

**Univerzita Pardubice**  
**Fakulta zdravotnických studií**

**Ošetření porodního poranění z pohledu  
porodní asistentky**

**Markéta Stránská**

**Bakalářská práce**  
**2012**

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Stránská**  
Osobní číslo: **Z09111**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Název tématu: **Ošetření porodního poranění z pohledu porodní asistentky**  
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Konzultace vybrané metodiky s vedoucím práce.
4. Realizace.
5. Analýza a interpretace získaných informací.
6. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. ČECH, Evžen. Porodnictví. 2. vyd. Praha : Grada, 2006. 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. ČIHÁK, Radomír. Anatomie 1. 2. upravené a doplněné vyd. Praha : Grada, 2001. 516 s. ISBN 80-7169-970-5.
3. ČIHÁK, Radomír. Anatomie 2. 2. upravené a doplněné vyd. Praha : Grada, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X.
4. DOLEŽAL, Antonín a kol. Porodnické operace. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
5. STADELMAN, Ingeborg. Zdravé těhotenství, přirozený porod. 2. vyd. Praha. One women press, 2004. 579 s. ISBN 80-86356-31-0.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Markéta Moravcová**


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce:

**30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**7. května 2012**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.

děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová

vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

## **Prohlášení autora**

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu bibliografických citací.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 16. 4. 2012

.....  
Markéta Stránská

### **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Světlaně Beránkové a Mgr. Markétě Moravcové za odborný dohled nad vypracováním mé závěrečné práce, ochotu, věnovaný čas a cenné rady. Také bych chtěla poděkovat ošetrovatelskému personálu ze zdravotnického zařízení, ve kterém probíhala fotodokumentace ošetření porodního poranění. Dále bych chtěla poděkovat spolužačkám, které mi při fotografování na modelu pomáhaly. Nakonec bych chtěla poděkovat svým blízkým, kteří mě po celou dobu psychicky podporovali.

V Pardubicích 16. 4. 2012

Markéta Stránská

## **Anotace**

Cílem bakalářské práce je popsat problematiku ošetření porodního poranění. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V rámci teoretické části je popisována anatomie ženských pohlavních orgánů v souvislosti s porodním poraněním, možnosti prevence a ošetření a v neposlední řadě i nutná péče o porodní poranění. Výstupem práce je příručka k šití epiziotomie pro studentky porodní asistence. Příručka je členěna do pěti kapitol zaměřených na instrumentarium a pomůcky k ošetření porodního poranění, porodní poranění a jeho rozdělení, správné provádění epiziotomie, ošetření porodního poranění, kde jsou popisovány techniky stehů. V poslední kapitole je péče porodní asistentky po ošetření porodního poranění.

Klíčová slova: epiziotomie, perineum, porodní poranění, ruptura hráze

## **Annotation**

The aim of this work is to describe the problems of treatment of the birth injury. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes the anatomy of female genitalia in connection with the birth trauma, possibilities of prevention and treatment and also the necessary care for the birth injury. The output of this work is to provide a manual of episiotomy suturing for midwifery students. The manual is structured into five chapters focusing on instrumentation and equipment for the treatment of birth injuries, birth trauma and its distribution, proper use of episiotomies, treatment of birth injuries, where the sutura techniques are described. The last chapter is concerned with the midwife care after the birth injury treatment.

Keywords: episiotomy, perineum, birth injury, perineal tear

# Obsah

Úvod .....	7
Cíl práce .....	8
1 Anatomie ženských pohlavních orgánů a souvislost s porodním poraněním .....	9
1.1 Vnitřní pohlavní orgány .....	9
1.2 Zevní pohlavní orgány .....	10
1.3 Svaly hráze .....	11
1.4 Tepny a žíly .....	12
1.5 Inervace malé pánve .....	12
2 Prevence porodního poranění .....	13
2.1 Masáž perinea .....	13
2.1.1 Instrukce pro masáž perinea .....	13
2.2 Užití trenážeru EPI-NO <sup>®</sup> k posílení svalů pánevního dna .....	14
2.3 Použití Dianatal gelu .....	14
2.4 Cviky na posílení pánevního dna .....	15
3 Porodní poranění .....	16
3.1 Trhliny .....	16
3.2 Usurace .....	18
3.3 Epiziotomie .....	18
3.3.1 Chránění hráze .....	19
3.3.2 Aplikace anestezie .....	20
3.3.3 Ošetření epiziotomie porodní asistentkou .....	20
3.3.4 Ošetrovatelská péče ve IV. době porodní .....	21
4 Instrumentarium a další pomůcky k ošetření porodního poranění .....	22
4.1 Druhy šicích materiálů a chirurgických jehel .....	22
4.2 Typy chirurgických stehů a uzlů .....	23
5 Metodika .....	24
6 Příručka .....	25
Diskuze .....	52
Závěr .....	53
Seznam bibliografických citací .....	54
Příloha A Typy epiziotomií .....	57
Příloha B Typy ruptur .....	58

## Úvod

Těhotným ženám na počátku těhotenství nemusí zcela docházet, co je čeká na jeho konci. Postupně si mohou uvědomit, že se porodu bojí a často neví, na co se mají připravit. Představují si jak „to tam dole“ bude vypadat asi po porodu. Bude nutné provedení „nástřihu“? Budu se partnerovi po porodu stále líbit? Domnívám se, že nad těmito otázkami uvažuje většina budoucích maminek. Úlohou porodních asistentek je mimo jiné tyto obavy zmírnit a pomoci těhotné se na porod i období po něm psychicky i fyzicky připravit.

Aby mohly porodní asistentky adekvátně edukovat rodičky o péči během porodu a po něm, musí mít samy dostatečně kvalitní znalosti. Proto jsem si vybrala téma ošetření porodního poranění, abych se sama více v této problematice vzdělala a vytvořila materiál pro budoucí studentky porodní asistence.

Porodní poranění může vzniknout v konečné fázi II. doby porodní, kdy si hlavička plodu vytváří místo v dolních měkkých porodních cestách. Může vzniknout i v důsledku častých gynekologických zánětů prodělaných v těhotenství, velkým plodem nebo také z důvodu špatného chránění hráze osobou, která porod vede. Do porodních poranění zahrnujeme různé trhliny, usurace i epiziotomii. Nástřih hráze se provádí ve většině případů, jako preventivní opatření proti vzniku rozsáhlejších ruptur než je samotná epiziotomie. Existuje mnoho názorů, zda nástřih provádět či ne. Je nutné individuálně posoudit každou situaci, každý porod.

Snížení rizika poranění se dá předcházet preventivními metodami již v období gravidity. Zabránit poranění za porodu může i porodník či porodní asistentka správným chráněním hráze, kdy se snaží zabránit rychlému postupu hlavičky plodu a tím vytvoření trhlín.

V minulosti se rány vůbec nesešivaly a následkem toho docházelo k infekcím a sepsi. Byl to jeden z důvodů, proč ženy po porodu často umíraly. Později, když vznikala závazná pravidla pro práci porodních babiček, musely od roku 1897 užívat dezinfekčních prostředků a dbát na hygienu a tím nedocházelo tak často ke vzniku infekce a následným komplikacím.



## **Cíl práce**

Teoretickým cílem je popsání problematiky týkající se postižených částí porodních cest v průběhu porodu a následného ošetření poranění. Dalším cílem je popsání možností prevence porodních poranění a následná péče o porodní poranění

Praktickým cílem práce je vytvořit pracovní manuál s fotodokumentací pro nácvik ošetření porodního poranění. Dalším praktickým cílem je vytvoření fotodokumentace ošetření porodního poranění na výukovém modelu a v klinické praxi na porodním sále. Vytvořená příručka ošetření porodního poranění by se měla stát pomocným studijním materiálem pro studentky studijního oboru Porodní asistentka.

## **Teoretická část**

# **1 Anatomie ženských pohlavních orgánů a souvislost s porodním poraněním**

K lepšímu pochopení porodního poranění je nutné znát anatomii ženských rodidel. K tomuto došli i lékaři, kteří prováděli v historii pitvy na ženách. Pozadu nezůstaly ani porodní asistentky, v tehdejší době nazývané porodní báby. Roztočil uvádí, že v Litoměřicích v roce 1577 byla provedena pitva, aby byla zjištěna příčina úmrtí matky a dítěte při porodu. V následujících odstavcích se zmíním o změnách anatomie ženských pohlavních orgánů vlivem gravidity. (Roztočil, 2008)

### **1.1 Vnitřní pohlavní orgány**

Mezi vnitřní pohlavní orgány patří: vaječníky (ovaria), vejcovody (tubae uterine), děloha (uterus), pochva (vagina). Blíže se budu zabývat pouze orgány, které mohou být postiženy porodním poraněním. Děloha (uterus) je dutý svalnatý orgán hruškovitého tvaru, který slouží k přijetí oplozeného vajíčka a k výživě a ochraně vyvíjejícího se zárodku. U nulipary může být dlouhá až 8 cm. V těhotenství se zvětší až pětsetkrát a svojí váhu zvýší na tisíc gramů. (Čech, 2006; Čihák, 2002; Slezáková, 2011)

Hlavní části dělohy jsou tělo děložní (corpus uteri), hrdlo děložní (cervix uteri) a isthmus uteri. Corpus uteri je největší část dělohy. Horní okraj děložního těla nazýváme fundus uteri. V místě přechodu děložních hran do fundu vznikají rohy děložní (cornua uteri). V tomto místě vstupuje do dělohy vejcovod.

Hrdlo děložní (cervix uteri) je v distální části dělohy. Jedná se o zúženou část dutiny. Ke konci těhotenství se ultrazvukově provádí cervikometrie, kdy je zjišťována funkční délka hrdla a zda u těhotné nedochází k předčasnému otevírání hrdla. Zevní děložní branka se otevírá na vrcholu děložního čípku. U nulipary má oválný tvar a u multipary tvar příčné štěrbin. Zúžené místo mezi corpus uteri a cervix uteri nazýváme isthmus uteri. Je dlouhé asi 1 cm a během těhotenství se stává součástí dolního děložního segmentu. (Čech, 2006; Čihák, 2002)

Během rychlého prostupu hlavičky v průběhu porodu může dojít k ruptuře na čípku. Nejčastěji u čísla 3 a 9. Trhlina má tvar štěrbin. Příčinou těchto ruptur bývá předčasné tlačení při nerozvinuté brance, rigidita hrdla způsobená zákroky na hrdle (konizace, cerclage, elektrokoagulace). Mezi další příčinu ruptur čípku děložního mohou patřit např. nadměrně silné kontrakce.

