTOČIL a kol., 2017)

U novorozenců jsou prsy zduřelé a můžeme pozorovat prominující bradavku s mírnou sekrecí mleziva. Po zhruba sedmi týdnech prs přechází do klidového stavu, viditelná je pouze málo pigmentovaná bradavka. Žláзка již hmatná není. Prs po dobu klidového období nazýváme *mamma neutralis s. puerilis*. V období pohlavního dospívání dochází k postupnému rozvoji prsů a jejich zvětšování, díky ukládání tuku do prsních laloků. Zpočátku se tuk ukládá nerovnoměrně a prsy tudíž mohou působit asymetricky. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

3 FYZIOLOGIE MENSTUAČNÍHO CYKLU

Menstruačním cyklem jsou míněny fyziologické a pravidelně se opakující změny *endometria*, projevující se krvácením z rodidel. Úkolem těchto změn je příprava *endometria* na nidaci oplodněného vajíčka a jeho následný vývoj. První krvácení (*menarche*) se objevuje kolem dvanáctého roku života, a naopak poslední krvácení (*menopauza*) nastává kolem padesátého roku v období *klimakteria*. První cykly v životě dívky bývají většinou nepravidelně dlouhé a nepředchází jim ovulace. Nazýváme je anovulačními. Z důvodu anovulace tedy mluvíme o takzvané pseudomenstruaci, kdy krvácení není způsobeno poklesem hladin estrogenů a progesteronů, jako je tomu u cyklů ovulačních, ale pokles hladin zaznamenávají pouze estrogény. Ovulace nastává až později. (HODICKÁ, REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2015), (KOSOVÁ, 2020), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017) Podle Kosové, ze studií vyplývá, že až 2 roky po *menarche* je cca 50 % cyklů anovulačních, postupně se ale u většiny dívek stabilizuje cyklus ovulační (KOSOVÁ, 2020, s. 133).

Ženský cyklus se opakuje zhruba každých 28 dní. Krvácení trvá v průměru 3-4 dny, během kterých činí krevní ztráta 50-80 ml krve. Společně s cyklem menstruačním probíhá ve vaječniku cyklus ovariální. Oba tyto cykly se navzájem ovlivňují a jsou hormonálně řízeny endokrinním systémem. První den menstruačního krvácení považujeme rovněž za první den nového cyklu, který dělíme do čtyř fází. (COLLINS et al. 2013), (HODICKÁ, REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2015), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017)

3.1 MENSTUAČNÍ FÁZE

Odumřelá vrstva *endometria* spolu s krví z porušených žlázek a tekutinou vytéká 1.- 5. den cyklu pochvou ven. Žena, díky kontrakcím vypuzující krev, může pociťovat bolesti a křeče v podbřišku. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017)

3.2 PROLIFERAČNÍ FÁZE

Proliferační fáze trvá 5.-14. den cyklu. Probíhá pod vlivem estrogenů ze zrajících ovariálních folikulů. Toto období je charakteristické hyperplazií *stratum functionale*, růstem žlázek a vysokým prokrvením sliznice. Ve vaječniku mezitím dozrává Graafův folikul a po prudkém zvýšení hladiny LH, zhruba v polovině cyklu, praská a uvolňuje vajíčko, které zachycují fimbrie vejcovodů. Tento proces se nazývá ovulace a je nezbytný pro oplození. Ze stěny Graafova folikulu vzniká útvar nazývaný žluté tělísko (*corpus luteum*), které secernuje

progesteron a navozuje sekreční fázi cyklu. (COLLINS et al., 2013), (ROKYTA a kol., 2016), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017)

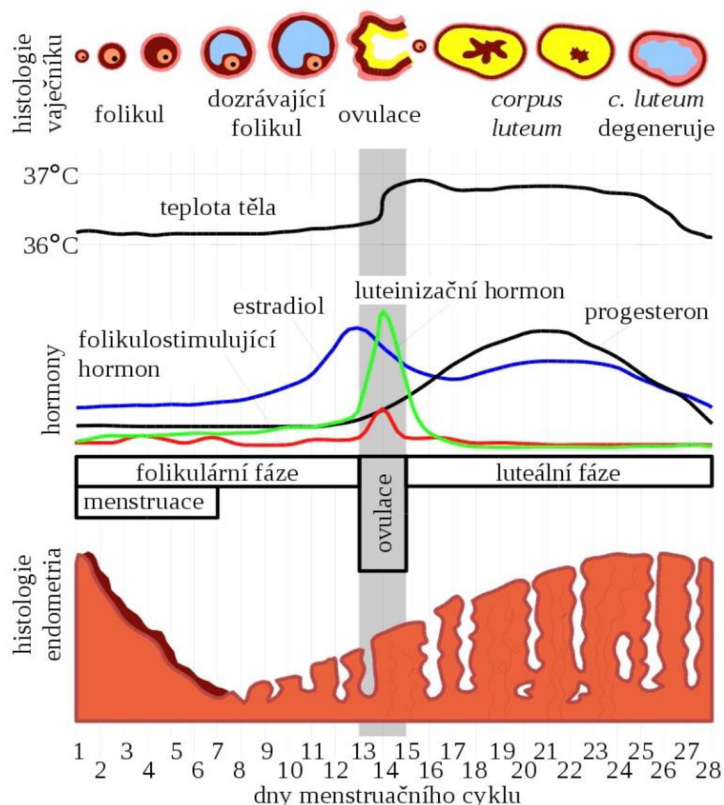
3.3 SEKREČNÍ FÁZE

Sekreční fázi ovlivňuje progesteron ze žlutého tělíska. Díky progesteronu se tvoří sekret a probíhá hypertrofie žlázek. V buňkách *endometria* se usazují glykogen a lipidy, důležité pro možnou počáteční výživu oplozeného vajíčka. Pokud k oplození vajíčka nedojde, ze žlutého tělíska se tvoří tělísko bílé (*corpus albicans*). To je na vaječníku viditelné jako jizva. Sekreční fázi počítáme od 14. do 26. dne cyklu. (COLLINS et al. 2013), (ROKYTA a kol., 2016), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017)

3.4 ISCHEMICKÁ FÁZE

Tato fáze probíhá 26.-28. den cyklu. Vlivem poklesu hladiny progesteronu a estrogenů dochází ke snížení toku ve spirálních arteriích. Díky tomu se ischemizuje funkční vrstva *endometria* (*stratum functionale*), která se postupně odlučuje. (COLLINS et al., 2013), (ROKYTA a kol., 2016), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017)

Změny hormonálních hladin zobrazuje obrázek 3.



Obrázek 3 Menstruační cyklus

Zdroj: <https://1url.cz/sKYO9>, 2006

4 VYŠETŘOVACÍ METODY V DĚTSKÉ GYNEKOLOGII

Dětská gynekologie se od klasické gynekologie liší hned v několika faktorech. V první řadě by měl být dětský gynekolog obeznámen s anatomickými a hormonálními odlišnostmi dětského věku a přizpůsobit tomu tak i metody a průběh vyšetření. Dalším faktorem je nutnost citlivého a empatického přístupu k vyšetřované dívce i jejímu doprovodu. V závislosti na věku pacientky, je také vhodné před vyšetřením nastínit jeho průběh a zodpovědět případné otázky. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2020)

4.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ PŘÍPRAVA DÍVKY PŘED VYŠETŘENÍM

Dětské gynekologové, porodní asistentky, či zdravotní sestry by si měli být vědomi nejen anatomických odlišností, ale také nutností specifického přístupu k dětským pacientkám. Je nezbytně nutné si uvědomit, že pro dívky může být gynekologické vyšetření velmi stresujícím a nepříjemným aktem. Přichází do kontaktu s cizími lidmi, s novým prostředím, nevědí, co od vyšetření očekávat, a cítí úzkost. Z těchto důvodů je vhodné své chování a jednání přizpůsobit tak, abychom dívkám co možná nejvíce situaci zjednodušili a předcházeli tak případnému strachu z dalších lékařských návštěv. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

Mezi obecné zásady patří citlivé a empatické seznámení s důvodem a postupem vyšetření, které musí být přizpůsobeno věku vyšetřované dívky. Zohledňujeme úzkost a právo na soukromí. V případě nejasností a otázek bychom měli poskytnout věcné odpovědi a tím se pokusit snížit strach. Je vhodné mluvit klidným hlasem, vyhnout se direktivnímu stylu komunikace, neklidným a rychlým pohybům a gestům. Personál by měl správně dbát i o péči a úpravu svého zevnějšku, aby v dítěti nevyvolával pocit strachu a nedůvěry. Důležité je rovněž přizpůsobit vybavení ordinace dětským pacientkám. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

U dětí mladšího věku je vhodná přítomnost zákonného zástupce, který zprostředkuje lepší komunikaci mezi dítětem a personálem. S dítětem se snažíme navázat kamarádský vztah, oslovujeme ho jménem, užíváme jeho specifické pojmenování věcí a sloves, snažíme se zjistit jeho záliby a během vyšetření mu dodáváme odvalu a oceňujeme statečnost. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

Dospívajícím dívkám se snažíme umožnit se podílet na debatě o poskytované péči a podporujeme je v přijetí zodpovědnosti za své tělo a zdraví. Vyjadřujeme se odborně, ale tak, aby nám pacientka porozuměla. Při hovoru preferujeme vykání. (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2010)

4.2 ANAMNÉZA

Velmi důležitou a neopomenutelnou součástí gynekologického vyšetření je správné a důkladné zjištění anamnestických údajů. U mladších dívek rozhovor využíváme spíše k navození přátelského vztahu. Nejvíce podstatných a užitečných informací získáváme od doprovodu, kterým bývá nejčastěji matka. U dívek starších, doprovod pouze doplňuje údaje, kterými si dívka není jistá. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019), (ROZTOČIL a kol., 2011)

Z rodinné anamnézy nás zajímají především trombofilní mutace, krvácivé poruchy nebo poruchy srážlivosti krve. Dále výskyt kardiovaskulárních, nádorových či psychiatrických onemocnění, *diabetu mellitu* nebo infekčních chorob. Povědomost bychom také měli mít o menstruačním cyklu a počátku jeho nástupu u příbuzných žen. (NEJEDLÁ, 2015), (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

Osobní anamnéza zahrnuje údaje o průběhu matčina těhotenství a porodu. Informujeme se o dívčině poporodní adaptaci a následnému vývoji. Ptáme se na provedená očkování, alergie, dietní opatření, *abusus*, úrazy, hospitalizace, operace nebo podání transfuzních přípravků. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

Farmakologická anamnéza nás informuje o užívání léků, jejich dávce a frekvenci. Dotazujeme se i na užívání hormonální antikoncepce. (NEJEDLÁ, 2015)

Sociální anamnéza poskytuje informace o bydlení a sociálních kontaktech. (NEJEDLÁ, 2015)

Gynekologická anamnéza nám přináší důležité informace o předchozích gynekologických obtížích a jejich léčbě. Zajímají nás údaje o první menstruaci – věk, průběh, pravidelnost, intenzita a bolestivost. U starších dívek je také důležitým faktorem první pohlavní styk (*koitarche*) a použitá antikoncepční metoda. U aktuálních potíží se dotazujeme na délku trvání, povahu výtoku, výskyt krvácení, potíže s vyprazdňováním či na bolesti břicha a jejich charakter. (NEJEDLÁ, 2015), (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

4.3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Cílem fyzikálního vyšetření je zaznamenat, co jsme zjistili svými smysly. Tedy prostřednictvím zraku, hmatu, sluchu a výjimečně čichu (NEJEDLÁ, 2015, s. 54).

Při vyšetřování pohledem (*aspekce*) hodnotíme celkový stav těla. Pozornost ovšem zaměřujeme zejména na sekundární pohlavní znaky – velikost a tvar prsů, přítomnost a tvar ochlupení nebo známky virilizace. Na zevních rodidlech hodnotíme úroveň hygieny, případný výtok nebo krev. Na velkých a malých stydkých pyscích se zaměřujeme na jejich tvar, symetrii, zbarvení a případné změny na kůži. Neopomeneme zkontrolovat ani stav klitorisu, ústí močové trubice, panenské blány, hráze a okolí řitního otvoru. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

Palpací je míněno vyšetření pohmatem. Začínáme pohmatem prsů, které provádíme bříšky prstů, kdy krouživými pohyby postupně vyšetřujeme všechny čtyři kvadranty prsu. Zaměřujeme se na citlivost a bolestivost prsní žlázy a případnou přítomnost hmatných ložisek. Pokračujeme prohmatáním břicha, při němž je nejvhodnější poloha na zádech s pokrčenými koleny. Začínáme povrchovou palpací a postupně přecházíme na hlubokou. Popisujeme tvar a umístění břišních orgánů, lokalizaci bolesti, známky peritoneálního dráždění, přítomnost volné tekutiny (*ascites*) nebo rezistencí. V některých případech máme možnost využít vyšetření poslechem (*perkuse*) pomocí fonendoskopu. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (NEJEDLÁ, 2015)

Čichem v gynekologické oblasti zhodnocujeme zápach genitálií. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

4.4 GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Po sepsání anamnestických údajů a fyzikálním vyšetření následuje vlastní gynekologické vyšetření, s jehož průběhem by dívka měla být individuálně, přiměřeně věku, seznámena. V průběhu je vždy nutná přítomnost zdravotní sestry a do patnáctého roku života i doprovodu vyšetřované. Důležité je upozornit na nutnost vyprázdněného močového měchýře a rekta. Před vyšetřením dívka nejčastěji zaujme gynekologickou polohu v pololeže na zádech s pokrčenými kyčlemi a koleny. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

Při *bimanuálním* vyšetření zavádíme s pomocí gelu prst dominantní ruky do pochvy či do konečníku, zatímco nedominantní ruku umístíme na podbříšek vyšetřované dívky. Cílem je vyhmatání a následné určení polohy a proporcí dělohy, vejcovodů a vaječníků.

Tímto způsobem jsme také schopni určit přítomnost obsahu v Douglasově prostoru za dělohou. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

Výběr metody pro vyšetření pochvy záleží vždy na tom, zda u dívky již proběhl pohlavní styk či nikoliv. Pokud pohlavní styk proběhl, k vyšetření pochvy používáme gynekologická zrcadla, ve kterých jsme po jejich zavedení schopni hodnotit stav poševních kleneb a jejich sliznic, přítomnost známek zánětu, výtoku a krve. Nepravidelnosti a změny děložního čípku kontrolujeme pomocí kolposkopického přístroje. Tato metoda je nejvíce užívanou k včasné diagnostice karcinomů děložního hrdla a je součástí komplexního gynekologického vyšetření, při kterém máme možnost odebrání vzorku na cytologické vyšetření. (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

U dětí a virginálních dívek využíváme ke stejným účelům endoskopickou metodu, takzvanou vaginoskopii. Otvorem v panenské bláně bezbolestně zavádíme trubičku – vaginoskop, který je opatřen lupovou optikou a v případě potřeby, máme během vyšetření rovněž možnost odebrání vzorku na cytologické vyšetření. Kolposkop pro potřeby dětské gynekologie využíváme jen v případě nutnosti podrobného prohlédnutí zevních rodidel, zejména se zaměřením na neporušenost *hymenu*, při podezření na pohlavní zneužití. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (ROZTOČIL a kol., 2011)

Při podezření na sexuální násilí u dívek s neporušenou panenskou blánou využíváme speciální způsob vyšetření, kdy rozepjatou panenskou blánu na balónku Foleyova katetru, pečlivě zkontrolujeme pomocí kolposkopu. (ČEPICKÝ, 2021)

4.5 LABORATORNÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

Mezi základní a snadno dostupnou metodu patří hormonální cytologie. Díky ní jsme schopni zjistit hodnoty ovariálních hormonů. Odběr indikujeme při podezření na endokrinní poruchy, při poruchách menstruačního cyklu nebo při neznámých příčinách krvácení. U dětí odebíráme vzorek štětičkou pomocí vaginoskopu. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

Pro potřeby určení hormonálních hladin nám slouží radioimunologické metody z krevní plazmy či séra ve specializovaných laboratořích. Zajímají nás zejména hladiny FSH, LH, škály androgenů, vyšetření ovariální rezervy, estradiolu, prolaktinu, HCG a také TSH a fT4 (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019, s. 82).

Principem funkčních testů je aplikace hormonu nebo kombinace hormonů a sledování jejich účinků na organismus klinicky či laboratorně (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019, s. 83).