Děložní stěnu tvoří tři vrstvy: endometrium, myometrium a perimetrium. Po provedení císařského řezu je děložní stěna oslabená a vlivem další gravidity může dojít v tomto místě k ruptuře. Ke konci gravidity se provádí kontrolní ultrazvuk pro zjištění, zda není děložní stěna natolik tenká, aby následný spontánní porod nevydržela. (Janků, 2010; Čihák, 2002; Roztočil 2008)

Mezi další vnitřní pohlavní orgány patří pochva (vulva). Pochva slouží k odvádění krve při menstruaci, při porodu tvoří spolu s děložním hrdlem a vulvou měkké porodní cesty. Jedná se o tubicovitý orgán, který spojuje dělohu se zevními rodidly. V poševním vchodu se z tenké slizniční řasy tvoří hymen, tzv. panenská blána.

Stěny vaginy jsou poměrně silné. Vnitřní výstelku tvoří sliznice jemně růžová, při pohlavním styku a při menstruaci temně rudá. Je vystlána dlaždicovým epitelem, který kryje i děložní čípek, který do pochvy vyčnívá. Dále je vagina tvořena svalovou vrstvou a pokryta adventicií. V těhotenství z důvodu zvýšené tvorby estrogenů dochází k zahuštění poševního hlenu a hypertrofii svalstva. (Čihák, 2002; Roztočil, 2008)

Při porodu může docházet k trhlinám v pochvě. Pokud žena během těhotenství prodělala časté záněty, je sliznice měkká a zátěž v průběhu porodu většinou nevydrží. Již během začátku II. doby porodní se může objevit krvácení, které je fyziologické a má souvislost se zánikem děložní branky nebo se může jednat o krvácení právě v souvislosti s trhlinami v pochvě. Ale častěji se ruptury pochvy vyskytují v souvislosti s další rupturou, například jako pokračování ruptury děložního hrdla či ruptura hráze. Při nepoznané ruptuře hrozí riziko krvácení do parakolpia, které se dále šíří do parametria a následně může vznikat nebezpečný retroperitoneální absces. Více se o této situaci zmiňuji v kapitole 3.1.

## 1.2 Zevní pohlavní orgány

K zevním pohlavním orgánům řadíme hrmu (mons pubis). Hrma je trojúhelníkovitá vyvýšenina nad sponou stydkou částečně krytá pubickým ochlupením. Dalším orgánem jsou velké stydké pysky (labia majora pudendi) - okrouhlé kožní valy, které tvoří část zevních

rodidel. Spolu s poševní předsíní se spojují v příčnou kožní řasu (commisura labiorum posterior) a jsou tvořeny tukovou tkání. Z vnitřní strany pysků připomíná kůže spíše sliznici, je vlhká bledě růžová. Zevní rodidla se v těhotenství zvětšují následkem změn, které způsobují zvýšené ukládání tuků. Mediálně od labia majora pudendi leží malé stydké pysky (labia minora pudendi). Obklopují poševní předsíň a vytváří tvar obráceného V. Jsou překryty velkými stydkými pysky. Na přední straně přechází v glans clitoridis. Jejich podkladem je vazivová tkáň bohatě cévně zásobená, proto je lehce erektilní. Ve vyšším věku a po několika porodech vlivem oslabení tkáně velkých stydkých pysků může dojít k vystoupení malých stydkých pysků. (Čech, 2006; Čihák, 2002; Roztočil, 2008)

V důsledku porodu může dojít k natržení stydkých pysků nebo také tkáně v okolí uretry. (Příloha B Obr. B-1) V důsledku toho může žena trpět dysurií či dokonce močovou inkontinencí. Vlivem často prováděné mediolaterální epiziotomie, která se provádí od středu zadní komisury a pokračuje dále přes svaly perinea, dochází v některých případech i k poranění těchto oblastí. Poté je obtížné sešít správně tkáň k sobě a pokud epiziotomii zažívá nezkušený lékař, může docházet k posunu tkání. O dalších trhlinách zevních orgánů se blíže zmiňuji v kapitole 3.1.

### 1.3 Svaly hráze

Svaly hráze mají důležitou roli v urogenitálním ústrojí. Odpovídají za fixaci orgánů uložených v malé pánvi. Dělí se na dvě hlavní skupiny. Do té první patří svaly, které uzavírají pánevní dutinu – musculus (dále m.) levator ani a m. coccygeus. Druhou skupinu tvoří svaly přiložené k diafragma pelvis. Můžeme jí rozdělit na dva celky diaphragma urogenitale, tento celek utváří svaly okolo močové trubice. Druhý celek tvoří svaly, které jsou bezprostředně u zevních pohlavních orgánů a u ústí rekta (např. m. sphincter ani externus).

Důležitým svalem skupiny diaphragma urogenitale je m. transversus perinei profundus, který se rozkládá v pánevním východu od symfyzy až k okrajům tubera ischiadica. Zpevňuje toto místo a má důležitou funkci pro orgány dolní poloviny pánve.

Na poranění svalů pánevního dna má vliv nejen provedení epiziotomie, ale dále i délka porodu, velikost plodu a další faktory. Mechanismem deformace svalů se zabývá práce De Lanceyho z roku 2004. Kdy pomocí magnetické rezonance vytváří model, který analyzuje změny svalů pánevního dna v průběhu II. doby porodní. Došel k závěru, že nejvíce

bývá zatížen nejkaudálnější a nejmediálnější část komplexu m. levator. O problematice poraněných svalů během porodu se více zmiňují v kapitole 3.3. (Čihák, 2002; [www.levret.cz](http://www.levret.cz))

## 1.4 Tepny a žíly

Břišní aorta se u čtvrtého lumbálního obratle větví na dvě, z nich každá pokračuje jako arteria (dále a.) femoralis do dolních končetin. V pánvi z nich vycházejí pánevní tepny zásobující pánev a v ní uložené orgány. Z a. iliaca comunis se odděluje a. iliaca interna a ta dále pokračuje jako a. uterina. Děložní tepna se větví na další, které zásobují ostatní orgány a části pánve. Adnexa mají vlastní zásobení ze dvou arterií ovariálních (a. ovaricae). Pravá odstupuje přímo z aorty a levá z renální větve. Podél tepen vede síť žil a tím je utvořeno husté cévní zásobení.

Řada žen v těhotenství trpí zácpou a nejen to, ale i vyplavování progesteronu do krve může mít za následek tvorbu hemeroidů v těhotenství. Tyto hemeroidy jsou tvořeny na cévních pleteních plexu venosus rectalis. Při porodu může dojít v důsledku zvyšujícího se tlaku k narušení a krvácení. (Čihák, 2001; [www.hemeroidy-hemeroidy.cz](http://www.hemeroidy-hemeroidy.cz))

## 1.5 Inervace malé pánve

Malá pánev je inervována jak vegetativním, tak motorickým nervovým systémem. Jednotlivé nervy vycházejí z pletení lumbální i sakrální části páteře. Vegetativní nervstvo tvoří pleteně podél cév plexus uterovaginalis a sacralis. Ze senzitivních nervů je nejdůležitější nervus (dále n.) pudendus, n. ilioinguinalis a n. genitofemoralis. Znat inervaci malé pánve je důležité kvůli tišení bolesti nejen během porodu, ale i při ošetření porodního poranění. (Čihák, 2001; Doležal, 2007)

## **2 Prevence porodního poranění**

Každá těhotná žena by se měla zajímat o to, jak nejlépe předcházet různým komplikacím za porodu. Nejčastější komplikací během porodu je porodní poranění hráze nebo čípku. Existují různé varianty jak této situaci předejít nebo ji alespoň zmírnit.

Porodní asistentky v rámci svých kompetencí mají za úkol informovat těhotné o různých metodách prevence porodních poranění a připravit je na nastávající porod. Pro ženy jsou připravovány předporodní kurzy obvykle v návaznosti na porodní sál, kde se žena chystá rodit. Porodní asistentka nejen že má za úkol edukovat o preventivních opatřeních, ale také působit pozitivně na psychický stav těhotné a připravit ji na to, že porod není bezbolestný. Ve využívání různých metod prevence porodních poranění v průběhu porodu se porodnice liší.

### **2.1 Masáž perinea**

Masáž hráze se může provádět od 34. - 35. týdne gravidity, každý den 10 minut. Výzkumy prokazují, že se může dojít ke zkrácení druhé doby porodní a zmenšení poranění za porodu. Z Britské Cochranovy databáze vyplývá, že se incidence neporaněného perinea zvyšuje pravidelností prováděné masáže. Rodička udává menší bolestivost hráze tři měsíce po porodu. Tuto masáž provádí většinou ženy, které se sami zajímají o problematiku komplikací za porodu. (Kališ, 2007; [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov))

Cílem této masáže je zvýšení elasticity perinea. Provádí se pomocí lubrikačních prostředků nebo různých masážních olejů, formou automasáže či za pomoci partnera. Ženy neudávají v průběhu masáže žádnou bolest a není zde riziko pro matku ani pro plod. Vhodné je nejprve masáž provádět za přítomnosti zkušené, edukované osoby. (Kališ, 2007; Maryšková, 2010)

#### **2.1.1 Instrukce pro masáž perinea**

V rámci prenatální poradny porodní asistentky mohou edukovat ženy o správném provádění masáže perinea. Žena s masáží může začít šest týdnů před porodem. Důležitá je hygiena rukou před začátkem masáže. Žena se uloží do pohodlné relaxační polohy na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Palce obou rukou se natrou lubrikačním prostředkem.

Může se použít olej s vitamínem E nebo mandlový olej či jiný olej vhodný pro masáž hráze (např. ISIS od firmy Nobilis stilia). Palec žena zavede asi 3 – 4 cm do pochvy a pohybem ve tvaru U provádí pomocí palců pomalou masáž dolní poloviny pochvy. Důležitá je i koncentrace na uvolněné svalstvo. Vhodné je správné pomalé hluboké dýchání. Pokud by masáž prováděl partner, provádí ji za pomoci ukazováčků. Nesmí se zapomenout na dostatečnou komunikaci mezi partnery.