Patří sem například test progesteronový nebo gonadotropinový. Nejčastěji jsou funkční testy využívány při podezření na endokrinní poruchy, při nefyziologickém věku nástupu pohlavního dospívání nebo při poruchách diferenciaci pohlaví. ((HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

Dnes je již zřídka užívaný mikrobiální obraz poševní (MOP). Jedná se o mikroskopické vyšetření výtěru z pochvy. Dříve nám poskytoval důležité informace o osídlení pochvy mikroorganismy. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

Mezi obecná laboratorní vyšetření patří podle Hořejšího a Kosové *například vyšetření zánětlivých markerů, krevního obrazu, krvácivosti a srážlivosti, bakteriologické a mikroskopické vyšetření moči nebo parazitologické vyšetření stolice* (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019, s. 87).

4.6 ZOBRAZOVACÍ METODY

Nejvíce užívanou zobrazovací metodou pro potřeby dětské gynekologie je ultrazvukové vyšetření. Jedná se o metodu první volby při diagnostice vrozených vývojových vad pohlavního systému. Mezi hlavní benefity řadíme rychlost, bezbolestnost, neškodnost a možnost 3D zobrazení. U dívek s neporušeným *hymenem* nejčastěji využíváme *transabdominální* způsob. Aby byla orientace v dutině břišní přehledná, doporučuje se mít v průběhu vyšetření plný močový měchýř. U virginálních dívek můžeme využít *transrektálního* přístupu. U dospívajících dívek, které za sebou již mají pohlavní styk, volíme přístup *transvaginální*. (DUBOVÁ, ZIKÁN a kol., 2019), (ROZTOČIL a kol., 2011)

Mezi druhou, nejčastěji užívanou metodu v oblasti diagnostiky vrozených vývojových vad patří magnetická rezonance. Podobně jako ultrazvukové vyšetření jde o metodu bezbolestnou a také nevyužívající ionizující záření. Před vyšetřením se v některých případech doporučuje vyprázdnění močového měchýře a aplikace spasmolytik. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

5 NEJČASTĚJŠÍ GYNEKOLOGICKÁ PROBLEMATIKA DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Následující kapitoly přinášejí přehled nejčastější problematiky, kvůli nimž jsou matky se svými dcerami, nuceny vyhledat péči dětského gynekologa.

5.1 VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY A INTERSEXUÁLNÍ MALFORMACE

Vrozené vývojové vady vznikají v důsledku chybné organogeneze, fúze a resorpce Müllerových vývodů (SMETANOVÁ, 2020, s. 137). Často tyto poruchy doprovází i postižení jiných orgánů, typicky ledvin. U dětí jsou vrozené vady mnohdy bezpříznakové a odhalí se náhodně. Nezřídka jsou avšak objeveny až při hledání důvodů primární amenorey nebo při déle trvajících snahách o těhotenství. Správnou diagnózu stanovujeme po ultrazvukovém vyšetření a magnetické rezonanci. Léčba je velmi komplexní a ve většině případů vyžaduje hormonální léčbu a chirurgickou operaci. (DUBOVÁ, ZIKÁN, 2019), (SMETANOVÁ, 2020)

5.1.1 VÝVOJOVÉ VADY POHLAVNÍCH ŽLÁZ

Nejčastějším nálezem je dysgeneze vaječnicků. Typicky nalézáme vazivové proužkovité vaječnický bez folikulů a bez produkce pohlavních hormonů. Častý je také výskyt odlišného karyotypu než 46, XX. Za velký problém, který z tohoto postižení plyne, považujeme nedostatečné hladiny některých hormonů a s tím související poruchy pohlavního vývoje. Typicky nedochází k vyvinutí sekundárních pohlavních znaků. Dysgeneze je charakteristická pro dívky s Turnerovým syndromem. (DUBOVÁ, ZIKÁN, 2019), (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

Velmi vzácným nálezem je ageneze vaječnicků, tedy jejich úplné chybění. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

5.1.2 VÝVOJOVÉ VADY ODVODNÝCH CEST

Do prvního typu vývojových vad řadíme atrezie. Nejčastěji se setkáváme s atrezií *hymenu*. Vada se projevuje již v novorozeneckém období, kdy v důsledku chybějícího otvoru v hymenu, nedochází k odchodu hlenu z pochvy. Konečná diagnóza bývá stanovena v období puberty. V tomto horizontu dívka pociťuje pravidelně se opakující bolesti v křížové oblasti a podbřišku, způsobené hromaděním menstruační krve v pochvě – *hematocolpos*.

Diagnóza je stanovena na základě klinických symptomů a ultrazvukového vyšetření. Při gynekologickém vyšetření můžeme rovněž spatřit lividní zbarvení a vyklenující se *hymen*. Léčba zahrnuje discizi panenské blány s vytvořením otvoru, který umožní volný odtok krve. (DUBOVÁ, ZIKÁN a kol., 2019), (HODICKÁ, REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2015), (KŘEPELKA, 2015)

Při parciální aplazii pochvy se menstruační krev hromadí v horní části pochvy, kde tak vzniká *hematocolpos partialis*. Oblast okolo *hymenu* tedy, na rozdíl od prosté *hematocolpos*, nebývá vyklenuta. Nález potvrzujeme ultrazvukovým vyšetřením. Vadu řešíme operačně – kolpostomií, kdy obsah krve nejdříve odsajeme a následně horní stěnu pochvy stahujeme směrem k hymenální oblasti. (DUBOVÁ, ZIKÁN, 2019)

Mezi další skupinu vývojových vad patří poruchy splývání dělohy. U jednoplášťového typu je při laparoskopické operaci viditelné jedno děložní tělo, ovšem děloha je rozdělena uvnitř. U dvouplášťových poruch je porucha splynutí patrná již na první pohled. Pro diagnostiku využíváme ultrazvukové vyšetření a laparoskopickou operaci. Obě varianty často doprovází problémy s otěhotněním či těhotenské ztráty. Řešení vyžaduje chirurgický výkon. (DUBOVÁ, ZIKÁN a kol., 2019)

Do poslední skupiny řadíme syndrom inkompletního zdvojení vnitřních rodidel. Tato vada kombinuje obě předchozí – jde o spojení atrezie a poruchy splývání. Syndrom vzniká v důsledku poruchy vývoje Wolfových a Müllerových vývodů. *Na jedné straně nacházíme jednorohou dělohou a pochvu, komunikující s vnějším prostředím. Na postižené straně je typický výskyt takéž jednorohé dělohy ovšem s nevyvinutým hrdlem a pochvou či hrdlem a jen částečně vyvinutou pochvou, nekomunikující s vnějším prostředím* (HODICKÁ, REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2015, s. 190). Na postižené straně vždy chybí ledvina. V důsledku atrezie dochází k městnání krve v malé pánvi, což se projevuje pravidelnými bolestmi. Diagnózu stanovujeme na základě palpačního a ultrazvukového vyšetření. Léčba vyžaduje chirurgickou resekci vaginální přepážky. (HODICKÁ, REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2015), (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (ONDROVÁ D., HAMPLOVÁ-BĚHÁVKOVÁ, ONDROVÁ S., 2020)

Mayerův-Rokitanského-Küstnerův-Hauserův syndrom patří do samostatné skupiny VVV. *MRKH syndrom definujeme jako vrozenou agenezi horních dvou třetin pochvy a dělohy u žen s normálními sekundárními pohlavními znaky a ženským karyotypem 46, XX* (CHMEL jr. a kol., 2019, s. 386). Vaječníky a vejcovody jsou vyvinuty, proto pozorujeme sekundární

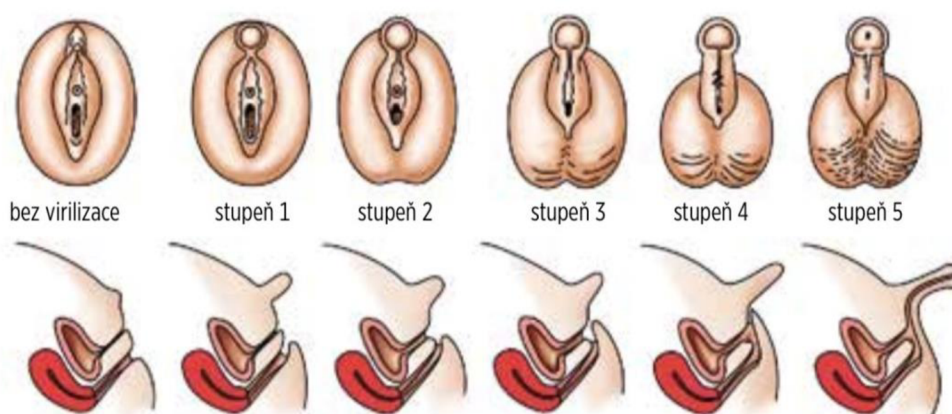
pohlavní znaky. Typicky nalézáme pouze jednu ledvinu. Do typických projevů patří primární *amenorea* a místo pochvy je přítomna pouze mělká jamka, znemožňující pohlavní styk. V diagnostice hrají významnou roli zobrazovací metody – UZ a MR. Cílem terapie je vytvoření neovaginy tak, aby byla dívka schopná vést běžný pohlavní život. (CHMEL jr. a kol., 2019)

5.1.3 INTERSEXUÁLNÍ MALFORMACE

Intersexuální malformace jsou vady, způsobující zpochybnění pohlavní identifikace jedince. Pravý hermafroditismus je velmi vzácný. Vyznačuje se současnou přítomností vaječnicků a varlat. Druhou možností je pseudohermafroditismus, vyznačující se přítomností pouze jednoho typu gonád. (DUBOVÁ, ZIKÁN, 2019), (STRAŇÁK, JANOTA a kol., 2015)

Pro mužský typ pseudohermafroditismu je typický karyotyp 46, XY, ovšem vzhledově jedinec vypadá jako žena. V tříslech jsou přítomna varlata, zevní genitál je ženský, pochva bývá ve většině případů funkční, vejcovody a děloha nejsou přítomny. Léčba zahrnuje estrogenní substituci a z důvodu hrozícího maligního zvratu doporučujeme odstranění varlat. (DUBOVÁ, ZIKÁN, 2019), (STRAŇÁK, JANOTA a kol., 2015)

U ženského typu hermafroditismu nacházíme karyotyp 46, XX a vaječnický. Sekundární pohlavní znaky jsou ale virilizované, tedy mužské. Stupeň virilizace hodnotí Praderova klasifikace (obr. 4). Léčba využívá hormonální terapii a chirurgicky dochází k úpravě zevního genitálu. (DUBOVÁ, ZIKÁN, 2019), (STRAŇÁK, JANOTA a kol., 2015)



Obrázek 4 Praderova klasifikace

Zdroj: STRAŇÁK, JANOTA a kol., 2015, s. 340

5.2 ZÁNĚTLIVÁ ONEMOCNĚNÍ

Záněty ženských pohlavních orgánů patří mezi nejčastěji řešenou problematiku dětské gynekologie. Důvodem častých zánětů bývá anatomická stavba a uložení pohlavních orgánů – komunikace zevních rodidel přes pochvu až k peritoneální dutině či jejich fyziologické funkce – pohlavní styk, menstruace nebo porod. Infekce se nejčastěji šíří vzestupnou cestou. Velkým problémem se mohou stát nedostatečně či špatně léčené infekce, u nichž hrozí pozdější problémy s otěhotněním či chronickými bolestmi. (MAŠATA a kol., 2017), (ŠPAČEK, BUCHTA, JÍLEK a kol., 2013)

5.2.1 VULVOVAGINITÍDA (VULVOVAGINITIS)

Vulvovaginitidou označujeme zánět vulvy a pochvy, který se téměř vždy vyskytuje společně. Jde o nejčastější onemocnění, kvůli němuž jsou matka s dcerou nuceny navštívit dětského gynekologa. (HAVLÍN, 2011)

U **novorozence** je díky estrogenizovanému organismu pochva osídlena nejrozličnějšími mikroorganismy. Proto u něj již po porodu můžeme pozorovat fyziologický hlenovitý výtok (*fluor neonatalis purus*). Původcem patologického výtoku (*fluor neonatalis mixtus*) bývají střevní bakterie nebo bakterie z horních cest dýchacích. Ty jsou do pochvy přeneseny zejména díky nedostatečné hygieně rukou matky. Často se s tímto problémem setkáme také u novorozenců hospitalizovaných v nemocničním zařízení. Příznakem zánětu je atypicky zbarvený výtok a zarudnutí kůže v oblasti vulvy a konečníku. K diagnostice využíváme vaginoskop, po jehož zavedení jsme schopni pomocí štětičky, odebrat materiál na kultivační vyšetření. Při zjištění osídlení pochvy bakterií *Streptococcus pyogenes*, se doporučuje provést kultivační vyšetření z krku a nosu. Dále je možnost využití nátěru na podložní sklíčko a zhodnocení nativního preparátu, odběr moči pro vyloučení zánětu močových cest nebo vyšetření citlivosti na antibiotika. Léčbu je vhodné zahájit až po obdržení laboratorních výsledků. Jako první pomoc mezitím můžeme doporučit časté sprchování, oplachy rodidel bylinnými odvary nebo užití mastí s protizánětlivým účinkem. Léčbu zahajujeme nejčastěji pomocí mastí či vaginálních čípků. Velmi důležité je edukovat rodiče o správně provedené aplikaci – před zavedením čípku doporučujeme provést výplach pochvy dezinfekčním roztokem a následně šetrně čípek zavést pomocí pinzety co nejdále do pochvy. Při více závažných nálezech nebo současně probíhající jiné infekci je nutné využít i celkovou protizánětlivou léčbu. (HAVLÍN, 2011), (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (ŠPAČEK, BUCHTA, JÍLEK a kol., 2013)

V klidovém období je organismus dívky vystaven pouze velmi nízkým hladinám pohlavních hormonů. Z tohoto důvodu považujeme každý výtok za zcela patologický. Za původce infekce označujeme bakterie střevního traktu, například bakterii *Escherichia coli*. Střevní bakterie se do pochvy z velké většiny dostávají díky špatně provedené hygieně, opačnému směru otírání po použití toalety či nedostatečné hygieně spodního prádla. Dalším původcem je samička roupa dětského (*Enterobius vermicularis*), která v noci klade v oblasti konečníku vajíčka. To způsobuje svrbění a při škrábání dochází k přenosu do oblasti poševní předsíně. Bakterie *Streptococcus pyogenes* se do pochvy dostávají mechanicky po předchozím sáhnutí rukou do nosu nebo úst. Problematikou je rovněž srůst stran poševní předsíně nebo malých stydkých pysků (*synechia vulvae*), kde dochází k snadnému městnání a infikování moči a následnému přenosu do pochvy. Nezřídka se vulvovaginitída spojuje se zánětem močových cest, při kterém se infikovaná moč do pochvy taktéž snadno dostává. Často může být infekce způsobena zanesením cizího tělesa. Kromě již zmíněného výtoku mezi projevy patří zarudnutí v oblasti vulvy a konečníku, svědění, obtíže s vyprazdňováním či bolesti podbřišku. Diagnostika a léčba je totožná s léčbou u novorozence. (HAVLÍN, 2011), (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (ŠPAČEK, BUCHTA, JÍLEK a kol., 2013)

U dospívajících dívek se díky vlivu působení estrogenů v počátku puberty objevuje fyziologický výtok (*fluor pubertalis purus*). Pochva je osídlena fyziologickým Döderleinovým laktobacilem a její pH se snižuje. Problém nastává, pokud je výtok způsoben patologickým osídlením. Poté výtok označujeme jako *fluor pubertas mixtus*. U dospívajících dívek se nejvíce setkáváme s bakteriální vaginózou. Jde o polymikrobní stav. Onemocnění charakterizuje snížený počet fyziologických laktobacilů, a naopak zvýšení poševního pH. Dívky udávají zapáchající a hojný výtok, ulpívající v oblasti introitu a na poševních stěnách, svědění a pálení genitálu. Pokud jsou již sexuálně aktivní, mohou během sexu pociťovat bolest. Diagnózu stanovujeme zjištěním vyššího poševního pH než 4,7, pomocí speciálního papírku, který přikládáme na přední poševní klenbu. Dále používáme amniový test, kdy na podložní sklíčko s poševním fluorem aplikujeme 10% hydroxid draselný (KOH). Při zaregistrování zápachu, připomínajícím rybu, považujeme tento test za pozitivní. Neopomenutelné je také hodnocení barevného preparátu. K léčbě využíváme celkovou antibiotickou terapii, kterou s výhodou kombinujeme s terapií lokální. Po ukončení léčby s výhodou doporučujeme užívání vaginálních probiotik, které pomohou s nastolením fyziologického mikrobiomu. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (KOSOVÁ, 2018), (MAŠATA a kol., 2017), (ŠPAČEK, BUCHTA, JÍLEK a kol., 2013)