Další možností je provádění masáže za pomoci ukazováku a prostředníku, kdy tyto dva prsty, žena nebo její partner, zavede do pochvy po konec druhého článku a roztahuje je od sebe. Snaží se po tkáni klouzat a tlačit směrem dolů a dopředu. Masíruje se asi po dobu tří minut. Poté se provádí minutu masáž vně hráze. Ukazováček je zaveden v pochvě a palec vně a hráz se pomocí těchto dvou prstů mne. (Kališ, 2007; Maryšková, 2010)

## **2.2 Užití trenážeru EPI-NO<sup>®</sup> k posílení svalů pánevního dna**

Trenažér EPI-NO<sup>®</sup> se používá místo masáže perinea. Slouží k postupné dilataci tkání pochvy a perinea až do objemu hlavičky plodu. EPI-NO<sup>®</sup> obsahuje balónek, který se zavádí do pochvy a nafoukne se až do pevnosti jeho povrchu. Tímto přístrojem se může simulovat poslední fáze porodu. Díky koordinovanému zapojení břišního lisu a svalů pánevního dna se žena snaží vypudit balónek z pochvy.

Je diskutabilní zda masáž perinea či použití trenážeru snižuje výskyt epiziotomie, jelikož zhodnocení zda se nástřih provede či nikoliv, záleží mimo jiné především na osobě, která porod vede. Prokázáno je, že masáž perinea snížila výskyt ruptur III. stupně. (Kališ, 2007; Maryšková, 2010; [www.epi-no.cz](http://www.epi-no.cz))

## **2.3 Použití Dianatal gelu**

Dianatal gel působí čistě fyzikálně. Vytváří v pochvě přilnavý kluzký film, který snižuje třecí síly. Chrání svaly pánevního dna, pochvy a hráze. Napomáhá plodu, aby lépe prošel porodním kanálem. Díky jeho vlastnostem dle dosavadních výzkumů zkracuje druhou dobu porodní o 30%. Je diskutabilní, zda rychlý průchod hlavičky porodním kanálem je dobrý či nikoliv, jelikož nemusí dojít k dostatečné dilataci a následkem toho mohou vznikat trhliny, které by bez použití Dianatal gelu nenastaly. Balení obsahuje čtyři stříkačky dvakrát po 11 ml porodnického gelu. Aplikuje se do pochvy od prvního vaginálního vyšetření

v průběhu porodu. Nejpozději však při dilataci branky 4 cm. ([www.dianatal.eu/czech](http://www.dianatal.eu/czech); Maryšková, 2010)

## 2.4 Cviky na posílení pánevního dna

Cviky k posílení pánevního dna, též nazývané jako Kegelovy cviky, byly sestaveny v roce 1948 americkým gynekologem Arnoldem Kegelem. Při těchto cvicích dochází k posilování pochvy, močové trubice, konečníku a svalů pánevního dna. Tyto cviky jsou doporučovány již před porodem jako prevence močové inkontinence. Především jsou ale určeny pro ženy, které trpí močovou inkontinencí.

Někteří autoři uvádí, že cviky na posílení pánevního dna mohou mít pozitivní vliv i na sexuální život. Pokud provádí tyto cviky muž, dochází u něho k lepší erekci a oddálení ejakulace. U žen mimo jiné zlepšuje orgasmus a zvyšuje vzrušivost. ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org); [www.novinky.cz](http://www.novinky.cz))

Cvičení se může provádět při močení, kdy se žena pokouší zadržovat proud moči nebo mimo něj. Provádí se třikrát denně po dobu alespoň jednoho až třech měsíců. Jedná se o soubor deseti cviků. Při cvičení je třeba dbát na to, abychom posilovali správné partie a nenamáhali při něm břišní a hýžděové svaly. Cviky můžeme rozdělit do čtyř částí. Vizualizace, relaxace, izolace a vlastní posilování. Důležité je umět si představit, které partie posilujeme. Dále je důležité uvolnění a klidné prostředí ke cvičení. Někdy se doporučuje i relaxační hudba. Žena si lehne na záda s pokrčenými končetinami. Soustředí se na zatínání zvláště konečníku a pochvy. Stahy provádí v intervalu od 80 až po 300 stahů za den. Když žena zvládá posilování v leže, může přejít do stoje či sedu. (Maryšková, 2010; [www.novinky.cz](http://www.novinky.cz); Slezáková, 2011)



### 3 Porodní poranění

U každého porodu dochází k poranění měkkých částí porodních cest. Rozsah poranění ovlivňuje řada faktorů. Mezi příčiny se řadí např. časté infekce, vyšší věk matky, vysoká hráz, jizvy po předchozích porodech. Ze strany plodu to může být jeho velikost a deflekční poloha. Dalším faktorem zvyšujícím riziko výskytu porodních poranění je překotný porod, který může být způsoben např. rychlým podáním uterotonik nebo nedostatečně chráněná hráz.

Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České Republiky(dále ÚZIS) z listopadu 2011 vyplývá, že nejčastější komplikací spontánního porodu byla epiziotomie, která byla provedena u 36 % rodiček. Někteří porodníci však nepovažují nástřih hráze za komplikaci. K porodnímu poranění hráze nebo čípku došlo u 17 % rodiček. (Roztočil, 2008; www.uzis.cz)

#### 3.1 Trhliny

Během porodu může dojít k poranění pochvy, hráze, děložního hrdla a děložního těla. V textu uvádím nejdříve ruptury, které se mohou vyskytnout v graviditě až po ruptury za porodu. V graviditě je ruptura dělohy vzácná. Při nárazu (např. autohavárie) může dojít k porušení děložní stěny. Mezi další příčiny ruptury dělohy patří jizva po předchozím císařském řezu, pokud byl proveden korporální nebo cervikokorporální řez. Dnes se nejčastěji provádí řez v dolním děložním segmentu dle Pfannenstiela, který se dobře hojí a ke spontánním rupturám nedochází. Riziko ruptury dělohy se rovněž zvyšuje po operacích na děloze, jako jsou např. enukleace myomů a metroplastiky. Pokud v jizvě proběhl zánět, je stěna oslabená a i zde se riziko v graviditě zvyšuje. (Čech, 2006; Doležal a kol. 2007)

Téměř u každého porodu dochází k trhlinám (ruptury) hrdla. Drobná poranění do 1 cm, pokud nekrvácejí, se nemusí ošetřovat. Občas dochází k závažnějším rupturám jdoucím po celé délce hrdla až do poševní klenby. Krvácení je hlavním příznakem, pokud trhlina postihne větev uterinní artérie. Tyto ruptury se z vaginálního přístupu obtížně ošetřují. (Čech, 2006; Doležal a kol. 2007)

Samostatné trhliny pochvy jsou výjimkou. Častěji jsou spojeny s rupturami hráze. Pokud ovšem k izolovaným trhlinám dojde a jsou nedostatečně ošetřeny, může dojít

ke krvácení do parakolpia, zde se krev hromadí a hrozí riziko vzniku retroperitoneálního hematomu. Tento hematoma se projeví bolestí v podbřišku a konečníku. Může mít za následek pokles krevního tlaku, kdy rodička je bledá a může dojít k rozvoji hemoragického šoku. Porodní asistentka má za úkol sledovat známky krvácení a podchytit tuto situaci co nejdříve. Tato komplikace vyžaduje operativní zákrok v celkové anestezii. Důležité je najít krvácející cévu a zastavit krvácení. Pokud to nelze provést vaginální cestou je nutné provést abdominální revizi poranění.

Trhliny na vulvě jsou většinou drobné a nevyžadují ošetření. Pouze trhliny zasahující do oblasti crura clitoridis vyžadují ošetření, jelikož velice často značně krvácejí.

Nejčastějším poraněním za porodu jsou ruptury hráze. Často postihují všechny vrstvy hráze a zároveň část pochvy. Příčinou ruptur hráze mohou být nedostatečné chránění hráze porodníkem nebo porodní asistentkou, tkáň postižená častými mykózami, předčasná deflexe hlavičky nebo její rychlý postup. (Čech, 2006; Doležal a kol. 2007)

Podle postižení dané vrstvy dělíme ruptury hráze na tři stupně. Podle anglické literatury se uvádí i čtyři stupně. Pokud je postižena kůže, podkoží a část poševní stěny jedná se o první stupeň. (Příloha B, Obr. B-2) Druhý stupeň hodnotíme tehdy, kdy je poraněna kůže, podkoží a svaly hráze. (Příloha B, Obr. B-3) U ruptury třetího stupně je poranění stejné jako u druhého, ale navíc je postižen i m. sphincter ani. Dále se tyto trhliny rozdělují na kompletní, pokud je u nich roztržena i stěna konečníku a inkompletní pokud není stěna střeva porušena. Poraněním hráze čtvrtého stupně se rozumí, pokud je porušena celá stěna análního svěrače jako komplexu. (Příloha B, Obr. B-4 a B-5) (Čech, 2006; [www.southernhealth.org](http://www.southernhealth.org))

K rupturám 3. stupně nejčastěji dochází u primipar, u plodů s větší porodní hmotností a při protražované II. době porodní. V některých případech se mohou vyskytnout po klešťovém porodu, po porodu vakuumentraktorem apod. Další příčinou může být nespolupracující rodička. Po porodu je důležité zkontrolovat řitní svěrač. (Doležal a kol., 2007)

Jelikož bývají okraje těchto poranění nepravidelné, velice špatně se ošetřují. Je důležité provést řádné šití svěrače, popřípadě i střeva. V této situaci se doporučuje chirurgické konzílium. Při nedostatečném ošetření hrozí u ženy riziko inkontinence stolice. Někdy mohou vznikat kryté ruptury, kdy povrchová vrstva není porušena a rupturu pod ní nemusíme objevit. Ta se projeví až později, kdy může dojít k děložnímu sestupu,

insuficienci hráze a pánevního dna. Rizikem insuficience pánevního dna je inkontinence moči. Aby se těmto krytým rupturám předešlo, provádí se v odůvodněných případech epiziotomie. (Čech, 2006; Kobilková a kol. 2005)

Na hrázi mohou vznikat netypické trhliny. Kobilková je ve své literatuře rozděluje na rupturu kapsovitou, centrální a jazykovitou. Pokud by se hlavička plodu rodila otvorem v hrázi mezi zadní komisurou a análním otvorem jedná se o rupturu centrální. Poslední typ je jazykovitá ruptura. Dojde k ní, pokud se utrhne pochva od hráze na obou stranách. (Kobilková a kol. 2005)