Za další vysoce frekventovaný problém považujeme mykotickou kolpitudu. Nejčastěji ji způsobuje kvasinka *Candida albicans*. Existují některé rizikové faktory, jako těhotenství či neléčený *diabetes mellitus*, které se mohou na rozvoji kolpitud významně podílet. Dívka udává hrudkovitý výtok, svědění a červený oteklý genitál. Diagnózu potvrzujeme určením poševního pH, kultivací a vyšetřením nativního preparátu. K léčbě postačují antimykotika, které jsou prodejné ve formě čípků nebo mastí. Problematická je ovšem smíšená kolpitida, u které nacházíme různé druhy patogenů. Na rozdíl od klasické kolpitudy se u této formy vyskytuje vyšší hodnota pH. K léčbě používáme antimykotika společně s chemoterapeutiky. Problematický je ovšem častý recidivující výskyt. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (KOSOVÁ, 2018), (MAŠATA, 2017)

5.2.2 ADNEXITÍDA (ADNEXITIS)

Adnexitida je pojem označující současně probíhající zánět vejcovodů (*salpingitis*) a vaječnicků (*oophoritis*), společně označované jako děložní přívěsky – *adnexa*. Nejvíce náchylné jsou k tomuto onemocnění dívky v období pohlavního dospívání. V období klidovém se adnexitida objevuje jako přidružené onemocnění k jinému zánětu, nejčastěji v malé pánvi. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

Za patogeny způsobující zánět adnex nejčastěji považujeme kmeny Escherichia coli, Proteus, enterokoky a stafylokoky (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019, s. 128). Nejčastější příčinou vzniku je cesta přenosu z infekčně postiženého červovitého přívěsku slepého střeva (*appendix vermiformis*), a to díky blízkému uložení těchto orgánů. Dalším možným způsobem přenosu je vzestupnou cestou z pochvy postižené zánětem, a to hlavně při pohlavním styku. Rizikovým faktorem vzniku tohoto onemocnění je přítomnost některé z pohlavně přenosných chorob. Nejčastěji se jedná o kapavku, způsobenou bakterií *Neisseria gonorrhoeae*, a chlamydiové infekce zapříčiněné bakterií *Chlamydia trachomatis*. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

Mezi symptomy řadíme zvýšenou tělesnou teplotu, bolesti podbříšku lokalizované zejména vpravo, dívky popisují zhoršení bolesti při pohybu a vystřelování do stehů a beder, nevolnost, výtok se objevuje jen někdy. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017)

K diagnostice nám slouží palpační vyšetření oblasti děložních přívěsků, ultrazvukové vyšetření malé pánve a laboratorní vyšetření, kde se zaměříme na hodnoty krevního obrazu,

sedimentaci červených krvinek (*erytrocytů*) a C reaktivního proteinu (CRP). Odebereme vzorek z pochvy a hrdla na kultivaci. V některých případech pro stanovení definitivní diagnózy volíme laparoskopickou operaci, při které je rovněž umožněn odběr vzorku. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017)

Pro léčbu volíme antibiotika a chemoterapeutika, které doplňujeme nesteroidními antiflogistiky a enzymoterapií. U závažnějšího průběhu volíme kombinaci léčivých přípravků a laparoskopické operace. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

5.3 SRŮST ZEVNÍCH RODIDEL (SYNECHIA VULVAE)

Častým důvodem pro vyhledání dětského gynekologa jsou srostlé části sliznice poševního vchodu. Méně často jde o srůst přímo malých stydkých pysků. Srůsty se vytvářejí prakticky jen u dívek v klidovém období, v jejichž organismu nacházíme pouze velmi nízké hladiny pohlavních orgánů. Díky tomu je poševní epitel velmi tenký, a tudíž náchylný právě k srůstům. Dalším předpokladem pro jejich vznik je tvorba bíle zbarveného mázku, nazývaného smegma, produkovaného mazovými žlázkami. (HODICKÁ, REJDOVÁ, 2013), (KOSOVÁ, 2017), (ONDROVÁ D., HAMPLOVÁ-BĚHÁVKOVÁ, ONDROVÁ S., 2020)

K tvorbě definitivního srůstu, tedy *synechie*, dochází postupně. Prvním stádiem je pouze slepení protilehlých poševních sliznic (*congulation vulvae*), ke kterému napomáhá tvorba smegmatu. Takto vzniklou koglutinaci, není – li včas rozrušena, postupem času začne překrývat epitel, dochází k jeho ztlušťování a vzniká definitivní srůst, tedy *synechia vulvae*. Nejfrekventovaněji vznikají v oblasti zadní komisury a pokračují směrem nahoru k močové trubici. Takto orientovaný srůst nazýváme *synechia dorsalis*. *Synechia ventralis* označuje srůst přímo malých stydkých pysků, který začíná u klitorisu a postupuje dále směrem k zadní komisurě. Případ, kdy sliznice v poševním vchodu srostou uprostřed, popisujeme jako *synechia medialis*. (HODICKÁ, REJDOVÁ, 2013), (KOSOVÁ, 2017)

Tento problém je u většiny dívek odhalen zcela náhodně, při vyšetření u pediatrického lékaře. Někdy mohou dívky udávat problémy s močením nebo pálením a svěděním zevního genitálu. Na srůsty bychom měli myslet, pokud je dívka léčena s opakovanými záněty močových cest. Ty způsobuje právě infikovaná moč ulpívající v oblasti synechií. Diagnostika je velmi prostá, stačí pouze aspekce zevního genitálu. (HODICKÁ, REJDOVÁ, 2013), (KOSOVÁ, 2017), (ONDROVÁ D., HAMPLOVÁ-BĚHÁVKOVÁ, ONDROVÁ S., 2020)

Způsob rozrušení synechií vždy záleží na aktuálním stádiu. Pokud jsou sliznice pouze slepeny nebo srostly tence, stačí je lehkým pohybem prstu oddělit. Silné srůsty

rozrušujeme během krátké operace v celkové anestezii. (HODICKÁ, REJDOVÁ, 2013), (KOSOVÁ, 2017)

Vzniku synechií se dá poměrně snadno vyvarovat. Nezbytné je dodržování správných hygienických návyků, o kterých by matka měla být poučena již v porodnici. Důležité je pravidelné odstraňování smegmatu a ruční oddalování sliznic a malých stydkých pysků (HODICKÁ, REJDOVÁ, 2013), (KOSOVÁ, 2017)

5.4 KRVÁCENÍ Z RODIDEL V NOVOROZENECKÉM A KLIDOVÉM OBDOBÍ

Krvácení z rodidel se může objevit u dívky ve kterémkoliv období. Zda ho ovšem budeme považovat za krvácení fyziologické nebo patologické, rozhodujeme na základě toho, ve které z charakteristických etap dětské věku, z pohledu estrogenizace organismu, se dívka právě nachází. (KOSOVÁ, 2020)

V novorozeneckém období se vyskytuje prakticky jen fyziologické krvácení, způsobené odlučováním děložní sliznice v důsledku poklesu hladiny estrogenů, získaných od matky. S krvácením patologickým se setkáváme minimálně. Většinou je zapříčiněno traumatizací rodidel například po porodu koncem pánevním, při zánětu či nádoru pochvy. (KOSOVÁ, 2020)

V klidovém období považujeme každé krvácení za patologické, vyžadující okamžitého řešení. Vyloučit musíme příčinu, pocházející například z uropoetického nebo gastrointestinálního traktu. K diagnostice vaginálního krvácení nejlépe slouží výtěr pomocí štetičky s využitím vaginoskopu. (KOSOVÁ, 2020)

Do nejčastějších příčin patří zánět pochvy a vulvy (*vulvovaginitis*), o kterém jsme již pojednávali výše.

Dále je velmi častým důvodem krvácení trauma rodidel. To běžně vzniká při pádech nebo při hraní dětských her na hřišti. Velký důraz by však měl být věnován i tomu, zda nedošlo k pohlavnímu zneužití, při kterém bývá častěji poraněna oblast zadní komisury a hráze. Naopak při běžných úrazech dochází k poranění spíše v oblasti přední komisury, malých stydkých pysků a klitorisu. Zranění jsou nezdědka provázena krvácením, bolestí, tvorbou hematomů a přítomností tržných ran či oděrek. Většinu poranění je nutné ošetřit chirurgickou operací v celkové anestezii. Hematomy zprvu léčíme konzervativně, k drenáži přistupujeme

později, abychom zabránili velkým krevním ztrátám. (KOSOVÁ, 2020), (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

Nález cizího tělesa v pochvě (*corpus alienum vaginae*) není v dětské gynekologii nikterak výjimečný. Nejčastěji nacházíme součástky hraček, figurky, šperky a mnoho dalšího, co si dívka zavádí v rámci dětských her nebo při masturbaci. V důsledku zavlečení cizího tělesa vznikají v pochvě lokální zánětlivé změny a častý je také výskyt dekubitálních změn. Tyto změny se projevují velkým množstvím hnisavého výtoků s možnou příměsí krve a výrazným zápachem. Diagnostickou a zároveň terapeutickou metodou je ve většině případů vaginoskopie. Po vyjmutí předmětu následuje odběr vzorku na bakteriologické vyšetření, výplach pochvy a preventivní aplikace antibiotického čípku nebo krému. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ, 2019), (KOSOVÁ, 2020)

Dalšími příčinami krvácení v klidovém období mohou být nádory rodidel a předčasná puberta, o kterých bude pojednáno v dalších kapitolách. (KOSOVÁ, 2020)

5.5 KRVÁCENÍ Z RODIDEL V OBDOBÍ POHLAVNÍHO DOSPÍVÁNÍ A PORUCHY MENSTRUAČNÍHO CYKLU

Zhruba ve dvanácti letech dochází u dívky v pubertálním období k nástupu menstruace. První cykly bývají většinou nepravidelně dlouhé a nepředchází jim ovulace a s tím spojená produkce progesteronu, nutná k sekreční přeměně sliznice dělohy. Tento fakt je také velmi častým důvodem, proč nepravidelnosti cyklu vznikají. V období dospívání považujeme za fyziologický cyklus, pokud se objevuje v rozmezí 21-35 dnů od prvního dne poslední menstruace. Odchytky, ve smyslu delšího nebo kratšího trvání cyklu, abnormálně silné krvácení či naopak nepřítomnost menstruačního krvácení, považujeme za poruchy menstruačního cyklu, které vyžadují řešení s ohledem na zachování budoucí fertility. S výhodou doporučujeme každé dívce vedení menstruačního kalendáře. (SKŘENKOVÁ, 2018)

5.5.1 OLIGOMENOREA

Stav, při kterém je interval mezi dvěma menstruacemi delší než 35 dnů, označujeme jako *oligomenoreu*. Často se objevuje u dívek s anovulačními cykly, vzhledem k progesteronem nedostatečně sekrečně změněné děložní sliznici. Typickým rysem u prodloužených cyklů bývá dlouhotrvající a silné krvácení. Mimo klinických příznaků k diagnostice užíváme ultrazvukové vyšetření, na kterém je patrná vysoká děložní sliznice. Léčba spočívá v podávání progesteronových preparátů ve druhé polovině cyklu. Po nástupu

pravidelné ovulace léčbu ukončujeme. (COLLINS et al., 2013), (KOSOVÁ, 2020), (SKŘENKOVÁ, 2018)

5.5.2 POLYMENOREA

Opačný případ, tedy krvácení v intervalu kratším než 21 dní, nazýváme *polymenorea*. V důsledku předčasného zanikání folikulů klesá i hladina estrogenů, což způsobí předčasné odlučování děložní sliznice, doprovázené krvácením. Tento stav léčíme podáváním estrogenů v první polovině cyklu a progesteronu v polovině druhé. Léčbu opět ukončujeme při nástupu pravidelných ovulačních cyklů. (KOSOVÁ, 2020), (SKŘENKOVÁ, 2018)

5.5.3 HYPERMENOREA

Za silné menstruační krvácení (*hypermenorea*) považujeme takové, kdy dívka udává krevní ztrátu více než 80 ml. To znamená, že spotřebuje během krvácení více než 8 vložek či 4 tampony denně. Objektivním kritériem jsou pro nás však hodnoty krevního obrazu, které mohou být, u opakovaně silného krvácení, změněny. Příčina tkví obvykle v anovulačních cyklech s nepravidelným a neúplným odlučováním děložní sliznice. Tudíž i zde využíváme progesteronová léčiva v první polovině cyklu. Při anémii léčbu doplňujeme o přípravky s obsahem železem. (KŘEPELKA, 2015), (SKŘENKOVÁ, 2018)

5.5.4 HYPOMENOREA

Pojem, označující krvácení s nízkou intenzitou nebo takové, při němž dívka krvácí méně než 2 dny. *Hypomenorea* nemusí značit problém. Ten nastává, pokud se normální intenzita krvácení změnila na krvácení slabé. (KŘEPELKA, 2015)

5.5.5 JUVENILNÍ METRORAGIE (METRORRHAGIA JUVENILIS)

Juvenilní metroragii označujeme stav, při kterém dochází k velmi dlouhému a silnému krvácení, které může trvat až po dobu 3 týdnů. Typicky se objevuje po několika měsících, kdy dívka nemenstruovala vůbec. Krvácení může v některých případech dívku ohrožovat na životě. (DUBOVÁ, ZIKÁN, 2019), (KOSOVÁ, 2016), (SKŘENKOVÁ, 2018)

Důvodem je i zde anovulační cyklus, v jehož důsledku nedochází k úplnému odlučování děložní sliznice. O tom se můžeme přesvědčit při ultrazvukové diagnostice, kde je patrné, že ačkoliv dívka krvácí velmi silně, děložní sliznice se stále zdá poměrně vysoká. Při diferenciální diagnostice nesmíme, u pohlavně žijící dívky, opomenout možnost těhotenství a komplikace spojené s ním. (KOSOVÁ, 2016), (SKŘENKOVÁ, 2018)

Prvním krokem v léčbě juvenilní metroragie je zástava krvácení pomocí nízkých dávek estrogenových preparátů, které napomáhají proliferaci sliznice v místě, kde krvácí. Současně podáváme progesteron, způsobující sekreční přeměnu sliznice s několikadenní nastupující přestávkou v krvácení. Po této přestávce dochází k opětovnému krvácení, které je ovšem jen slabé a jeho úkolem je vyloučení zbytků sliznice dělohy. Pro zlepšení výsledků krevního obrazu je nutná suplementace léčiv s obsahem železa, při závažných krevních ztrátách přistupujeme k transfuzi. K prevenci recidiv je nutné, aby dívka užívala v druhé polovině cyklu progesteronová léčiva. Po uplynutí tří měsíců se pomocí ultrazvukového vyšetření či hormonální cytologie přesvědčíme o tom, zda jsou již cykly ovulační a zda již není nutné progesteron nadále uměle doplňovat. (DUBOVÁ, ZIKÁN, 2019), (KOSOVÁ, 2016), (SKŘENKOVÁ, 2018)

5.5.6 PRIMÁRNÍ AMENOREA (AMENORHEA PRIMARIA)

Primární *amenorea* je stav, při němž nedochází k rozvoji menstruačního cyklu do 13. roku života za současného chybění sekundárních pohlavních znaků. Pokud jsou u dívky sekundární pohlavní znaky vyvinuty, pak je hranice primární *amenorey* stanovena na 15 let. Právě podle vývoje sekundárních pohlavních znaků je primární *amenorea* rozdělena do tří následujících kategorií. (KŘEPELKA, 2015), (SKŘENKOVÁ, 2018)

Do první kategorie řadíme dívky, jejichž sekundární znaky jsou vyvinuty fyziologicky, tudíž hormonální hladiny jsou v normě. Příčinou tedy nejčastěji bývají vrozené vývojové vady dělohy a pochvy. V některých případech k menstruaci dochází, ovšem v důsledku mechanické překážky krev volně nevytéká ven z těla, ale je zadržována uvnitř, a dochází tak k jejímu hromadění. To je typické například u atrezie *hymenu*. Při řešení vrozených vývojových vad je většinou nutné přistoupit k chirurgickému výkonu. (KŘEPELKA, 2015), (SKŘENKOVÁ, 2018)

Pro druhou kategorii dívek s amenoreou je typické úplné nevyvinutí sekundárních pohlavních znaků, nebo alespoň vývoj velmi opožděný. Příčina je tedy hormonálního původu. Jedná se o poruchy hypergonadotropní, gonádové nebo hypogonadotropní centrální poruchy, které mohou mít příčinu na úrovni hypothalamu či hypofýzy. Diagnostika i léčba vyžadují mezioborovou spolupráci. (SKŘENKOVÁ, 2018)

Do poslední skupiny řadíme hyperandrogenní syndrom. Vysoké hladiny androgenů tlumí vyplavování FSH a LH, v důsledku toho, se u dívky vyskytují mužské sekundární pohlavní znaky. Příčina poruchy může mít původ v nadledvinách či vaječnicích. Diagnostika

a léčba i v tomto případě vyžadují mezioborovou spolupráci. (KOSOVÁ, 2020), (SKŘENKOVÁ, 2018)

5.5.7 SEKUNDÁRNÍ AMENOREA (AMENORHEA SECUNDARIA)

Sekundární amenorea je označení absence menses po dobu delší, než je ekvivalent tří cyklů, nebo absence menses po dobu delší než 6 měsíců u ženy, která již alespoň 1x menstruovala (KŘEPELKA, 2015, s. 49). Vážnost tohoto stavu záleží vždy na stupni estrogenizace dívčího organismu. (KOSOVÁ, 2020)

Pokud je organismus estrogenizován dostatečně, za příčinu považujeme anovulační cyklus či vysoké hladiny androgenů. Léčba spočívá v podávání progesteronu nebo hormonální antikoncepce s antiandrogenním progestinem. (KOSOVÁ, 2020)

Vážnější stav ovšem nastává, pokud je nepřítomnost menstruace spojena s nízkými hladinami estrogenů. Nízké hladiny způsobuje porucha v ose hypothalamus – hypofýza – gonády, kdy v hypothalamu dochází k poruše pulzatilní sekrece GnRH a následnému chybění cyklického vyplavení LH. Ve výsledku dochází k anovulaci a nízké hladině estrogenů. Jedná se o takzvanou hypotalamickou funkční amenoreu. Typicky se s ní setkáváme u dívek trpících poruchami příjmu potravy, dívek intenzivně cvičících či při dlouhodobém stresu. Mezi další příčiny řadíme syndrom polycystických ovarií, předčasné vyhasínání ovariální funkce, hyperprolaktinémii či Ashermanův syndrom. U pohlavně žijících dívek ovšem nezapomínáme ani na vyloučení těhotenství. Léčbu volíme individuálně dle zjištěné příčiny. Základem bývá psychiatrická a hormonální terapie. (KOSOVÁ, 2020), (KŘEPELKA, 2015), (SKŘENKOVÁ, 2018)

5.6 PORUCHY POHLAVNÍHO DOSPÍVÁNÍ

Puberta je velmi složitý, hormonálně podmíněný proces fyzického, psychického zrání a růstového urychlení, na jehož konci je jedinec schopen reprodukce (REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2016, s. 358). Odchytky ve smyslu dřívějšího nebo pozdějšího nástupu puberty se považují za poruchy pohlavního dospívání a jejich řešení vyžaduje mezioborovou spolupráci. (REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2016)

5.6.1 PŘEDČASNÁ PUBERTA (PUBERTAS PRAECOX)

Předčasnou pubertou je míněn nástup pohlavního dospívání před dosažením 8. roku života. Předčasnou pubertu rozdělujeme do dvou skupin – kompletní a inkompletní. (REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2016)

Při **kompletní předčasné pubertě** pozorujeme vývoj všech pohlavních sekundárních znaků. Dále ji rozdělujeme na centrální (*pubertas praecox vera*) a periferní (*pseudopubertas praecox*). (ČEPICKÝ, 2021)

Centrální předčasná puberta (*pubertas praecox vera*) je gonadotropin dependentní a její vznik zahajuje předčasná činnost osy hypothalamus – hypofýza – gonády. Hladiny estrogenů a gonadotropinů jsou tedy zvýšené. Nejčastější příčina je idiopatická, to znamená, že vzniká na základě neznámé příčiny. Za další důvody považujeme organické příčiny, mezi něž řadíme nádory mozku, pouřazové stavy, pozánětlivé změny či onemocnění CNS. Prvním manifestním znakem, který na předčasnou pubertu poukazuje, je rozvoj prsů, který je následován přítomností pubického a axilárního ochlupení. Vrchol puberty ukončuje první menstruace. Typické taktéž bývá urychlení kostního zrání a předčasné uzavírání růstových kostních štěrbin. Diagnostika vyžaduje komplexní gynekologické vyšetření s odběrem poševní cytologie, stanovení hormonálních hladin, ultrazvukové, endokrinologické a neurologické vyšetření. Cílem léčby je zastavení známek předčasného dospívání, úprava celkového růstu a zpomalení uzavírání kostních růstových štěrbin. Léčba zahrnuje odstranění vyvolávajících příčin a hormonální terapii. (ČEPICKÝ, 2021), (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol. 2019), (REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2016)

Periferní předčasná puberta (*pseudopubertas praecox*) je gonadotropin independentní, tudíž hladiny gonadotropních hormonů vykazují fyziologické hodnoty. Estrogeny naopak vykazují hodnoty zvýšené. Příčinou často bývá jejich exogenní zdroj – ovariální cysty, hormonálně aktivní nádory vaječnicků nebo nadledvin či nekompenzovaná hypotyreóza. Stejně jako u puberty předčasné, i zde dochází k rozvoji sekundárních znaků, urychlenému růstu a předčasnému uzavírání růstových kostních štěrbin. Specifické příznaky se vyskytují u předčasné puberty, způsobené hormonálně aktivním nádorem vaječnicků (*pubertas praecox ovariogenes*). Typický je rychlejší a asynchronní rozvoj sekundárních pohlavních znaků. Často se také, vzhledem k rychlosti, nestihne manifestovat výrazný tělesný růst. Léčba vyžaduje odstranění vyvolávajících příčin a hormonální terapii. Při *pubertas praecox ovariogenes* přistupujeme k operačnímu řešení. (ČEPICKÝ, 2021), (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol. 2019), (REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2016)

Do specifické skupiny příčin periferní předčasné puberty patří kongenitální adrenální hyperplazie, při níž zvýšené hodnoty vykazují androgeny. U dívky pozorujeme maskulinizované sekundární pohlavní znaky. Pro léčbu jsou nezbytné kortikoidy, které

napomohou s fyziologickým vývojem dívčích sekundárních pohlavních znaků. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019)

Při **inkompletní předčasné pubertě** dochází k vývoji pouze některého ze sekundárních pohlavních znaků. Urychlený vývoj je možný pozorovat nejčastěji u prsů (*telarche praecox*), pubického ochlupení (*pubarche praecox*) nebo axilárního ochlupení. Již méně zastoupený je výskyt předčasného menstruačního krvácení (*menarche praecox*). Urychlení celkového růstu obvykle přítomno není. Pokud se některý z těchto znaků objeví izolovaně, obvykle se nejedná o patologický stav, a tudíž nevyžaduje léčbu. Nutná je pouze pravidelná observace. (ČEPICKÝ, 2021), (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol. 2019), (REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2016)

5.6.2 OPOŽDĚNÁ PUBERTA (PUBERTAS TARDA)

Opožděnou pubertu charakterizuje chybění sekundárních pohlavních znaků po 13. roce života. Často ji doprovází opoždění kostního zrání a celkového tělesného vzrůstu. Opožděná puberta může být přechodná nebo trvalá. (REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2016)

Do **přechodného typu** řadíme konstituční opoždění, které se často vyskytuje dědičně. Vývoj probíhá fyziologicky, pouze k němu dochází později. Nezbytné je dívku důkladně vyšetřit, abychom nepřehlédli vážnější příčinu. Tento stav nevyžaduje léčbu. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol. 2019)

Dále opožděný výskyt sekundárních pohlavních znaků často pozorujeme u dívek s mentální anorexií, *diabetem mellitem* či střevními záněty. Predispozičním faktorem bývá rovněž vysoká tělesná hmotnost. Léčba vyžaduje zejména kompenzaci primárního onemocnění. Později přistupujeme k hormonální substituci. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol. 2019), (REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2016)

Trvalé poruchy rozdělujeme podle hladin gonadotropních hormonů na hypogonadotropní (centrální) a hypergonadotropní (periferní, gonádové). (REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2016)

Za příčinu hypogonadotropních poruch považujeme nefunkčnost hypotalamo-hypofyzárního systému. Vaječníky tedy nejsou stimulovány a nedochází ke zrání folikulů a produkci estrogenů. Hypogonadismus bývá součástí Kallmanova nebo Prader-Williho syndromu, který navíc doprovází snížený tělesný růst. Zda je příčina hypotalamického nebo hypofyzárního původu, rozlišujeme provedením GnRH testu. Na léčbě se podílí

interdisciplinární tým, jehož cílem je pomocí hormonální substituce dosáhnout indukce puberty. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol. 2019), (REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2016)

Příčinou hypergonadotropních poruch jsou poškozené gonády, tedy vaječníky, které nejsou schopny odpovídat na stimulaci gonadotropních hormonů. Vaječníky bývají poškozené při chromozomálních vadách, typicky u Turnerova syndromu či gonadálních dysgenezí. Porucha často vzniká při ozařování vaječnicků či užívání cytostatik. Léčba i zde vyžaduje mezioborovou spolupráci za využití hormonální substituce. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol. 2019), (REJDOVÁ, KADLECOVÁ, 2016)

5.7 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ

Gynekologická nádorová onemocnění představují zhruba 3 % ze všech nádorových onemocněních, vyskytujících se v dětském a adolescentním věku. Nejvíce zastoupeny jsou nádory vaječnicků, výskyt ostatních nálezů je velmi vzácný, často se jedná pouze o kazuistiky. Největší význam v diagnostice mají zobrazovací metody – UZ, MR a CT. Včasná a správná diagnostika společně s následnou léčbou snižují pozdější výskyt problémů s otěhotněním a dlouhodobou morbiditou. (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

5.7.1 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ VULVY

Benigní nádory vulvy pocházejí z kůže, jejích adnex a podkožních struktur. Setkáváme se s névami, papilomy či hemangiomy. Léčba zahrnuje chirurgické odstranění. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

Embryonální rhabdomyosarkom řadíme do skupiny maligních nádorů. Vyskytovat se může na vulvě, ovšem častěji postihuje horní část pochvy. Nález na vulvě se klinicky projevuje jako léze, krvácející při dotyku. Léčba zahrnuje kombinaci chirurgického vynětí a chemoterapii. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

5.7.2 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ POCHVY

Benigní nádory pochvy se u dětí nevyskytují. Za prekancerózní stav označujeme *adenosis vaginae*, vznikající z Müllerových vývodů během vývoje pohlavních orgánů. Typickým nálezem jsou různorodé skvrny na sliznici pochvy. Nález ve většině případů vymizí sám. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

Z maligních nádorů je nejčastěji zastoupen embryonální rhabdomyosarkom, vyskytující se v horní části pochvy. Do klinických projevů řadíme krvácení z pochvy, výtok

a při vaginoskopii viditelné léze. Léčba zahrnuje chirurgické vynětí ložisek a chemoterapii. (DUBOVÁ, ZIKÁN a kol., 2019), (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

5.7.3 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ DĚLOHY

Do benigního postižení dělohy řadíme myomy, jejichž struktura a umístění bývají různé. Nález řešíme enukleací. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

Zástupcem maligního nádoru dělohy je světlobuněčný karcinom, vykazující rychlý růst doprovázený krvácením. Odstranění probíhá chirurgicky. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

5.7.4 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ VAJEČNÍKŮ

Nádory vaječníků jsou nejčastějším typem gynekologických nádorových onemocnění. I přesto patří mezi raritní onemocnění dětí a dospívajících dívek. Často se ovšem setkáváme s nálezem vaječnickových cyst s různým obsahem. Cysty mohou způsobovat problémy s menstruačním cyklem či bolestmi. Jejich řešení probíhá operativní cestou. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

Vůbec nejvíce zastoupeným nálezem je benigní germinální nádor vaječniku. Do této skupiny řadíme teratomy. Uvnitř teratomů nacházíme cysty vyplněné chlupy, zuby, kostmi, chrupavkami a dalším. Pro léčbu využíváme chirurgickou operaci. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

Z nádorů maligní povahy se nejčastěji setkáváme s dysgermionem. Vyskytuje se buď v čisté formě, která má výrazně lepší prognózu, nebo ve formě smíšené. V některých případech dysgermion doprovází genetické poškození gonád. Projevy onemocnění plynou z útlaků v malé pánvi, dívky udávají bolesti břicha či na pohled patrný zvětšující se břišní objem. Léčba zahrnuje chirurgickou operaci a chemoterapii. (ROB, MARTAN, VENTRUBA a kol., 2019)

6 PREVENCE

Mezi důležitou a nepostradatelnou součástí práce zdravotnického personálu patří edukace rodičů v oblasti preventivních opatření. Právě správná edukace může v řadě případů zabránit rozvoji některých problémů či je alespoň výrazně zmírnit. V dětské gynekologii hovoříme zejména o edukaci matek v oblasti správné hygienické péče o zevní genitál jejich dcer. Právě nedostatečně či špatně provedená hygienická péče stojí v mnohých případech za rozvojem některých onemocnění. Hovoříme zejména o vzniku synechií a zánětů.

6.1 PREVENCE GYNEKOLOGICKÝCH ZÁNĚTŮ

Prvotní informace v péči o novorozence, předává matce, na oddělení šestinedělí, obvykle porodní asistentka či zdravotní sestra. Ty ženu informují o správné intimní hygieně. Před manipulací s genitálem by si žena měla umýt ruce, aby nedošlo k zavlečení infekce. Rodidla oplachujeme alespoň 1-2x denně pod vlažnou tekoucí vodou, obyčejná mýdla či intimní mýdla určená dospělým ženám, nejsou pro novorozenecký a dětský genitál vhodná. Důležité je matky upozornit na fakt, že genitál by měl být vždy oplachován a omýván od pochvy směrem ke konečníku tak, aby nedošlo k zavlečení střevních bakterií do pochvy. Rovněž je nutno myslet na pravidelnou obměnu plen, žínek a ručníků. (BOCSKOROVÁ, 2021), (HAVLÍN, 2011)

Tyto informace by měly matky následně předávat i svým dcerám. Starší dívky by měly být matkou poučeny o dodržování pravidelné a správné hygienické péče, zejména po použití toalety a při odívání. Doporučuje se používání bavlněného spodního prádla, které je zapotřebí obměňovat minimálně 1x denně. Za zcela nevhodné považujeme každodenní nošení džínů, které mnohdy stojí za rozvojem vulvovaginitíd. Z tohoto důvodu doporučujeme jejich nošení kombinovat s volnými oděvy, například sukněmi. U dívek, které již zahájily pohlavní život, je nutno myslet taktéž na zásady bezpečného sexuálního styku a důkladnou hygienu po něm. K zabránění recidiv se doporučuje, kromě již zmíněného, úprava stravy – zejména omezení sacharidů. S výhodou doporučujeme používání speciálních intimních mýdel, která napomáhají s nastolením fyziologického mikrobiomu a úpravě poševního pH. Na trhu taktéž existují probiotické preparáty. (BOCSKOROVÁ, 2021), (HOŘEJŠÍ, KOSOVÁ a kol., 2019), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017)

Zvláštní pozornost intimní hygieně by dívky měly věnovat v období menstruačního krvácení. Menstruační krev je vhodným prostředím pro množení bakterií a z tohoto důvodu může být organismus dívky náchylnější k rozvoji zánětů. Za nutné tedy považujeme častější omývání genitálu během dne a pravidelnou výměnu menstruačních pomůcek. (BOCSKOROVÁ, 2021)

6.2 PREVENCE SYNECHIÍ

Vzniku synechií se dá poměrně snadno vyvarovat. Nezbytné je dodržování správných hygienických návyků, o kterých jsme pojednávali výše. Důležité je pravidelné odstraňování smegmatu a ruční oddalování sliznic a malých stydkých pysků tak, abychom zabránili jejich slepení a následnému srůstu. U starších dívek, které hygienu vykonávají již samy, genitál pravidelně kontrolujeme, zejména kvůli rychlému progresu tohoto problému. (HODICKÁ, REJDOVÁ, 2013), (KOSOVÁ, 2017)

7 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Informace k praktické části bakalářské práce byly získávány pomocí kvantitativního dotazníkového šetření.