### **3.2 Usurace**

Při postupu naléhající části (hlavičky) pánví dochází k utlačování okolních tkání a tím může dlouhotrvající tlak vyvolat ischemii a později nekrózu. Tato situace nastává spíše u porodů doma nebo mimo zdravotnický ústav u rodiček, které si zvolily alternativní porod. Další případ vzniká při hlubokém příčném stavu, kdy není dokončena vnitřní rotace hlavičky a tím je nadměrně utlačována poševní stěna, uretra a močový měchýř. I zde hrozí vznik nekrózy, rozpad tkáně a vytváření píštělí. Ty se mohou projevit 4.–5. den po porodu odtékáním moči pochvou. Ovšem v dnešní době je vznik píštělí velice vzácný díky medikamentóznímu vedení porodu. (Doležal a kol. 2007; Roztočil, 2008)

### **3.3 Epiziotomie**

Nástřih hráze je nejčastějším porodnickým výkonem na konci II. doby porodní. Slouží k urychlení porodu a prevenci větších porodních poranění. Nejčastěji se provádí u primipar při prořezávání hlavičky. Mezi indikace k provedení nástřihu patří rigidita a zjizvení hráze, velký plod, malý a nezralý plod, porod plodu koncem pánevním, deflexní poloha hlavičky, před vaginálními porodnickými operacemi. (Čech, 2006; Doležal a kol. 2007)

Každý má na provádění epiziotomií individuální názor. Porodní asistentky, které jsou zastánkyněmi přirozených porodů, jsou proti provádění epiziotomií. Faktem zůstává, že rutinní provádění epiziotomie není vhodné.

Rozlišuje se několik typů epiziotomie. Dělí se podle toho, kterým směrem se provádí na mediální, mediolaterální, laterální, Schuchardtův řez. (Příloha A, Obr. A-1)

Nejčastěji používaný je nástřih šikmo do strany - mediolaterální epiziotomie. (Příloha A, Obr. A-2) Provádí se směrem od introitu pod úhlem 45° - 60° k hrbolu sedací kosti. Protíná m. superficialis a profundus a m. bulbocavernosus. Riziko poranění svěrače je poměrně malé, avšak více krvácí a hůře se hojí než např. mediální epiziotomie. (Čech, 2006; Doležal a kol. 2007; [www.southernhealth.org](http://www.southernhealth.org))

Někteří lékaři ještě používají epiziotomii mediální, která začíná uprostřed hráze a končí u řitního svěrače. Protíná m. transversus perinei superficialis a profundus. U tohoto typu nástřihu hrozí větší riziko ruptury III. stupně. Při této ruptuře hrozí u rodičky vznik trvalých následků. Mezi ně patří inkontinence střevních plynů, stolice, tvorba píštělí. Avšak při správném provedení se rána dobře ošetřuje i hojí, jelikož není takového rozsahu jako mediolaterální epiziotomie.

Laterální epiziotomie je nejbezpečnějším nástřihem jako prevence závažných ruptur. Provádí se asi 2 cm nad introitem pod úhlem 45° směrem k hrbolům kostí sedacích, stejně jako u mediolaterální epiziotomie. Nástřih zasahuje m. bulbocavernosus, transversus perinei superficialis a profundus, při větším rozsahu může zasáhnout i m. levator ani. Schuchardtův řez vychází z laterální epiziotomie a využívá se výjimečně, kdy se provádí šikmý řez skalpelem asi 6 - 7 cm dlouhý ke kubické a ilické části m. levator ani. (Doležal a kol. 2007)

### 3.3.1 Chránění hráze

Abychom zabránili některým poraněním perinea, bráníme v průběhu II. doby porodní při porodu hlavičky rychlému prostupu hlavičky plodu. Dále pomocí prstů pravé ruky pevně fixujeme a chráníme hráz. V některých porodnicích nechávají těhotné rodit v různých polohách, kdy se hráz chránit nedá. Tehdy porodní asistentka edukuje rodičku, jak si má chránit hráz sama.

Musíme ale dbát na to, abychom vždy viděli introitus. Řídíme se podle prořezávající hlavičky. Není dobré přehrnovat přední komisuru, pokud se napíná. Mohli bychom způsobit rupturu v oblasti klitoris. Masírováním hráze bychom rodičce způsobili zhmoždění tkáně, v horším případě zanesení infekce. Napětí hráze se zmenší, jakmile projde ze dna pánevního biparietální průměr a objeví se nadočnicové oblouky plodu. (Doležal a kol, 2007; WHO, 1999)

### 3.3.2 Aplikace anestezie

Znecitlivění v oblasti porodního poranění většinou provádí lékař. Porodní asistentka mu při výkonu asistuje a chystá pomůcky, potřebné pro aplikaci lokálního anestetika. Pod jeho vedením může anestetikum sama porodní asistentka aplikovat. Velikou výhodou je epidurální analgezie. Jednou z možností znecitlivění je aplikace 1 % Mesocainu přímo do podkoží. Kůže se poté znecitlivuje za pomoci postříkového anestetika (např. 10% Xylocain). Další možností je pudendální anestezie, která se moc nevyužívá. (Příloha B, Obr. B-1) .(Doležal a kol., 2007; vyhláška č. 55/2011 Sb.)

### 3.3.3 Ošetření epiziotomie porodní asistentkou

K ošetření ruptury 1. a 2. stupně je kompetentní jak lékař, tak i porodní asistentka. Jak už jsem zmínila výše v kapitole 3.3, epiziotomie je běžným chirurgickým výkonem nejčastěji prováděným u primipar a dále u rodiček, kde je zvýšené riziko ruptury tkáně. Epiziotomii můžeme přirovnat k tvaru obráceného V a může docházet k jejímu rozšíření kraniálně. (Doležal a kol., 2007; [www.southernhealth.org](http://www.southernhealth.org))

Ošetření epiziotomie, stejně jako ostatních porodních poranění, začínáme po porodu plodu i placenty. Nejdříve sušíme tamponem drobná krvácení. Při kontrole postupujeme systematicky od míst s největším krvácením k menším, od shora dolů a od nejhůře přístupných míst k lépe přístupným. Proveďte se revize porodních poranění v zrcadlech. Porodní asistentka asistuje lékaři a přidržuje zrcadla. Ošetření provádíme u trhlín, které jsou delší než 5 mm a pokud krvácí. U žen, které předčasně tlačily, se nejčastěji vyskytují trhliny u čísla 3 a 9. Pokud se vyskytuje trhlina v poševní klenbě, používáme Bozemanův jehelec, jelikož nám umožní šítí v hůře dostupné oblasti. Toto šítí provádí spíše lékař. Používají se křížové stehy, které se využívají jako fixační či zpřístupňující.

V současné době používáme obvykle atraumatické šítí, kdy máme již jehlu připravenou v originálním balení s návlekm. Dříve se používalo klasické šítí – chirurgická jehla a šicí materiál. První steh zakládáme asi 2 cm nad místem protětí. Může se použít podkožní pokračovací steh nebo pokračovací překládaný steh. Na konci se nesmí zapomenout provést tři chirurgické uzly střídavě na pravou a levou stranu. Na konci šítí se provádí kontrola průchodnosti řitního svěrače. Někteří autoři doporučují kontrolu ještě před začátkem šítí. (Doležal a kol., 2007)

### 3.3.4 Ošetřovatelská péče ve IV. době porodní

Po ošetření porodních poranění se rána zlehka omyje a šestinedělka se uloží na lůžko s nataženými dolními končetinami. Kromě ošetření poranění má porodní asistentka za úkol zkontrolovat fyziologické funkce a celkový stav rodičky. Má za úkol poučit rodičku o známkách krvácení a povinnosti je hlásit. Jednou ze známek krvácení je pokles krevního tlaku a zrychlený puls, šestinedělka na sobě může pociťovat slabost, nevolnost. Pokud by žena cítila tlak na konečník, mohlo by se jednat o retrovaginální krvácení.

Porodní asistentka edukuje rodičku o možnostech péče o porodní poranění. Již na oddělení šestinedělí jí doporučí časté oplachování čistou vodou po každém použití toalety. Jelikož ženě odcházejí očistky, které jsou velice infekční, nedoporučují se sedací koupele a koupání ve vaně, spíše jen sprchování. Časté větrání a výměna vložek rovněž pomáhá k lepšímu zhojení porodních poranění. Dále jí může nabídnout led k přiložení na ránu. Díky správnému držení těla a vyhýbání se dlouhému stání se rodičce uleví od bolesti. Při sezení může používat plavecký kruh nebo smotaný ručník, aby nedosedala přímo na ošetřené poranění. (www.southernhealth.org; Stadelman; 2004; WHO, 1999)

Ženy, které vyhledávají alternativní způsoby péče o poranění, mohou použít k péči o porodní poranění vlastní mateřské mléko. Mléko se odšťíká na kus látky, která se na ránu přikládá. Díky vlastním ochranným látkám pomáhá urychlovat hojení. Pokud do rány vnikne infekce, ženy mohou použít léčivé masti z měsíčku, kostivalu či Traumeel mast. Obklad se na ránu přikládá dvakrát denně po řádné hygieně a osušení. Kostivalová mast je vhodná užit u hlubokých otevřených ran, jelikož podporuje obnovu buněk. Měsíčková esence najde využití při léčbě sekundární. (Stadelman, 2004)

## **4 Instrumentárium a další pomůcky k ošetření porodního poranění**

Porodní asistentka musí znát veškeré instrumentarium potřebné ke všem porodnickým zásahům. Měla by znát i jejich názvy a správné použití. Dále má za úkol chystat sterilně prostřený stůl s instrumentáriem. Do pomůcek ošetření porodních poranění patří: Simonova zrcadla (nebo porodnická zrcadla), jehelec Mathieu - autofix (nebo Bozemanův jehelec), nůžky, chirurgická pinzeta, podávky, traumatické či klasické šití, tampony, dezinfekce. Porodní asistentka také připravuje pomůcky k aplikaci lokální anestezie a asistuje u ní. Odloupne ampule s 1% Mesocainem či jiné anestetikum dle zvyklosti pracoviště a nachystá jehlu a injekční stříkačku.