Téma průzkumu:

Objasnit informovanost matek o správné hygienické péči o zevní genitál jejich dcer a o fyziologických projevech estrogen-dependentních orgánů. Zjištění nejčastějších důvodů k návštěvě dětského gynekologa.

Průzkumný problém:

Jaká je informovanost matek o správné hygienické péči zevního genitálu jejich dcer a fyziologických projevech estrogen-dependentních orgánů? Jaké jsou důvody k vyhledání dětského gynekologa?

Cíl průzkumu a průzkumné otázky:

Cíl 1: Zmapovat informovanost matek o správné hygienické péči zevního genitálu svých novorozených dcer a vliv počtu dcer na správně provedenou péči.

Průzkumná otázka 1: Má vliv počet dcer a na správně provedenou péči o zevní genitál novorozené dívky?

Průzkumná otázka 2: Jakým způsobem je správná hygienická péče o zevní genitál provedena?

Průzkumná otázka 3: Jsou matky dostatečně informovány o správně provedené hygienické péči na oddělení šestinedělí?

Cíl 2: Zjistit míru informovanosti v oblasti fyziologických projevů estrogen - dependentních orgánů u novorozených dívek.

Průzkumná otázka 4: Považují ženy projevy estrogen-dependentních orgánů novorozené dívky za fyziologické?

Průzkumná otázka 5: Jsou ženy o projevech estrogen-dependentních orgánů u novorozených dívek obeznámeny na oddělení šestinedělí?

Cíl 3: Zjistit nejčastější důvody pro návštěvu dětského gynekologa.

Průzkumná otázka 6: S jakým gynekologickým problémem se ženy u svých dcer setkaly?

Průzkumná otázka 7: Bylo pro ženy obtížné vyhledat ve svém okolí dětského gynekologa a byly s kvalitou poskytnuté péče spokojeny?

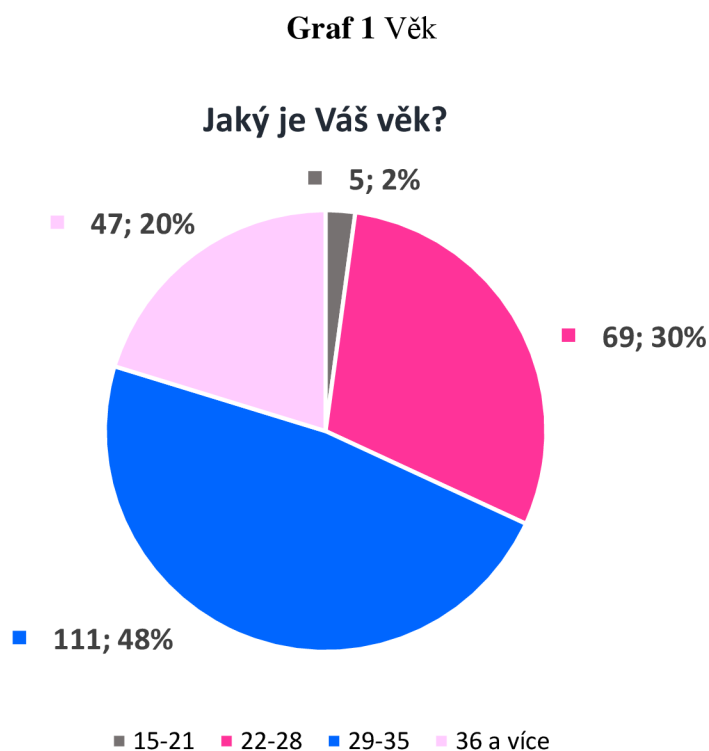
7.1 METODIKA PRŮZKUMU

Pro vypracování průzkumné části byl použit kvantitativní dotazník, který byl určen ženám s alespoň jednou dcerou. Dotazník byl vytvořen s pomocí online nástroje přístupného na webových stránkách www.surveo.com. Nejprve byla provedena pilotáž a po konečné úpravě jsme dotazník umístili do facebookových skupin Rodíme v ÚPMD a Rodíme na Bulovce. Respondentky byly seznámeny s jeho účelem a anonymitou. Sběr dat probíhal v průběhu ledna 2022. Celkem jsme obdrželi 240 zodpovězených dotazníků, přičemž 8 dotazníků nevyhovovalo stanoveným požadavkům. V konečném výsledku jsme tedy hodnotili 232 dotazníků.

Dotazník byl polostrukturovaný a obsahoval celkem 15 otázek – 13 otázek uzavřených a 2 otázky otevřené. Otázky 1, 2 a 3 byly zejména identifikační. V otázkách 4, 5, 6 jsme zjišťovali informovanost žen ohledně intimní péče o zevní genitál novorozeneček. V dalších otázkách 7, 8, 9 a 10 jsme se snažili zmapovat, zda ženy byly informovány o projevech estrogen-dependentních orgánů již v porodnici a zda se u svých novorozeneček s některými projevy těchto orgánů setkaly. Poslední skupina otázek 11, 12, 13, 14 a 15 se týkala návštěvy dětského gynekologa. Zajímalo nás především důvod návštěvy, kvalita péče a dostupnost.

7.2 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Data z obdržených dotazníků byla převedena do počítačového programu MS Word a MS Excel. Zde byla data zpracována základní deskriptivní statistikou a zanesena do grafů.

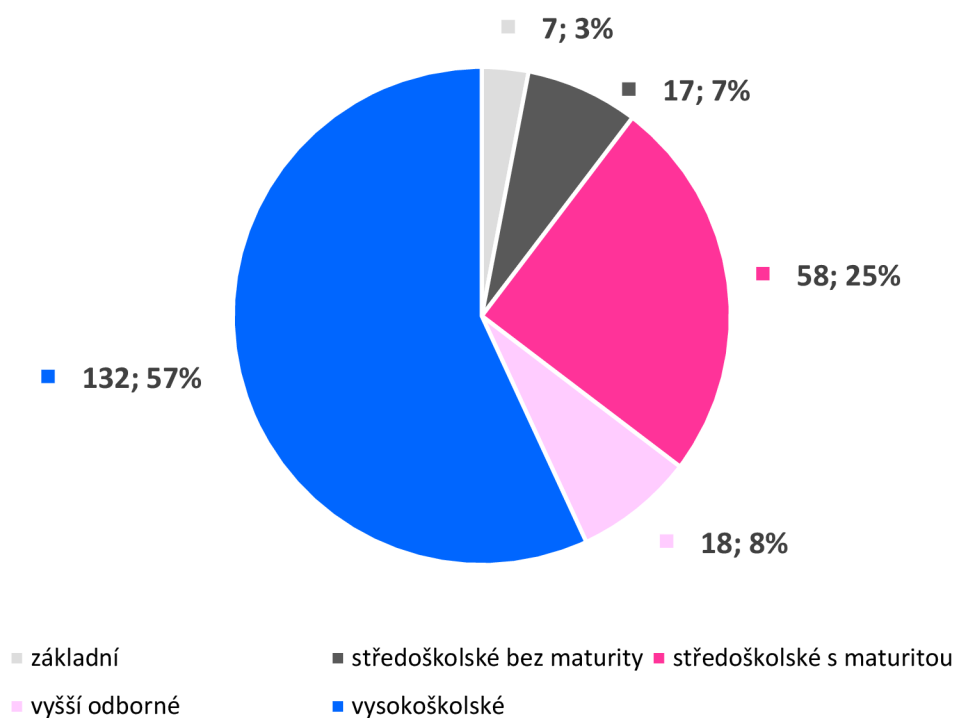


Zdroj: AUTOR, 2022

První otázkou jsme zjišťovali věk žen. Z celkového počtu 232 měly největší zastoupení ženy ve věku 29-35 let, jednalo se o 111 žen (48 %). Druhou nejčastěji zastoupenou skupinu tvořily ženy ve věku 22-28 let, kterých bylo 69 (30 %). Skupinu žen ve věku 36 a více představovalo 47 respondentek (20 %). Pouze 5 žen (2 %) patřilo do skupiny ve věku 15-21.

Graf 2 Vzdělání

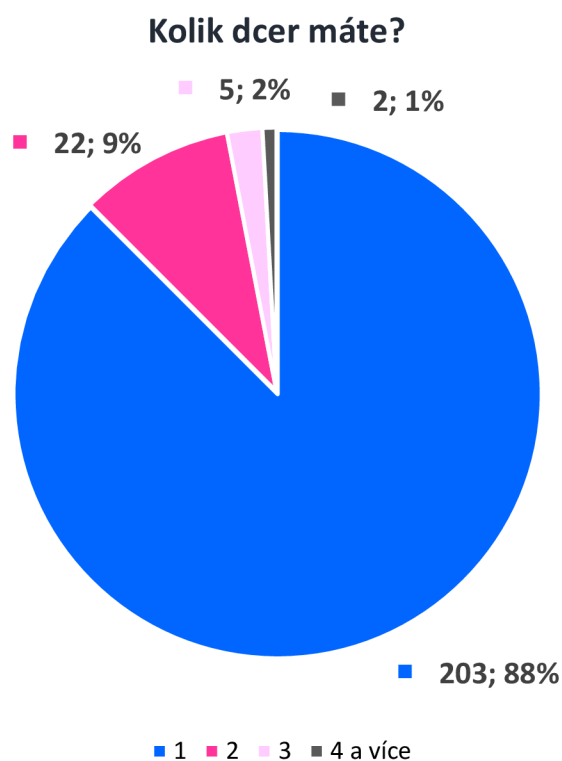
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Zdroj: AUTOR, 2022

Druhá otázka se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 132 žen (57 %). Středoškolské vzdělání s maturitou mělo 58 žen (25 %). Vyšší odborné vzdělání absolvovalo 18 žen (8 %). Nejméně zastoupeno bylo vzdělání středoškolské bez maturity, které mělo 17 žen (7 %) a vzdělání základní, které mělo pouze 7 žen (3 %).

Graf 3 Počet dcer

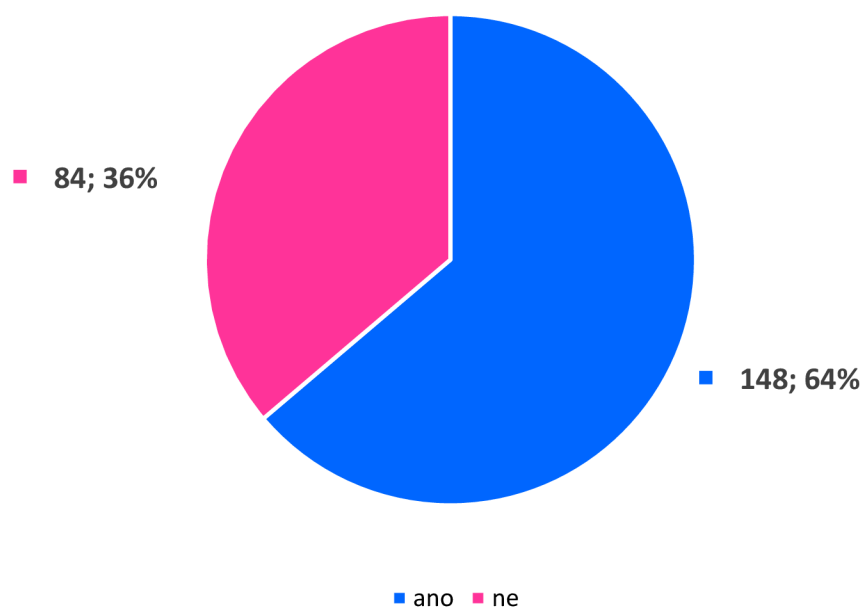


Zdroj: AUTOR, 2022

Třetí otázkou jsme zjišťovali počet dcer. Nejčastější byla odpověď 1 dcera, kterou zvolilo 203 žen (88 %). Možnost 2 dcery označilo 22 žen (9 %). Možnost 3 dcery označilo 5 žen (2 %) a 4 a více dcer označily 2 ženy (1 %).

Graf 4 Seznámení s hygienickou péčí o zevní genitál

Byla jste během pobytu na oddělení šestinedělí seznámena se způsobem hygienické péče o zevní genitál své dcery?

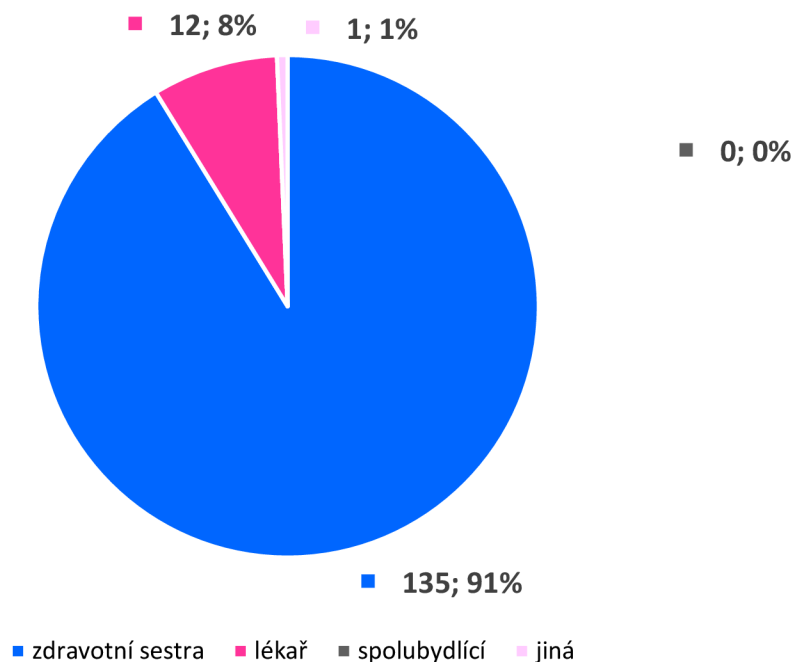


Zdroj: AUTOR, 2022

U další otázky jsme se žen dotazovali, zda byly na oddělení šestinedělí seznámeny se způsobem hygienické péče o zevní genitál své dcery. Odpověď ano byla zvolena ve 148 případech (64 %). Odpověď ne udalo 84 žen (36 %).

Graf 5 Zdroj informací

Pokud ano, kdo Vás o hygienické péči zevního genitálu Vaší dcery, na oddělení šestinedělí, informoval?

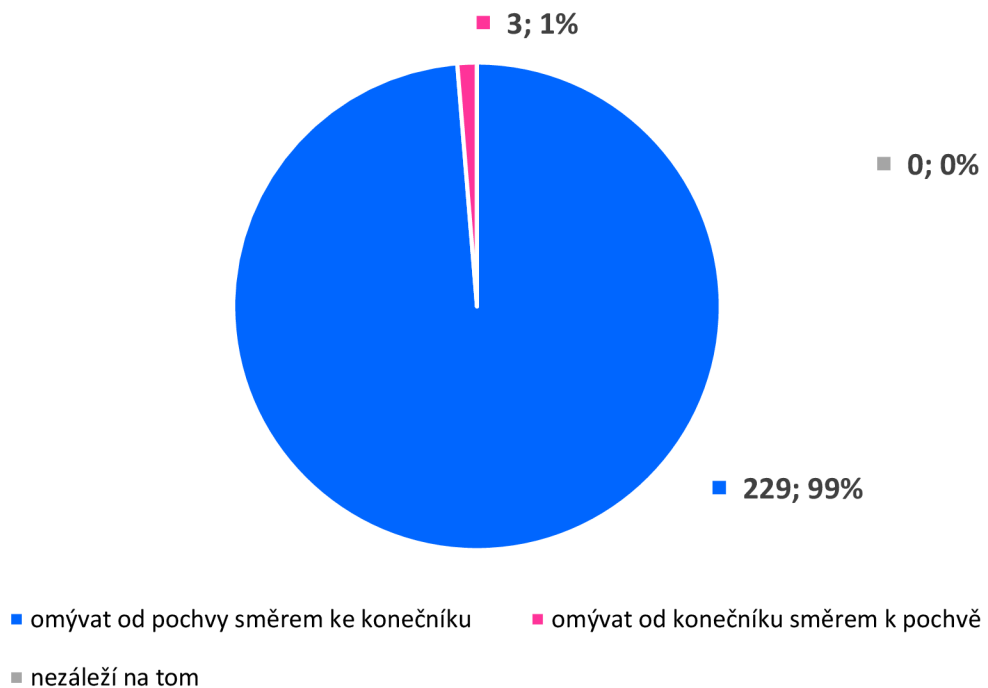


Zdroj: AUTOR, 2022

V návaznosti na předchozí otázku bylo naším cílem zjistit, kým byly ženy na oddělení šestinedělí seznámeny s hygienickou péčí o zevní genitál dcery. Nejčastěji ženy jako zdroj informací udávaly zdravotní sestru, a to ve 135 případech (91 %). Lékařem bylo informováno 12 žen (8 %). Odpověď, že někdo jiný zvolila 1 žena (1 %). Jako zdroj informací žádná žena nevyužila spolubydlící.

Graf 6 Způsob hygienické péče o zevního genitál u dívek

Jaký je podle Vás, správný způsob omývání a otírání zevního genitálu Vaší dcery?

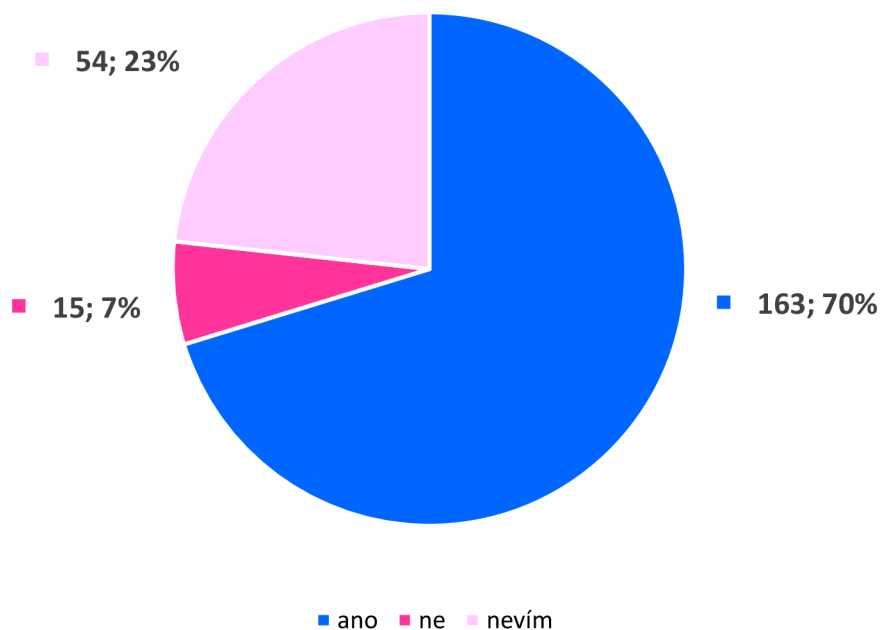


Zdroj: AUTOR, 2022

U otázky, která měla za cíl zjistit, zda ženy provádějí hygienickou péči o zevní genitál správným způsobem, byly odpovědi téměř jednoznačné. Správný způsob, tedy omývání od pochvy směrem ke konečníku, zvolilo 229 žen (99 %). Pouze 3 ženy (1 %) zvolily odpověď špatnou, tedy omývání od konečníku směrem k pochvě. Odpověď, že na tom nezáleží, nevolila žádná z žen.

Graf 7 Projevy estrogen-dependentních orgánů – prsa

Myslíte si, že je fyziologické (=normální), pokud má Vaše novorozená dcera mírně zduřelá prsa?

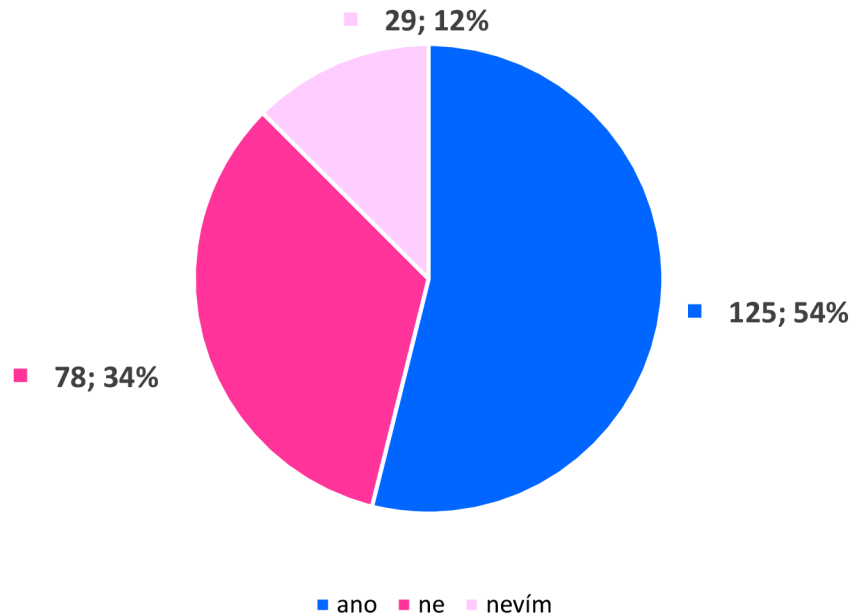


Zdroj: AUTOR, 2022

Cílem této otázky bylo zjistit, zda ženy považují projevy estrogen-dependentních orgánů – prsů za fyziologické či nikoliv. Většina žen, přesněji 163 (70 %) správně označila, že mírné zduření prsů u novorozené dívky je fyziologické. Odpověď nevím, udalo 54 žen (23 %). Pouze 15 žen (7 %) zvolilo možnost, že mírné zduření prsů u novorozené dívky fyziologické není.

Graf 8 Projevy estrogen-dependentních orgánů – výtok

Myslíte si, že je fyziologické (=normální), pokud se u Vaší novorozené dcery objeví výtok s přítomností malého množství krve?

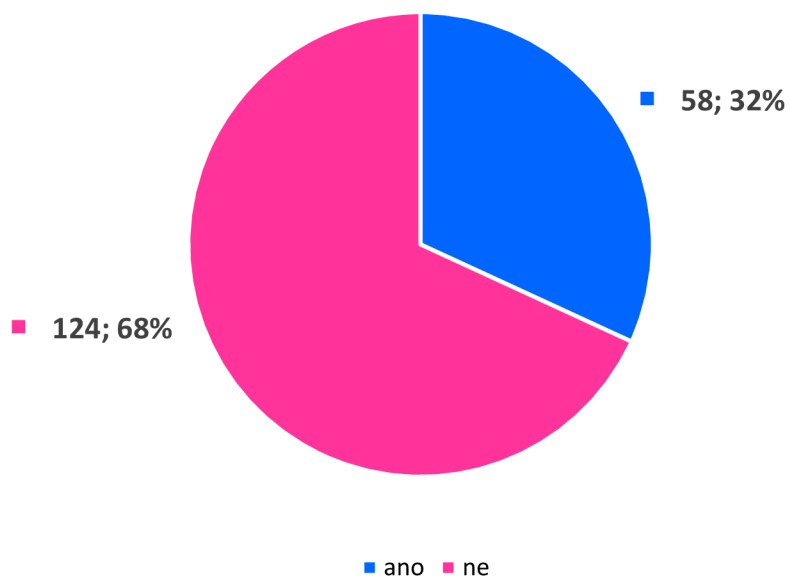


Zdroj: AUTOR, 2022

V této otázce jsme se zaměřili na to, zda ženy považují přítomnost výtoku s malým množstvím krve u novorozené dívky za fyziologické. Za fyziologický jev to správně považuje 125 žen (54 %). Nefyziologickým jevem tuto skutečnost označilo žen 78 (34 %). Odpověď nevím zvolilo 29 žen (12 %).

Graf 9 Obavy z projevů estrogen-dependentních orgánů

Pokud jste se s některým z těchto jevů setkala, měla jste obavy?

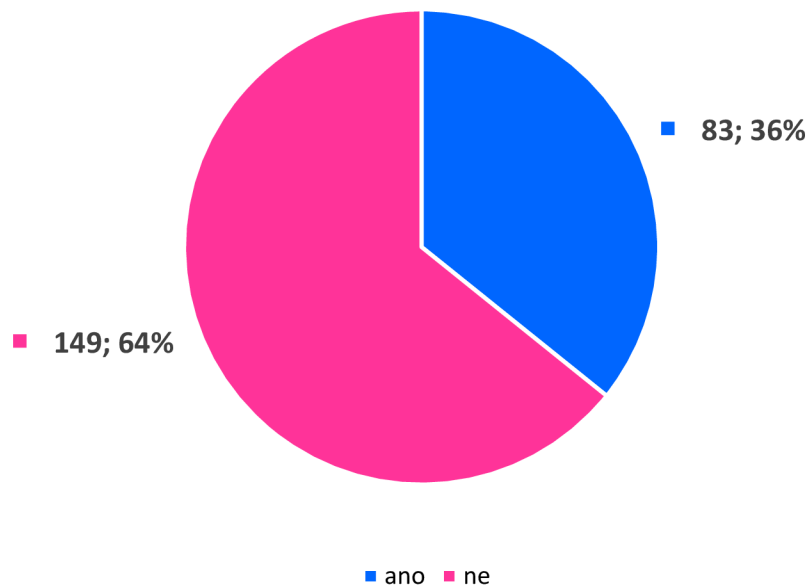


Zdroj: AUTOR, 2022

Z celkového počtu 232 žen, se s některým z těchto jevů setkala 182 žen. Z nich 58 (32 %) udává, že obavy pociťovaly. Naopak 124 žen (68 %) odpovědělo, že obavy neměly.

Graf 10 Informovanost žen personálem o projevech estrogen-dependentních orgánů na oddělení šestinedělí

Informoval Vás zdravotnický personál, na oddělení šestinedělí, že se tyto jevy u novorozené dívky mohou objevit?

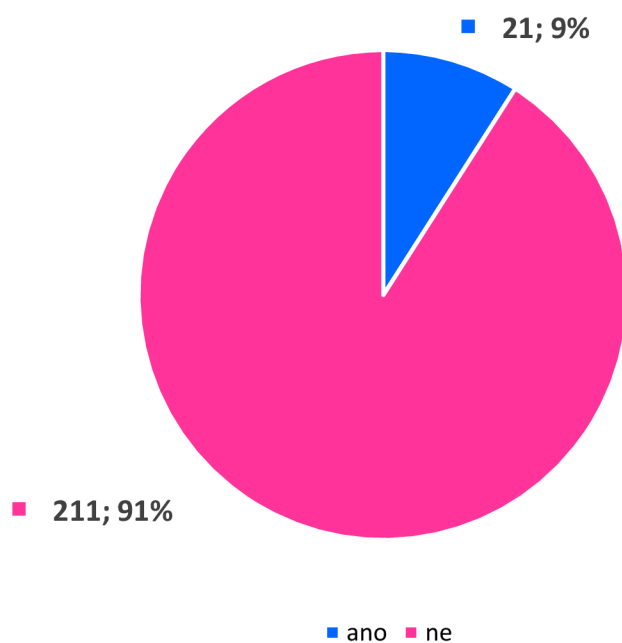


Zdroj: AUTOR, 2022

V této otázce jsme se snažili zjistit, zda byly ženy na oddělení šestinedělí informovány zdravotnickým personálem o projevech estrogen-dependentních orgánů. Výsledky ukazují, že většina žen, přesněji 149 (64 %) informována nebyla. Pouze 83 žen (36 %) zdravotnickým personálem informováno bylo.

Graf 11 Nutnost vyhledání péče dětského gynekologa

Byla jste se svou dcerou nucena vyhledat péči dětského gynekologa?

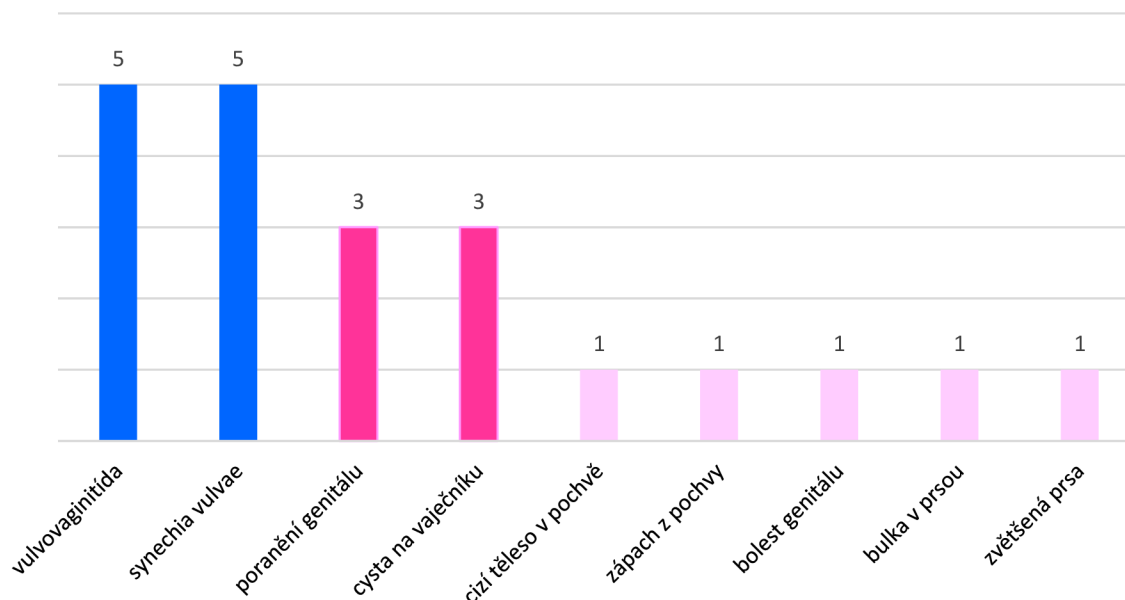


Zdroj: AUTOR, 2022

Na otázku, zda byly ženy nuceny se svou dcerou vyhledat péči dětského gynekologa, odpovědělo 211 žen (91 %), že dětského gynekologa nevyhledaly. Ovšem 21 žen (9 %) dětského gynekologa se svou dcerou navštívilo.

Graf 12 Důvody pro vyhledání dětského gynekologa

Pokud jste se svou dcerou byly nuceny vyhledat dětského gynekologa, z jakého důvodu to bylo?

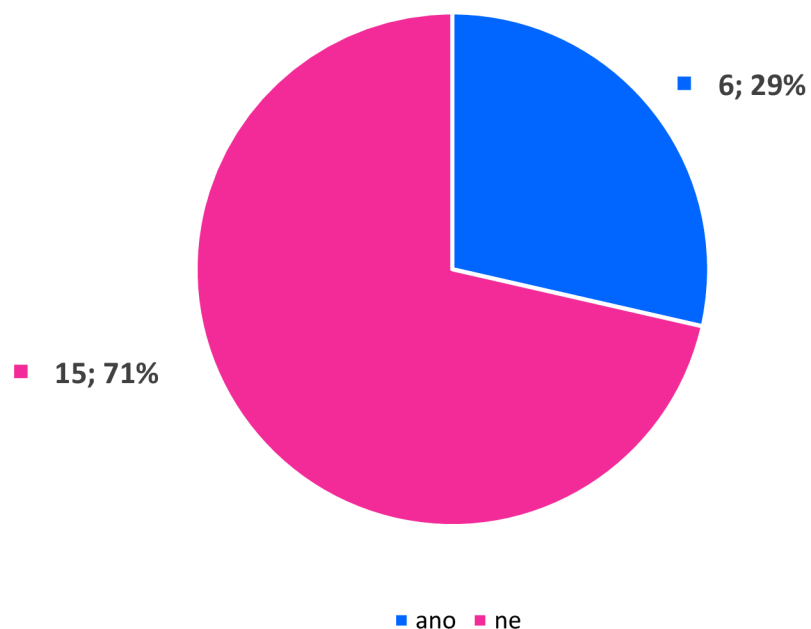


Zdroj: AUTOR, 2022

V této otázce jsme se zaměřili na důvody, kvůli nimž ženy se svými dcerami vyhledaly péči dětského gynekologa. Nejčastějším důvodem k jeho vyhledání byla vulvovaginitída, kterou udávalo 5 žen a synechie, které udávalo shodně 5 žen. Druhými nejčastějšími důvody, které shodně označily 3 ženy, bylo poranění genitálu a cysta na vaječniku. Dále se jednalo o přítomnost cizího tělesa v pochvě, zápach z pochvy, bolest genitálu, bulku v prsou a zvětšení prsou.