### **4.1 Druhy šicích materiálů a chirurgických jehel**

Šicích materiálů je v dnešní době široká škála. Dělí se dle struktury, původu a degradace. Dle struktury můžeme vlákna rozdělit na polyfilní, monofilní, pseudomonofilní, pletené pásy. Vlákna dle původu rozdělujeme dle materiálu, z kterého jsou vyrobeny na syntetická, přírodní a kovová. Dělení dle degradace znamená podle jejich způsobu absorpce. Máme vlákna vstřebatelná, nevstřebatelná, pseudovstřebatelná. K šití porodního poranění se v evropských zdravotnických zařízeních nejčastěji používá střednědobý syntetický materiál. Mezi zástupce patří např. Safil, Novosyn, Vicryl, Chirlac. Na materiál také klademe určité nároky. Měl by co nejméně traumatizovat tkáň, vlákno nesmí klouzat, musí umožňovat dobré zakládání stehů a uzlení. Dále by neměl příliš nasávat tekutinu a měl by být dostatečně pevný. ([www.braunoviny.bbraun.cz](http://www.braunoviny.bbraun.cz); [www.zdn.cz/clanek/sestra](http://www.zdn.cz/clanek/sestra))

Typy chirurgických jehel dělíme dle zakřivení od rovných až po zahnuté do 5/8 kruhu. Dále dle průsvitu se dělí na řezací a kulaté. Řezací se využívají pro šití tuhé tkáně, naopak ty kulaté pro sešívání jemných tkání. Důležité je také správné uchycení jehly v jehelci. Udává se uchycení ve 2/3 jehly, tehdy chirurgická jehla nevyklouzne a dobře se s ní šije. ([www.braunoviny.bbraun.cz](http://www.braunoviny.bbraun.cz))

## 4.2 Typy chirurgických stehů a uzlů

Rozlišujeme stehy podle toho, kterou tkáň sešíváme na kožní, podkožní a intradermální. Kůže se může sešívát jednotlivými kožními stehy nebo pokračujícím kožním stehem. Nevýhodou pokračovacího kožního stehu je nebezpečí dehiscence rány při přerušení stehu. Naopak jeho výhodou je rychlé šití. Podkoží lze šít též jednotlivými stehy, ale může se použít steh pokračující nebo pokračující podvlékaný. Intradermální je nevstřebatelný steh a užívá se v případech, kdy je třeba estetický výsledek, tam kde dochází k minimálnímu pnutí tkání. Používají se jednotlivé i pokračující intradermální stehy. Avšak při ošetření porodního poranění se nejčastěji užívá pokračující podkožní steh, kterým se šije pochva. Dále se používá jednotlivých stehů, kdy je potřeba šít jednotlivé trhliny.

Pokud se rána šije, musí se i správně začít a ukončit. K tomuto používáme uzly. Vždy se provádí tři střídavě na pravou a levou stranu, aby byl výsledný uzel dostatečně pevný. Uzly se provádí přes prsty či pomocí peanu nebo jehelce. Rozlišujeme ambulanční, chirurgický uzel nebo uzel pomocí nástroje. Jak už jsem se zmínila, dělá se uzel přes prsty. Nejčastěji je to uzel chirurgický. Od ambulančního se ustupuje, jelikož se z něj může stát tzv. babský uzel a ten není tak pevný. ([www.braunoviny.bbraun.cz](http://www.braunoviny.bbraun.cz); <http://www.pelviperineology.org>)



## Praktická část

### 5 Metodika

Fotodokumentace vznikala během studijní praxe v lednu a v únoru roku 2012 na porodním sále ve spolupráci lékařského a ošetřujícího personálu. Reálné fotografie jsem pořizovala vždy se souhlasem rodičky. Než začala vznikat samotná fotodokumentace, bylo potřeba nastudovat správné postupy při ošetřování porodního poranění. Nejvíce jsem čerpala z internetových stránek braunovin a z chirurgické propedeutiky. Poté jsem si vypracovala postup, kterého jsem se držela při pořizování fotografií.

V příručce jde o porovnání fotografií zachycujících ošetření skutečného rozsahu poškození a porovnání poranění na modelu. Vzájemné posouzení reálných fotografií s modelovými situacemi však dobře pomáhá pro pochopení správné techniky stehů v jednotlivých případech. Modelové fotografie byly pořízeny ve spolupráci s fakultou, která mi zapůjčila vše potřebné k nafocení ošetření porodního poranění.

Příručka je rozdělena do pěti kapitol, které se postupně zabývají vším potřebným k ošetření porodního poranění. Nejprve jsou rozebrány pomůcky potřebné k ošetření porodního poranění a správné držení nástrojů. Další kapitoly se věnují popisu poškozených tkání v rámci porodního poranění, správnému provedení epiziotomie. V jedné z kapitol jsou popsány techniky užívaných stehů a další náležitosti patřící k ošetření porodního poranění. V poslední kapitole je popsána ošetrovatelská péče porodní asistentkou. Fotodokumentaci v jednotlivých kapitolách doplňují popisy, které vznikly na podkladě vlastního pozorování a konzultace s lékaři při ošetření porodních poranění. A také je čerpáno z dostupné literatury, jak jsem se zmínila výše.

Ucelenou příručku jsem rozdala mezi svých šest kolegyň a tři porodní asistentky v praxi, abych získala zpětnou vazbu. Některé z jejich připomínek jsem již v příručce změnila. Všechny se shodly na tom, že příručka by mohla sloužit jako doplňkový materiál k výuce pro studentky porodní asistence.

**Příručka k ošetření  
porodního poranění pro  
studentky porodní asistence**

Markéta Stránská

2012

## Obsah

1 Úvod .....	27
2 Instrumentárium a další pomůcky k ošetření porodního poranění .....	28
2.1 Správné držení nástrojů .....	29
2.1.1 Pinzeta .....	29
2.1.2 Jehelec .....	30
2.2 Šicí materiál .....	31
2.3 Chirurgické jehly .....	32
2.3.1 Postup při použití klasického návleku .....	33
2.4 Oblékání sterilních rukavic .....	34
3 Porodní poranění .....	35
4 Epiziotomie .....	37
4.1 Mediolaterální epiziotomie .....	38
5 Ošetření porodního poranění .....	39
5.1 Druhy stehů .....	40
5.1.1 Jednotlivý kožní steh .....	40
5.1.2 Podkožní steh pokračující .....	42
5.1.3 Pokračující podkožní steh podvlékaný .....	42
5.1.4 Donatino steh .....	45
5.2 Techniky uzlení .....	46
6 Péče porodní asistentky po ošetření porodního poranění .....	49
7 Závěr .....	50
Použité zdroje .....	51

# 1 Úvod

Do kompetencí porodních asistentek dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 55/2011 Sb. mimo jiné patří i ošetření porodního poranění. Je proto nutné, aby si studentky již v průběhu studia osvojily základní postupy ošetření porodního poranění a péče o něj.

V příručce je popsáno, které nástroje a pomůcky jsou potřebné k ošetření poranění. Je zde rovněž pojednáno o způsobech prevence a péče o poranění, což by mělo být jedním ze základních cílů porodní asistence v oblasti edukace žen v prenatální péči.

Příručka je určena pro studentky porodní asistence, aby se lépe v této problematice vzdělaly a správně ji chápaly. Popis ošetření porodního poranění je doprovázen fotodokumentací jednotlivých pomůcek a postupů prováděných na výukových modelech a pro srovnání jsou přidány i reálné fotografie ošetření porodního poranění, které byly pořízeny ve zdravotnickém zařízení se souhlasem rodiček i zařízení.

Autorky doufají, že tento studijní materiál bude přínosnou pomůckou v systematické přípravě studentek porodní asistence na budoucí povolání.

Markéta Stránská  
Světlana Beránková  
Markéta Moravcová

## 2 Instrumentárium a další pomůcky k ošetření porodního poranění

Na obrázku 1 jsou potřebné pomůcky k šití epiziotomie. Zleva: Simonova gynekologická zrcadla (nebo se mohou použít porodnická zrcadla), chirurgická pinzeta, injekční stříkačka, jehla, atraumatické šití, jehelec autofix, rovné hrotnaté nůžky, tampony, sterilní rukavice. V některých zdravotnických zařízeních používají kromě obvyčejných tampónů, ještě tampón, ke kterému je připevněna tkanice (označován jako „kocour“) a zavádí se při šití do pochvy. Zavádí se, aby došlo ke kompresi u drobně krvácejících cév a díky vloženému tampónu se lépe ošetřuje porodní poranění. (Obr. 2) Dále do pomůcek patří anestetikum. (Obr. 28 a 29)



Obr. 1 Pomůcky k ošetření porodního poranění  
(archiv autorek)



Obr. 2 "kocour" (archiv autorek)

K šití poranění můžeme využít různých typů jehelců. Nejčastěji je to jehelec Mathieu - autofix, Bozemanův jehelec nebo pokud není žádný k dispozici, může se použít i pean nebo pinzeta. (Obr. 3)



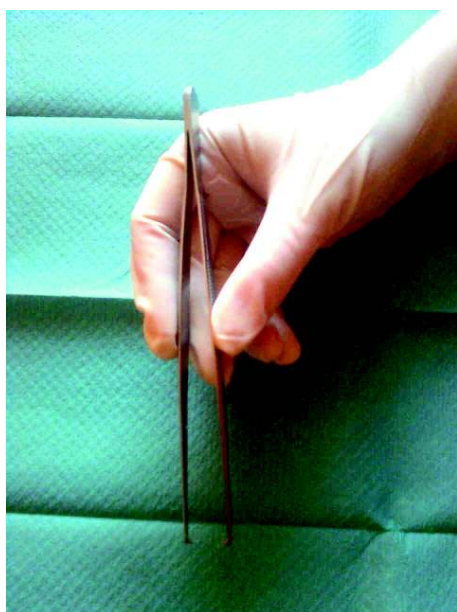
Obr. 3 Pean, jehlelec Mathieu - autofix, Bozemanův jehlelec (archiv autorek)

## 2.1 Správné držení nástrojů

Abychom mohli začít s šitím, je třeba znát správné držení nástrojů. V následujících podkapitolách je vysvětleno správné držení pinzety a jehelců.

### 2.1.1 Pinzeta

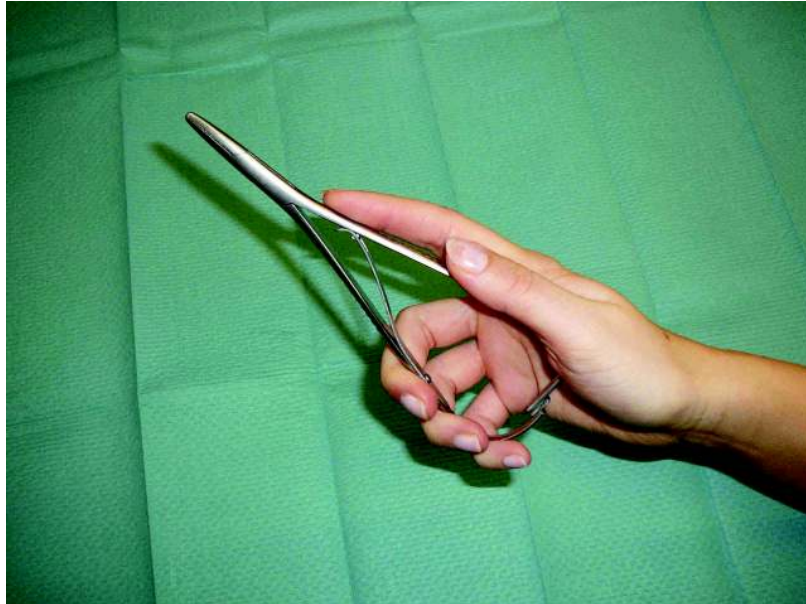
Pinzetu rozeznáváme anatomickou a chirurgickou. Pro šití je vhodnější chirurgická, která má dva zobáčky proti sobě. Drží se volně mezi palcem a prsty ruky. Tkáň s ní přidržujeme vždy jemně a opatrně.



Obr. 4 Správné držení pinzety (archiv autorek)

### **2.1.2 Jehelec**

Rozeznáváme různé druhy jehelců. Jak je již uvedeno výše, k šití porodních poranění nejčastěji používáme autofix. Autofix uchopíme do dlaně tak, abychom ukazovákem přidržovali zámek. (Obr. 5) Bozemanův jehelec se drží tak, že palec a prsteník se vloží do rukojeti jehelce a prostředníkem směřujeme k zámku. (Obr. 6)



**Obr. 5 Správné držení autofixu (archiv autorské)**



**Obr. 6 Správné držení Bozemanova jehelce (archiv autorské)**

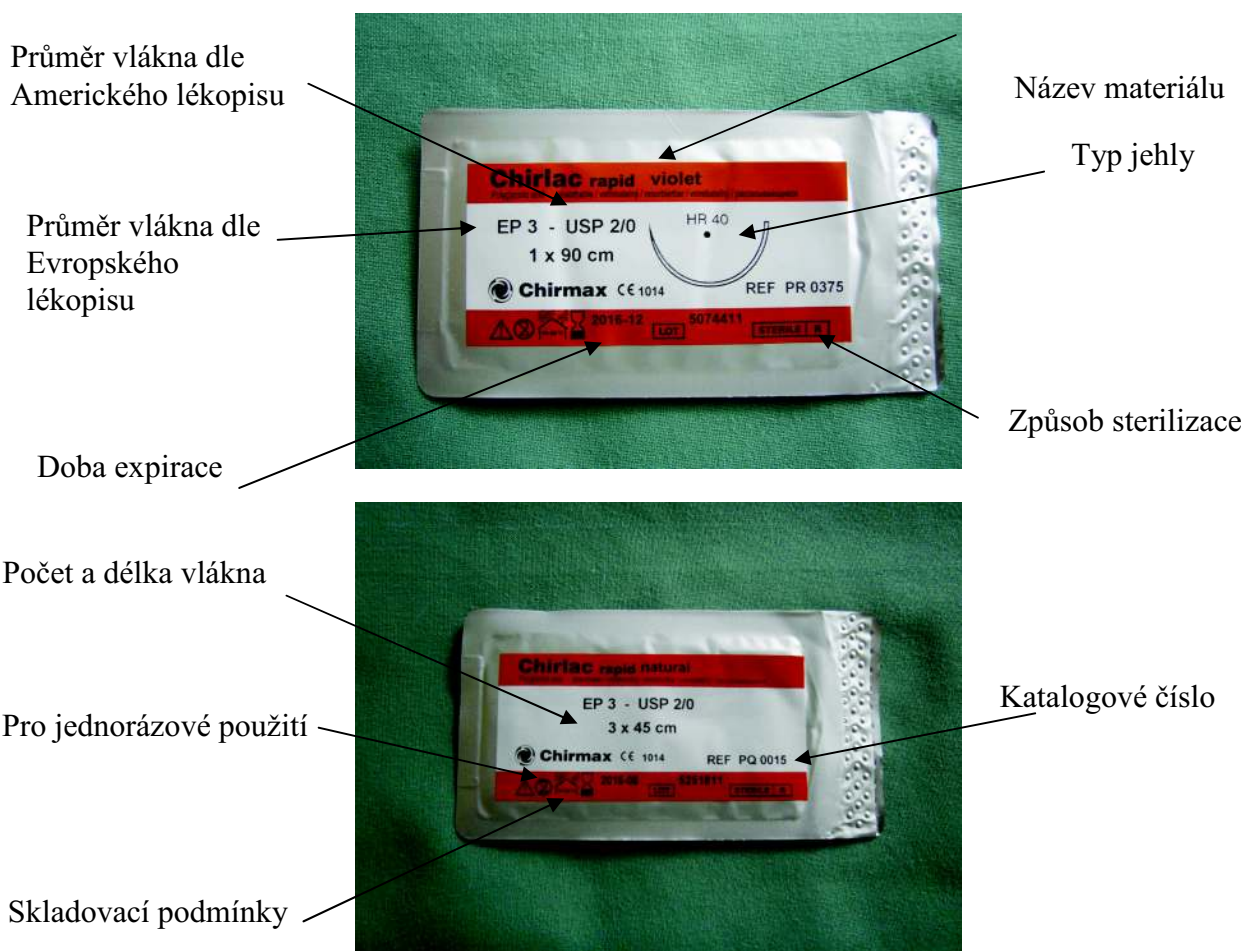
## 2.2 Šicí materiál

K šití epiziotomie se nejčastěji používá střednědobý syntetický šicí materiál. Materiál střednědobý se kompletně vstřebává za 2 - 3 měsíce. Nejčastěji užívané produkty jsou Safil, Chirlac a Vicryl. (Obr. 7) Důležité je vědět, co je uvedeno na etiketě originálního balení. (Obr.8)

Na šicí materiál klademe určité nároky. Vlákno nesmí klouzat a zadržávat. Kvůli šíření infekce by materiál vlákna neměl příliš nasávat tekutiny. Musí mít dostatečnou pevnost a co nejméně traumatizovat tkáň. (www.braunoviny.bbraun.cz, www.zdn.cz/clanek/sestra)



Obr. 7 Šicí materiál - Safil (www.apscan.com)

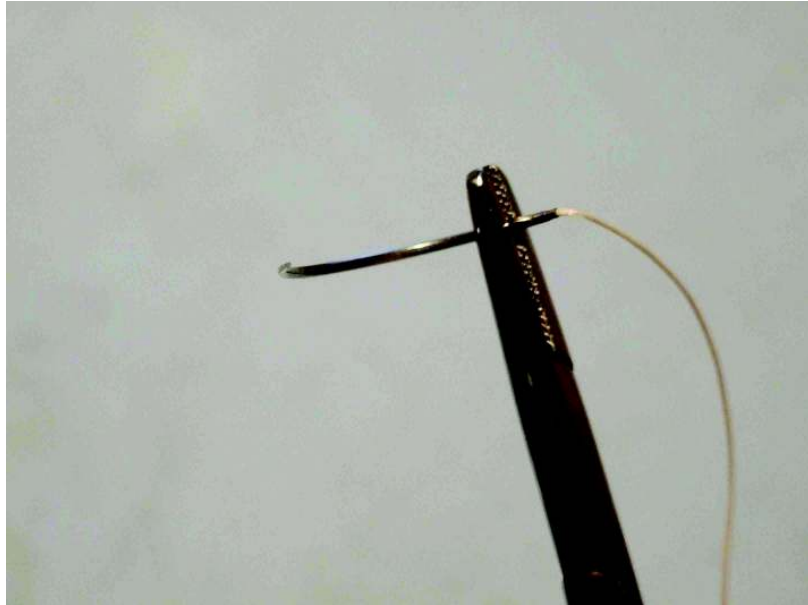


Obr. 8 Údaje o šicím materiálu na obalu (archiv autorky)



## 2.3 Chirurgické jehly

Rozeznáváme jehly kulaté a řezací. Kulaté jehly používáme na šití jemných tkání a řezací jehly na tužší tkáň. Důležité je i správné držení jehly v jehelci. (Obr. 9) Pokud nemáme atraumatické šití, používáme jehlu s ouškem a s klasickým návlekiem. (Obr. 10)



Obr. 9 Správné držení jehly v jehelci (archiv autorky)



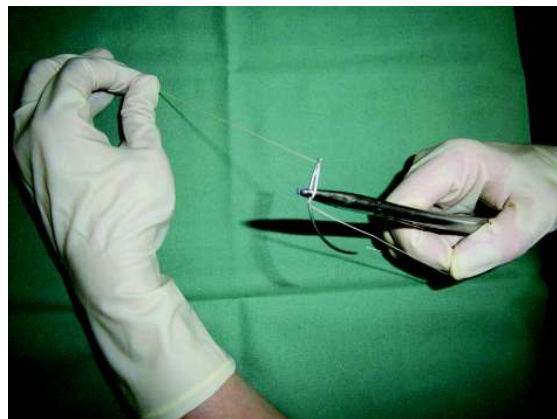
Obr. 10 Rozdíl mezi jehlami atraumatickou a klasickou (archiv autorky)

### **2.3.1 Postup při použití klasického návleku**

- Nejprve správně do jehelce uchopíme jehlu. (Obr. 9)
- Vytáhneme z balení jednotlivý steh (vlákno), který si přidržíme podél jehelce. (Obr. 11)
- Poté obtočíme vlákno ze zadní strany kolem jehly a protlačíme pružným uchem chirurgické jehly. (Obr. 12 a 13)