Graf 13 Dostupnost dětského gynekologa

Pokud jste se svou dcerou byly nuceny vyhledat dětského gynekologa, bylo pro Vás náročné ho ve svém okolí najít?

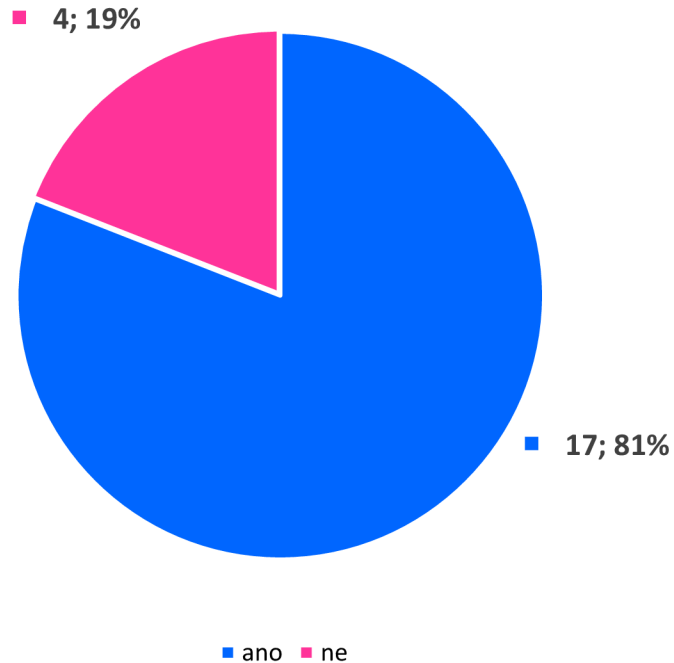


Zdroj: AUTOR, 2022

Cílem této otázky bylo zjistit, zda ženy měly obtíže ve svém okolí najít dětského gynekologa. Z výsledků vychází, že pro většinu žen, konkrétně pro 15 žen (71 %), najít dětského gynekologa obtížné nebylo. Pouze 6 žen (29 %) udalo, že to pro ně obtížné bylo.

Graf 14 Spokojenost s péčí dětského gynekologa

Pokud jste se svou dcerou byly nuceny vyhledat dětského gynekologa, byly jste spokojeny s jeho péčí a přístupem?

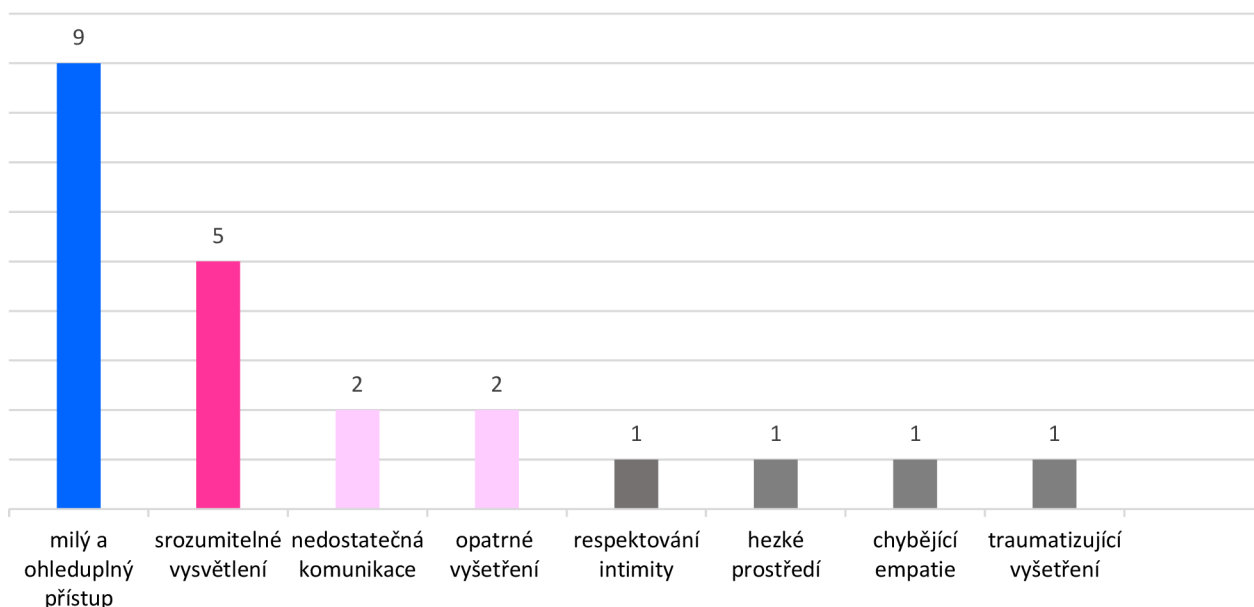


Zdroj: AUTOR, 2022

U další otázky jsme se žen dotazovali, zda byly s péčí a přístupem dětského gynekologa spokojeny. Z odpovědí vyplývá, že 17 žen (81 %) spokojeno bylo. Pouze 4 ženy (19 %) udaly, že v péči a přístupu shledaly nějaký problém.

Graf 15 Důvody spokojenosti či nespokojenosti s péčí dětského gynekologa

Jaký byl důvod Vaší spokojenosti či nespokojenosti s péčí dětského gynekologa?



Zdroj: AUTOR, 2022

V návaznosti na předchozí otázku nás zajímalo, jaké byly důvody spokojenosti či naopak nespokojenosti s péčí dětského gynekologa. Jako důvody ke spokojenosti ženy zmiňovaly milý a ohleduplný přístup, srozumitelné vysvětlení průběhu vyšetření a problému, opatrné a citlivé gynekologické vyšetření, respektování intimity a studu a v neposlední řadě hezké prostředí ordinace. Naopak jako negativní ženy hodnotily nedostatečnou komunikaci personálu, chybějící empatii či traumatizující a neopatrné gynekologické vyšetření.

7.3 TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ KVADRÁT

Z dotazníku jsme vybrali dvě otázky, u kterých jsme provedli test nezávislosti chí kvadrát. Jako otázky jsme zvolili otázku číslo 7 (Myslíte si, že je fyziologické (= normální), pokud má Vaše novorozená dcera mírně zduřelá prsa?) a otázku číslo 8 (Myslíte si, že je fyziologické (= normální), pokud se u Vaší dcery objeví výtok s přítomností malého množství krve?). Hladina významnosti byla stanovena na 5 %. Následně jsme vytvořili kontingenční tabulku, tabulku skutečných četností (tab. 1), vypočetli očekávané četnosti a provedli kontrolu pro splnění podmínek použití testu.

Tabulka 1 Skutečné četnosti

		Skutečné četnosti			
		Otázka č. 8			
		ne	ano	nevím	celkem
Otázka č. 7	ne	13	2	0	15
	ano	40	109	14	163
	nevím	25	14	15	54
	celkem	78	125	29	232

Zdroj: Autor, 2022

Podmínky pro použití testu byly splněny. Po dosazení do vzorce vyšlo testové kritérium 50,617 a kritická tabulková hodnota pro hladinu významnosti 5 % a 4 stupně volnosti 9,488. Na základě porovnání hodnot jsme provedli rozhodnutí. Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu, která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

7.4 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU

Průzkumného šetření se zúčastnilo 240 žen. Některé dotazníky jsme byli nuceni vyřadit a v konečném výsledku jsme tedy hodnotili 232 dotazníků (100 %). Těchto 232 respondentek byly ženy, s alespoň jednou dcerou. Dotazníky byly vloženy do facebookových skupin Rodíme v ÚPMD a Rodíme na Bulovce a v průběhu ledna 2022 docházelo k jejich sběru. V rámci průzkumného šetření jsme si stanovili 3 cíle a 7 průzkumných otázek.

Cíl 1: Zmapovat informovanost matek o správné hygienické péči zevního genitálu svých novorozených dcer a vliv počtu dcer na správně provedenou péči.

Průzkumná otázka 1: Má vliv počet dcer na správně provedenou péči o zevní genitál novorozené dívky?

Verifikace v dotazníku: otázky 3, 6

Otázkou číslo 3 jsme chtěli zjistit, kolik dcer ženy mají. Nejvíce zastoupenou skupinou byly ženy s jednou dcerou. Tuto skupinu tvořilo 203 žen (88 %). Odpověď 2 dcery označilo 22 žen (9 %). Žen se třemi dcerami bylo 5 (2 %). Nejméně zastoupenou skupinu tvořily ženy se čtyřmi a více dcerami 2 (1 %).

Otázka 6 se týkala správného způsobu omývání a otírání zevního genitálu u dívek. Výsledky ukazují, že úroveň znalosti žen je velmi vysoká. Správnou odpověď, omývat od pochvy směrem ke konečníku, zvolilo 229 žen (99 %). Jen 3 ženy (1 %) označily odpověď špatnou, tedy omývat od konečníku směrem k pochvě.

Výsledky našeho průzkumu tedy pravděpodobně neprokazují, že by měl počet dcer výraznější vliv na správnost péče o zevní genitál.

Průzkumná otázka 2: Jakým způsobem je správná hygienická péče o zevní genitál provedena?

Verifikace v dotazníku: otázka 6

Z výsledků dotazníků vychází, že úroveň znalostí o hygienické péči zevního genitálu u novorozených dcer je velmi vysoká. Správnou odpověď, omývat od pochvy směrem ke konečníku, zvolilo celkem 229 žen (99 %). Odpověď, omývat od konečníku směrem k pochvě, udaly 3 ženy (1 %).

Průzkumná otázka 3: Jsou matky dostatečně informovány o správné hygienické péči na oddělení šestinedělí?

Verifikace v dotazníku: otázky 4, 5

Otázkou číslo 4 jsme se žen dotazovali, zda byly na oddělení šestinedělí seznámeny se způsobem hygienické péče o zevní genitál novorozené dcery. Odpovědi byly spíše kladné. Poučeno bylo 148 žen (64 %). Naopak 84 žen (36 %) nikým poučeno nebylo.

Pokud ženy na oddělení šestinedělí se správnou hygienou poučeny byly, zajímalo nás kým. Ukázalo se, že největší část žen – 135 (91 %) byla poučena zdravotní sestrou. Žen, které informoval lékař, bylo 12 (8 %). Opověď, že někdo jiný, udala 1 žena (1 %). Ženy, které na oddělení šestinedělí seznámeny nebyly, často udávaly, že o správné hygieně je poučil až praktický lékař pro děti a dorost či jeho zdravotní sestra během preventivních prohlídek.

Cíl 2: Zjistit míru informovanosti v oblasti fyziologických projevů estrogen - dependentních orgánů u novorozenejších dívek.

Průzkumná otázka 4: Považují ženy projevy estrogen-dependentních orgánů novorozené dívky za fyziologické?

Verifikace v dotazníku: otázky 7, 8, 9

V otázce číslo 7 jsme se žen dotazovali, zda považují za fyziologické, pokud se u novorozené dívky objeví mírné zduření prsů. Správnou odpověď, tedy fyziologickým jevem to označuje 163 žen (70 %). Jako nefyziologický jev to označilo 15 žen (7 %). Často ale také ženy zvolily odpověď, že nevědí a to v 54 případech (23 %).

Otázka číslo 8 se zaměřovala na to, zda ženy považují fyziologickým jevem přítomnost výtoků s obsahem krve u novorozených dívek. Fyziologickým jevem to označilo správně 125 žen (54 %). Výsledky ale také ukazují, že velký počet žen to za fyziologické nepovažuje, přesněji 78 (34 %) nebo nevědí 29 (12 %).

Žen, které se s některým výše uvedeným projevem setkaly, jsme se dále dotazovali, zda při objevení některého z těchto projevů, pociťovaly obavy. Obavy mělo 58 žen (32 %). Naopak 124 žen (68 %) odpovědělo, že obavy nepociťovaly.

Průzkumná otázka 5: Jsou ženy o projevech estrogen-dependentních orgánů u novorozených dívek obeznámeny na oddělení šestinedělí?

Verifikace v dotazníku: otázka 10

Otázka číslo 10 se zaměřovala na to, zda ženy zdravotnický personál, na oddělení šestinedělí, informoval o možných projevech estrogen-dependentních orgánů u novorozených dívek. Z odpovědí vyplývá, že ženy zdravotnickým personálem na oddělení šestinedělí příliš obeznámeny nebyly. Z celkového počtu 232 žen jich 149 (64 %) udalo, že je na možné projevy estrogen-dependentních orgánů nikdo neupozornil. Pouze 83 žen (36 %) odpovědělo, že je personál upozornil.

Cíl 3: Zjistit nejčastější důvody pro návštěvu dětského gynekologa.

Průzkumná otázka 6: S jakým gynekologickým problémem se ženy u svých dcer setkaly?

Verifikace v dotazníku: otázky 11, 12

Otázkou číslo 11 jsme chtěli zjistit, kolik žen bylo z celkového počtu respondentek nuceno se svou dcerou vyhledat péči dětského gynekologa. Z celkového počtu 232 žen, péči dětského gynekologa se svou dcerou vyhledalo 21 (9 %). Zbývá většina, tedy 211 žen (91 %) dětského gynekologa nevyhledala.

Otázka číslo 12 byla orientovaná na ženy, které dětského gynekologa se svou dcerou vyhledaly. Touto otázkou jsme chtěli zjistit, kvůli jakému problému dětského gynekologa navštívily. Jako nejčastější důvod se ukázala přítomnost výtoku a synechií. Obě možnosti udalo 5 žen. Druhým nejčastějším důvodem bylo poranění genitálu, se kterým se u dcer setkaly 3 ženy a cysta na vaječníku, kterou rovněž označily 3 ženy. Dále se jednalo o cizí těleso v pochvě, zápach z pochvy, bolest genitálu, bulku v prsou a zvětšená prsa. Každou z možností označila 1 žena.

Průzkumná otázka 7: Bylo pro ženy obtížné vyhledat ve svém okolí dětského gynekologa a byly s kvalitou poskytnuté péče spokojeny?

Verifikace v dotazníku: otázky 13, 14, 15

Otázkou číslo 13 jsme se žen dotazovali, zda pro ně bylo náročné, najít ve svém okolí dětského gynekologa. Výsledky ukazují, že pro většinu žen to obtížné nebylo. Problém s jeho vyhledáním nemělo 15 žen (71 %). Pouze pro 6 žen (29 %) bylo vyhledání dětského gynekologa náročné.

Otázka číslo 14 měla za cíl zjistit, zda ženy byly spokojeny s přístupem a péčí dětského gynekologa. Ukazuje se, že velká většina spokojená byla. Spokojenost označilo 17 žen (81 %). Pouze 4 ženy (19 %) v péči a přístupu shledaly problém.

Otázka číslo 15 navazovala na otázku číslo 14. Zajímalo nás, jaký byl důvod spokojenosti či nespokojenosti s dětským gynekologem. Jako důvod ke spokojenosti 9 žen ocenilo milý a ohleduplný přístup, 5 žen srozumitelné vysvětlení, 2 ženy opatrné gynekologické vyšetření, 1 žena respektování intimity a 1 žena hezké prostředí ordinace. Jako příčina

nespokojenosti byla nedostatečná komunikace personálu, se kterou se setkaly 2 ženy. Dále chybějící empatie a traumatizující vyšetření. Každou z možností udala 1 žena.

8 DISKUSE

Cílem průzkumné části této bakalářské práce bylo zmapování informovanosti matek o správné hygienické péči zevního genitálu u svých dcer, zjištění míry informovanosti matek v oblasti estrogen-dependentních orgánů u jejich novorozených dcer a zjištění nejčastějších důvodů pro vyhledání péče dětského gynekologa. Abychom mohli porovnat výsledky našeho dotazníkového šetření, vyhledali jsme bakalářské či diplomové práce, které se zabývaly podobným tématem. Často se ale dotazníkové šetření zaměřovalo spíše na zdravotnický personál, nebo se jejich cíle a následné otázky zabývaly jinou oblastí dětské gynekologie. Pro porovnání výsledků jsme tedy nakonec zvolili dvě bakalářské práce.