**Obr. 11 Klasický návlek – první krok  
(archiv autorek)**



**Obr. 12 Vložení vlákna do pružného  
ouška (archiv autorek)**

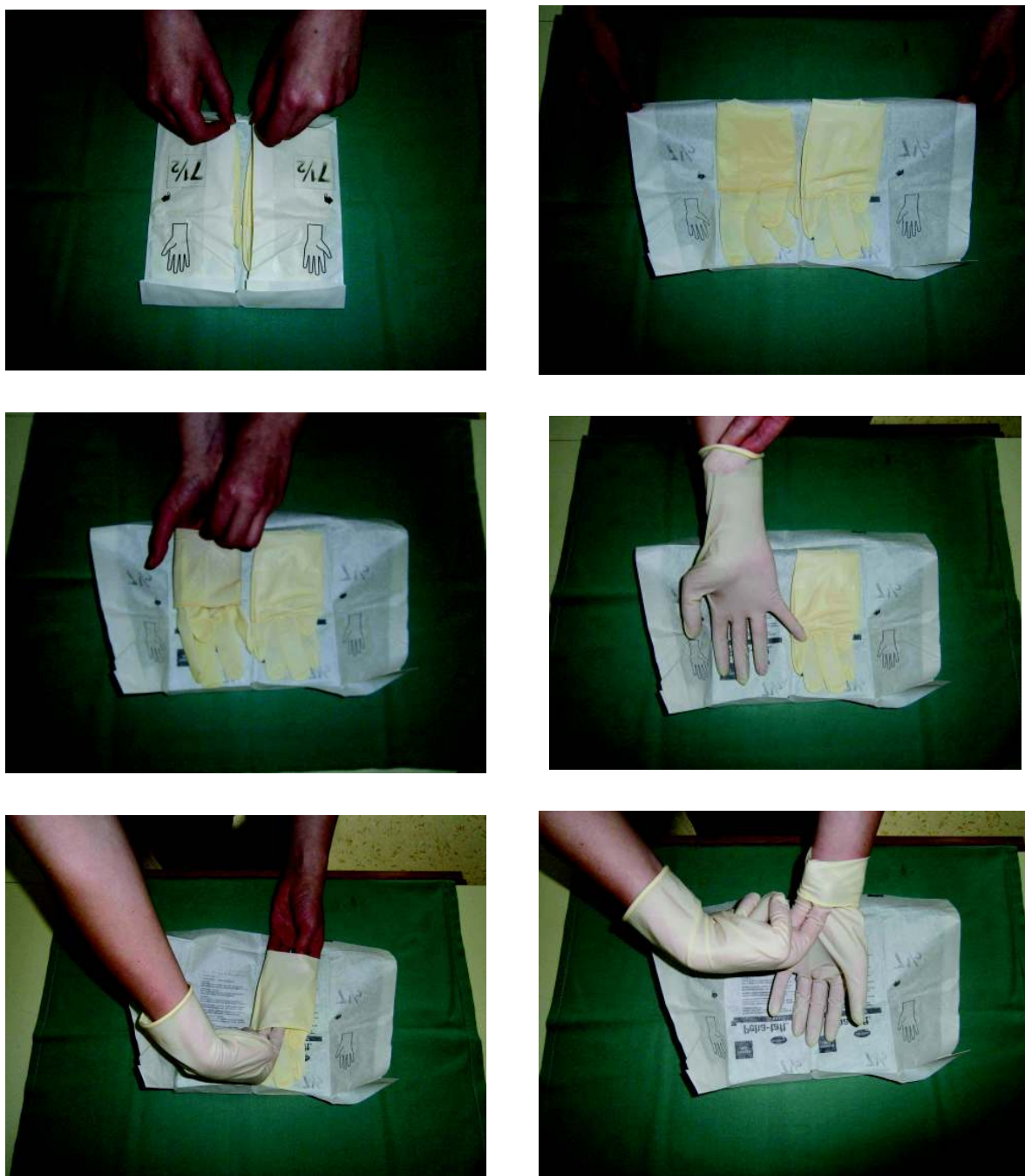


**Obr. 13 Klasický návlek (archiv autorek)**

## 2.4 Oblékání sterilních rukavic

Zachování sterility v průběhu ošetření porodních poranění je samozřejmostí. Správný postup při přípravě zdravotníka na ošetření porodního poranění, včetně správného oblečení sterilních rukavic, kterému předchází chirurgická dezinfekce rukou je nutností.

Postup správného navlékání rukavic je uveden na obrázku 14. Poté, co se obléknou sterilní rukavice, je třeba dbát na to, abychom se nikde nedotkli a neporušili sterilitu.



Obr. 14 Oblékání sterilních rukavic (archiv autorek)

### 3 Porodní poranění

Mezi porodní poranění řadíme trhliny pochvy, hráze a děložního hrdla. Ruptury hráze dělíme do 3 stupňů, podle anglické literatury do 4 stupňů na:

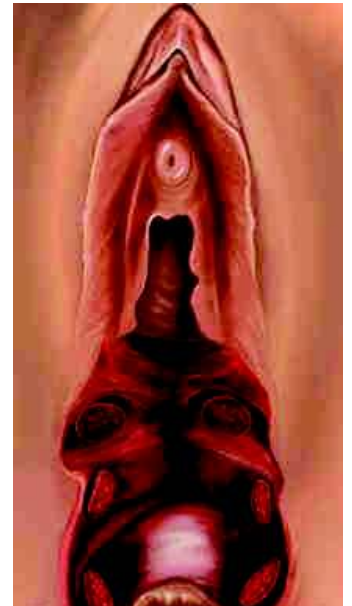
- 1. stupeň - postižena je kůže, podkoží a část poševní stěny (Obr. 15)
- 2. stupeň - ruptura postihuje kůži, podkoží a svaly hráze (Obr. 16)
- 3. stupeň - rozsah ruptury je stejný jako u druhého stupně a dále ruptura pokračuje do musculus (dále m.) sfinkter ani (Obr. 17)
  - inkompletní - střevní stěna není porušena
  - kompletní - porušena i stěna konečníku
- 4. stupeň – je porušena celá stěna análního svěrače a jeho komplexu (Obr. 18) (Čech, 2006, [www.southernhealth.org](http://www.southernhealth.org))



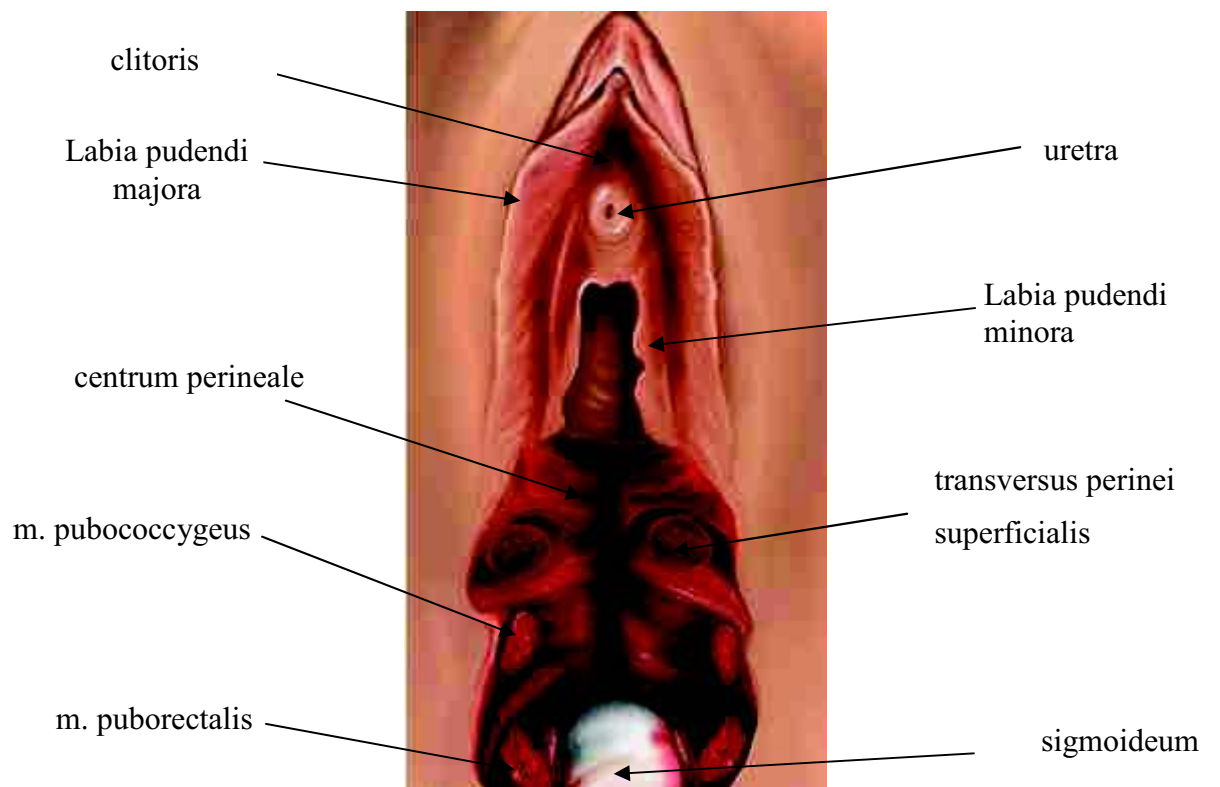
Obr. 15 Ruptura 1. stupně  
([www.gynezone.net](http://www.gynezone.net))



Obr. 16 Ruptura 2. stupně  
([www.gynezone.net](http://www.gynezone.net))



Obr. 17 Ruptura 3. stupně  
([www.gynezone.net](http://www.gynezone.net))