Výsledky otázky „Jaký je podle Vás správný způsob omývání a otírání zevního genitálu Vaší dcery?“ jsme porovnali s výsledky bakalářské práce s názvem Dětská gynekologie od autorky Martiny Bocskorové z roku 2021. Dotazník obsahoval 20 otázek a počet respondentek čítal 212. Z celkového počtu 212 žen, jich 207 (97,6 %) správně označilo, že správným způsobem omývání genitálu je od pochvy směrem ke konečníku. Pouze 3 ženy (1,4 %) zvolily špatnou odpověď, tedy omývat od konečníku směrem k pochvě. Odpověď, nezáleží na tom, označily 2 ženy (1 %). (BOCSKOROVÁ, 2021)

Výsledky naší otázky jsou následující. Správný způsob, tedy omývat od pochvy směrem ke konečníku zvolilo 229 žen (99 %). Pouze 3 ženy (1 %) zvolily odpověď špatnou, tedy omývání od konečníku směrem k pochvě. Odpověď, že na tom nezáleží, ne zvolila žádná z žen.

Ukazuje se tedy, že naše výsledky se téměř neliší a úroveň znalostí žen ohledně hygienické péče o zevní genitál dcer jsou na vysoké úrovni.

Mezi další práci, se kterou jsme porovnávali naše výsledky, je bakalářská práce Pavlína Hamerníkové s názvem Specifika ošetrovatelské péče porodní asistentky v dětské gynekologii z roku 2008. Dotazník obsahoval 26 otázek a počet respondentek čítal 37. Respondentky měly možnost zvolit více odpovědí. Položka, kterou jsme se rozhodli porovnávat, se týkala nejčastějších důvodů, kvůli kterým, jsou matky s jejich dcerami nuceny vyhledat péči dětského gynekologa. Na rozdíl od naší práce se ovšem autorka dotazovala přímo zdravotních sester nebo porodních asistentek, pracujících v ordinaci dětského gynekologa. Přestože je práce staršího data, přišlo nám zajímavé porovnat, zda se tyto důvody během několika let, výrazněji změnily.

V práci Pavlína Hamerníkové respondentky nejvíce označovaly vulvovaginitidy (32), synechie (27), poruchy menstruačního cyklu (22), úrazy rodidel (9), cizí tělesa v pochvě (6), VVV rodidel (5), sexuální zneužívání (4), poruchy pohlavního dospívání (3) a nádorová onemocnění (2). (HAMERNÍKOVÁ, 2008)

Výsledky z našeho dotazníku jsou následující. Nejčastějším důvodem k jeho vyhledání ženy udávaly vulvovaginitidy (5) a synechie (5). Druhým nejčastějším důvodem bylo poranění genitálu (3) a cysta na vaječníku (3). Dále se jednalo o přítomnost cizího tělesa v pochvě (1), zápach z pochvy (1), bolest genitálu (1), bulku v prsou (1) a zvětšení prsou (1).

Z obou prací vyplývá, že nejčastějším problémem, se kterým se matky i zdravotnický personál v ordinaci dětského gynekologa setkávají, jsou vulvovaginitidy a synechie. Úrazy genitálu a přítomnost cizího tělesa v pochvě jsou další problematikou, které vedou k vyhledání dětského gynekologa a ve které se naše práce shodují. V ostatních důvodech se práce neshodují. Přisuzujeme to tomu, že zdravotní sestry a porodní asistentky se setkávají s výrazně větším objemem pacientek, a tudíž přichází do kontaktu se širším spektrem různých problematik. Jako další důvod vidíme snahu o zachování intimity. Mnoho žen může pociťovat stud či obavy se svěřením takto choulostivé záležitosti, zejména pokud se jedná o vyplnění dotazníku přes sociální síť.

8.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ačkoliv z našeho dotazníkového šetření vyplývá, že většina matek s dcerami měla s přístupem dětských gynekologů pozitivní zkušenost, byly i ženy, které zmínily zkušenost negativní. Proto bychom v rámci doporučení pro praxi znovu chtěli zmínit důležitost empatického a citlivého přístupu a ohleduplných a šetrných provádění gynekologických vyšetření. Tyto atributy by měly být samozřejmostí zdravotníků ve všech zdravotnických oborech, ale zejména v oboru dětské gynekologie je považujeme za obzvláště důležité. Je nutné si uvědomit, že gynekologické vyšetření je pro dětské pacientky a dospívající dívky velmi nepříjemným a stresujícím aktem, ze kterého si mohou odnést špatné zkušenosti.

Za důležitý bod rovněž považujeme dostatečnou edukaci matek v oblasti správné hygieny o zevní genitál svých dcer. Zdravotní sestry či porodní asistentky na oddělení šestinedělí, by ženu měly poučit a provést názornou ukázkou péče o zevní genitál a poukázat na některé projevy, které ji mohou upozornit na počínající rozvoj zánětu či synechií. Pro některé ženy, zejména prvorodičky, jsou tyto informace velmi přínosné a cenné. Tyto informace

poté žena v ideálním případě předává i své dceři. Správné hygienické návyky již od novorozeneckého věku jsou totiž následným předpokladem pro zdravá a fyziologicky fungující rodidla.

Dalším doporučením, plynoucím z dotazníkového šetření, je edukace matek na oddělení šestinedělí v oblasti fyziologických projevů estrogen-dependentních orgánů u novorozených dcer. Z dotazníků je patrné, že ačkoliv většina matek považuje tyto projevy fyziologickými, najdou se i takové ženy, které tyto projevy považují za nefyziologické, či nevědí. Proto by zdravotní sestry a porodní asistentky měly tyto informace zmínit, aby předešly případným obavám z jejich výskytu. Důležité je také zmínit, že ačkoliv v novorozeneckém období tyto projevy považujeme za fyziologické, v pozdějším věku nikoliv.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala tématem gynekologické problematiky dětí a dospívajících z pohledu porodní asistentky. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Cílem teoretické části bylo pomocí informací z odborné literatury vytvořit přehlednou práci na toto téma, poukázat na některé specifčnosti a odlišnosti v oboru dětské gynekologie a seznámit s informacemi o nejčastějších gynekologických problémech a možné prevenci.

V teoretické části jsme se zabývali definicí oboru dětské gynekologie, důvodem jejího vzniku a historií, jejíž kořeny sahají do bývalého Československa. Nezapomněli jsme zmínit důležitost a potřebu tohoto oboru. Dále jsme popsali základní anatomii a fyziologii ženských pohlavních orgánů s důrazem na odlišnosti v dětském a adolescentním věku. Pozornost jsme zaměřili i na soubor vyšetřovacích metod užívaných v dětské gynekologii. Podstatná část práce je věnována jednotlivým gynekologickým problematikám. Uvedli jsme důvody jejich vzniku, příznaky, které jednotlivé problémy doprovází a dále soubor diagnostických a léčebných metod. Poslední kapitola informuje o preventivních, zejména hygienických opatření, jejichž dodržování je základním krokem, pro předcházení některých problémů.

Cílem praktické části bylo zmapovat informovanost matek o správné hygienické péči zevního genitálu svých novorozených dcer a vliv počtu dcer na správně provedenou péči, zjistit míru informovanosti v oblasti fyziologických projevů estrogen-dependentních orgánů u novorozených dívek a zjištění nejčastějších důvodů pro návštěvu dětského gynekologa. Pro dosažení stanovených cílů jsme si definovali průzkumné otázky a následně uskutečnili kvantitativní dotazníkové šetření, které probíhalo v průběhu ledna 2022.

. Z výsledků dotazníkového šetření vychází, že velká většina matek je dobře obeznámena se správnou hygienickou péčí zevního genitálu. Výsledky našeho průzkumu pravděpodobně neprokazují, že by měl počet dcer výraznější vliv na správnost péče o zevní genitál. V otázce znalostí žen, ohledně fyziologických projevů estrogen-dependentních orgánů novorozené dívky, odpovědi již tak jednoznačné nebyly. Jako nejčastější důvod, pro vyhledání dětského gynekologa, ženy udávaly vulvovaginitídy a synechie.

Stanovené cíle pro teoretickou i praktickou část práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOCSKOROVÁ, Martina, 2021. *Dětská gynekologie*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/qwnwow/>

COLLINS, Sally, ed, 2013. *Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-969840-0.

ČEPIČKÝ, Pavel, 2021. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3027-6.

Dostupné z: https://theses.cz/id/wirn7r/downloadPraceContent_adipIdno_10880

DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN, [2019]. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-599-6.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HAMERNÍKOVÁ, Pavlína, 2008. *Specifika ošetrovatelské péče porodní asistentky v dětské gynekologii*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

HAVLÍN, Miroslav, 2011. Vulvovaginitidy v dětském věku. *Pediatric pro praxi*. **12**(6), 437-438. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/06/18.pdf>

HODICKÁ, Zuzana a Ingrid REJDOVÁ, 2013. Synechia vulvae. *Pediatric pro praxi*. **14**(6), 389. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/06/12.pdf>

HODICKÁ, Zuzana, Ingrid REJDOVÁ a Jana KADLECOVÁ, 2015. Poruchy menstruačního cyklu u dospívajících dívek a jejich léčba. *Pediatric pro praxi*. **16**(3), 189-192. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/03/14.pdf>

HOŘEJŠÍ, Jan a Hana KOSOVÁ, 2019. *Dětská gynekologie*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5078-4.

CHMEL jr., Roman, Zlatko PASTOR, Martin MUŽÍK, Tomáš BRTNICKÝ a Marta NOVÁČKOVÁ, 2019. Syndrom Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser – ageneze dělohy a pochvy: aktuální znalosti a terapeutické možnosti. *Česká gynekologie*. **84**(5), 386-392. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-5-8/syndrom-mayer-rokitansky-kuester-hauser-ageneze-delohy-a-pochvy-aktualni-znalosti-a-terapeuticke-moznosti-118526/download?hl=cs>

KOSOVÁ, Hana, 2016. Dysfunkční krvácení v období dospívání. *Praktická gynekologie*. **20**(1), 40-43. ISSN 1211-6645. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2016-1/dysfunkcni-krvaceni-v-obdobi-dospivani-58176>

- KOSOVÁ, Hana, 2017. Synechia vulvae infantum. *Pediatric pro praxi*. **18**(2), 91-93. ISSN 1213-0494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2017.015
- KOSOVÁ, Hana, 2018. Mykotická onemocnění vulvy a pochvy z pohledu dětského gynekologa. *Pediatric pro praxi*. **19**(3), 134-138. ISSN 1213-0494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2018.079
- KOSOVÁ, Hana, 2020. Krvácení z rodidel v dětském věku z pohledu dětského gynekologa. *Česko-slovenská pediatrie*. **75**(3), 131-136. ISSN 0069-2328. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2020-3-8/krvaceni-z-rodidel-v-detskem-veku-z-pohledu-detskeho-gynekologa-123398>
- KŘEPELKA, Petr, 2015. *Poruchy menstruačního cyklu*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3520-0.
- MAŠATA, Jaromír, [2017]. *Infekce v gynekologii*. 3. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-531-6.
- NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.
- ONDROVÁ, Dana, Kateřina HAMPLOVÁ BĚHÁVKOVÁ a Sabina ONDROVÁ, 2020. Bolesti břicha u dívek v dětském a pubertálním období. *Česko-slovenská pediatrie*. **75**(3), 125-130. ISSN 0069-2328. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2020-3-8/bolesti-bricha-u-divek-v-detskem-a-pubertalnim-obdobi-123392>
- PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
- REJDOVÁ, Ingrid a Jana KADLECOVÁ, 2016. Poruchy puberty u dívek. *Pediatric pro praxi*. **17**(6), 358-361. Dostupné také z: DOI: 10.36290/ped.2016.079
- ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Pavel VENTRUBA, 2019. *Gynekologie*. 3. dopl. a přepr. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-426-2.
- ROKYTA, Richard, [2016]. *Fyziologie*. Třetí, přepracované vydání (první vydání v nakladatelství Galén). Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-238-1.
- ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2832-2.
- ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
- SKŘENKOVÁ, Jana, 2018. Pomenarcheální nepravidelnosti menstruace u dospívajících dívek. *Časopis lékařů českých*. **157**(7), 343-349. ISSN 0008-7335. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-7-1/pomenarchealni-nepravidelnosti-menstruace-u-dospivajicich-divek-1071118/download?hl=cs>
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ, 2017. *Ošetřovatelsví v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

SMETANOVÁ, Dagmar, 2020. Vrozené vývojové vady dělohy a pochvy – poruchy vývoje Müllerových vývodů a jejich derivátů – ultrazvuková diagnostika u dětí a dospívajících. *Česko-slovenská pediatrie*. **75**(3), 137-141. ISSN 0069-2328 Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/czech-slovak-pediatrics/2020-3-7/vrozene-vyvojove-vady-delohy-a-pochvy-poruchy-vyvoje-muellerovych-vyvodu-a-jejich-derivatu-ultrazvukova-diagnostika-u-deti-a-dospivajicich-123399/download?hl=cs>

STRAŇÁK, Zbyněk a Jan JANOTA, 2015. *Neonatologie*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3861-4.

ŠPAČEK, Jiří, Vladimír BUCHTA a Petr JÍLEK, 2013. *Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí*. 3. rozšířené vydání. Praha: Grada. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-247-4554-1.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-

PŘÍLOHY

Příloha 1 Rešerše.....	II
Příloha 2 Dotazník	III
Příloha 3 Čestné prohlášení	VI



Gynekologická problematika dětí a dospívajících z pohledu porodní asistentky

Klíčová slova:

dětská gynekologie, adnexitida, poruchy pohlavního dospívání, synechia vulvae nifantum, vaginoskopie, vulvovaginitida, vyšetřovací metody

Rešerše č. 31/2021

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 37 záznamů (vysokoškolské práce – 5, knihy – 17, ostatní – 14)
Časové omezení:	2011 - současnost
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	vysokoškolské práce, monografie, ostatní zdroje
Datum:	25. 10. 2021
Základní prameny:	

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Souborný katalog ČR (www.caslin.cz)
- Informační portál MedLike (www.medvik.cz/medlike)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz, www.cuni.cz)
- Jednotný portál knihoven (www.knihovny.cz)
- PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)

1 Jaký je Váš věk?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- 15-21 22-28 29-35 36 a více

2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- základní středoškolské bez maturity středoškolské s maturitou vyšší odborné vysokoškolské

3 Kolik dcer máte?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- 1 2 3 4 a více

4 Byla jste během pobytu na oddělení šestinedělí seznámena se způsobem hygienické péče o zevní genitál své dcery?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ano ne

5 Pokud ano, kdo Vás o hygienické péči zevního genitálu Vaší dcery, na oddělení šestinedělí, informoval?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- zdravotní sestra lékař spolubydělci
 Jiná...

6 Jaký je podle Vás, správný způsob omývání a otírání zevního genitálu Vaší dcery?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- omývat od konečníku směrem k pochvě omývat od pochvy směrem ke konečníku nezáleží na tom

7 Myslíte si, že je fyziologické (=normální), pokud má Vaše novorozená dcera mírně zduřelá prsa?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano ne nevím

8 Myslíte si, že je fyziologické (=normální), pokud se u Vaší novorozené dcery objeví výtok s přítomností malého množství krve?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano ne nevím

9 Pokud jste se s některým z těchto jevů setkala, vyděsilo Vás to?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano ne

10 Informoval Vás zdravotnický personál na oddělení šestinedělí, že se tyto jevy u novorozené dívky mohou objevit?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano ne

11 Byla jste se svou dcerou nucena vyhledat péči dětského gynekologa?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano ne

12 Pokud jste se svou dcerou byly nuceny vyhledat dětského gynekologa, z jakého důvodu jste ho navštívily?

13 Pokud jste se svou dcerou byly nuceny vyhledat dětského gynekologa, bylo pro Vás náročného ve svém okolí najít?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano ne

14 Pokud jste se svou dcerou byly nuceny vyhledat dětského gynekologa, byly jste spokojeny s jeho péčí a přístupem?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

ano ne

15 Jaký byl důvod Vaší spokojenosti či nespokojenosti s dětským gynekologem?

Příloha 3 Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Gynekologická problematika dětí a dospívajících z pohledu porodní asistentky“ v rámci studia realizované na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

Podpis