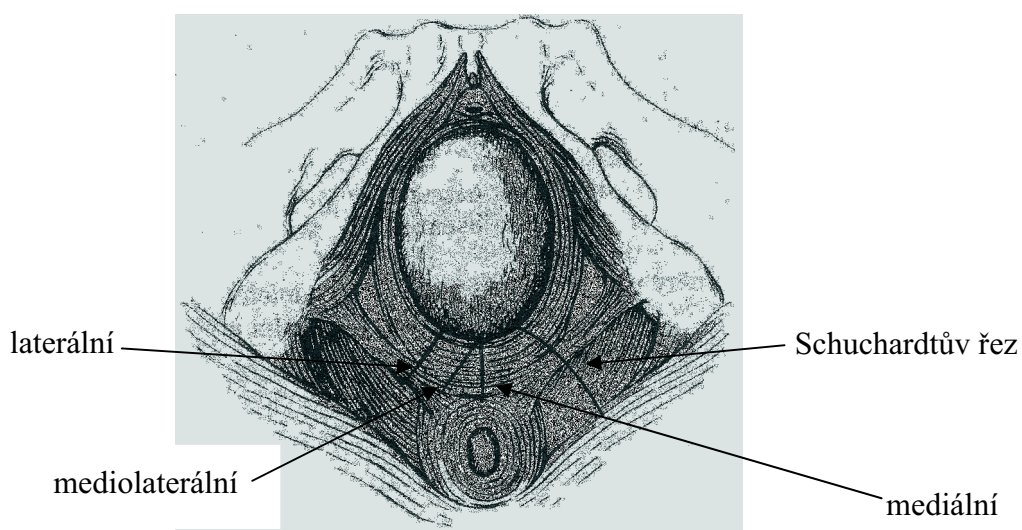
Obr. 18 Ruptura 4. stupně ([www.gynezone.net](http://www.gynezone.net))

## 4 Epiziotomie

Nástřih hráze se nejčastěji provádí u primipar ke konci II. doby porodní při prořezávání hlavičky. Epiziotomie dělíme na (Obr. 19):

- Mediální - začíná uprostřed hráze a končí u řitního svěrače. (Obr. 20) Protíná m. transversus perinei superficialis a profundus.
- Mediolaterální - provádí se směrem od introitu pod úhlem 45° - 60° k hrbolu sedací kosti. Protíná m. superficialis a profundus a m. bulbocavernosus.
- Laterální – provádí se cca 2 cm nad introitem pod úhlem 45° směrem k hrbolům kostí sedacích, stejně jako u mediolaterální epiziotomie. Nástřih zasahuje m. bulbocavernosus, transversus perinei superficialis a profundus, při větším rozsahu může zasáhnout i m. levator ani.
- Schuchardtův řez - vychází z laterální epiziotomie a využívá se výjimečně. Provádí se skalpelem a je rozsáhlejší než laterální epiziotomie, protíná pubickou a ilickou část m. levator ani. (Čech, 2006, Doležal a kol. 2007)

Před provedením samotné epiziotomie se provádí dezinfekce zevních rodidel buď postříkem, politím nebo potřením dezinfekčním roztokem. Nejčastěji se používá 0,1% braunol.



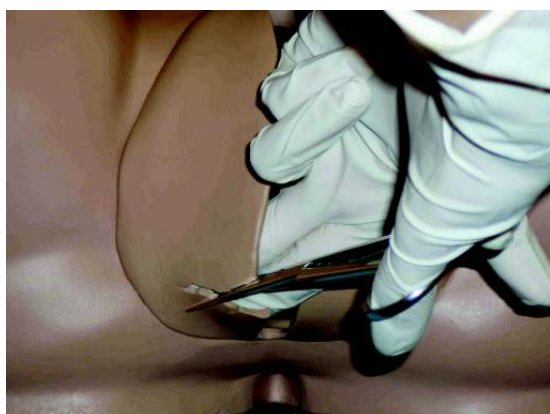
Obr. 19 Typy epiziotomií (Doležal a kol., 2007)



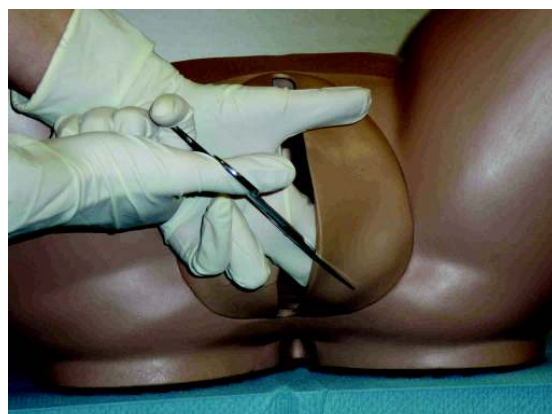
Obr. 20 Mediální epiziotomie (archiv autorek)

#### 4.1 Mediolaterální epiziotomie

Nejčastěji prováděná epiziotomie je mediolaterální. Může být pravostranná (Obr. 21 a 23) nebo levostranná (Obr. 22). Vždy se snažíme stříhat v místě případné předchozí epiziotomie.



Obr. 21 Pravostranná mediolaterální epiziotomie  
(archiv autorek)



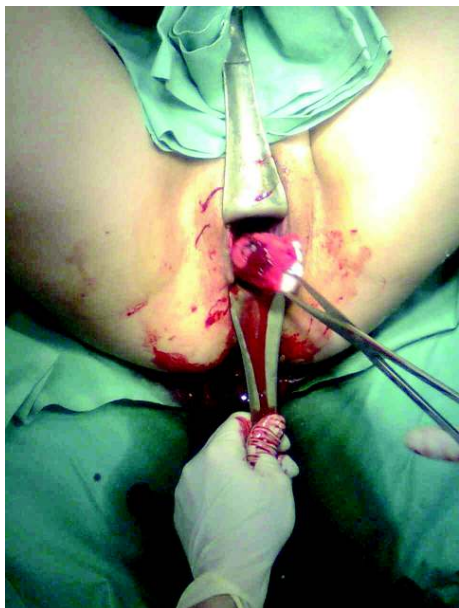
Obr. 22 Levostranná mediolaterální epiziotomie  
(archiv autorek)



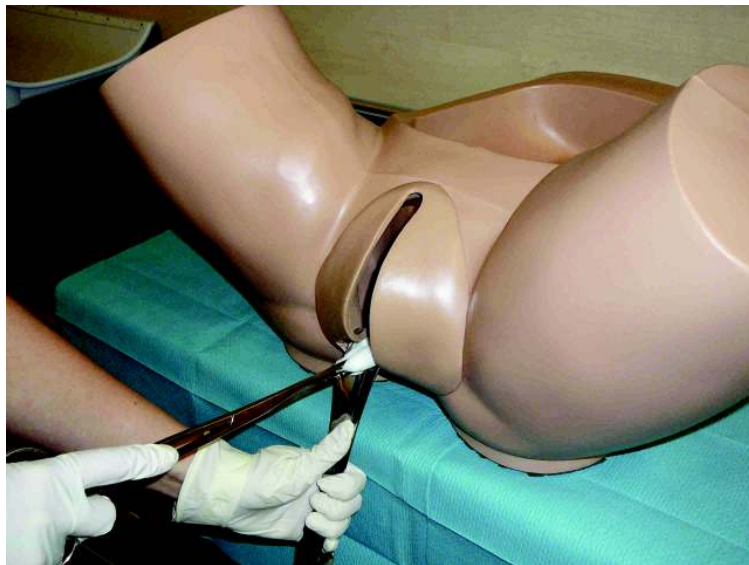
Obr. 23 Pravostranná mediolaterální epiziotomie (archiv autorek)

## 5 Ošetření porodního poranění

Vždy, než se začne porodní poranění ošetřovat, provede se revize rodidel v porodnických zrcadlech. V některých zdravotnických zařízeních používají k přidržení tampónu podávky nebo se používá středně dlouhý pean. (Obr. 24 a 25) Osuší se drobná krvácení a zkontroluje se rozsah poranění.



**Obr. 24** Vyšetření v porodnických zrcadlech (archiv autorek)

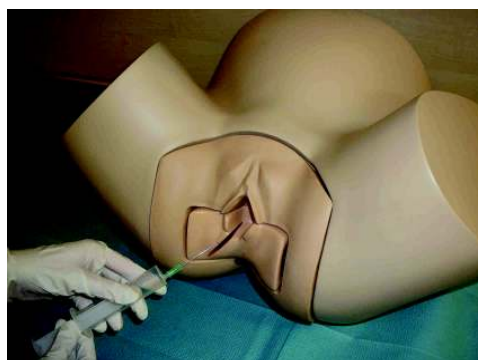


**Obr. 25** Vyšetření v porodnických zrcadlech na modelu (archiv autorek)

Poté se aplikuje lokální anestetikum. (Obr. 26 a 27) Jako anestetikum se nejčastěji používá Mesocain 1% a na kůži postříkové anestetikum Xylocain 10%. (Obr. 28 a 29)



**Obr. 26** Natažení anestetika (archiv autorek)



**Obr. 27** Aplikace anestetika (archiv autorek)





**Obr. 28 Mesocain 1%**  
(archiv autorek)



**Obr. 29 Xylocain (archiv autorek)**

## 5.1 Druhy stehů

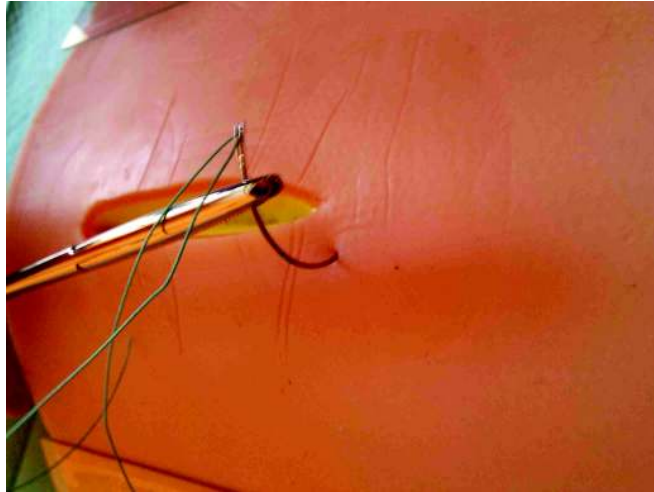
K šití porodních poranění nejčastěji používáme: jednotlivé kožní stehy, pokračující podkožní steh, pokračující podkožní steh podvlékaný a Donatino steh. Níže je uveden popis jednotlivých stehů a jejich použití.

### 5.1.1 Jednotlivý kožní steh

Pro šití drobných poranění můžeme použít jednotlivé stehy. Tyto stehy můžeme použít i pro šití celé rány, ale pro ošetření porodního poranění se většinou nepoužívají, jelikož jsou zdlouhavé. Každý steh se zvlášť uzlí tři uzly za sebou, střídavě přes pravou a levou ruku. Uzlení se může provádět i přes jehelec. (kapitola 5.2)

#### Postup jednotlivých kožních stehů:

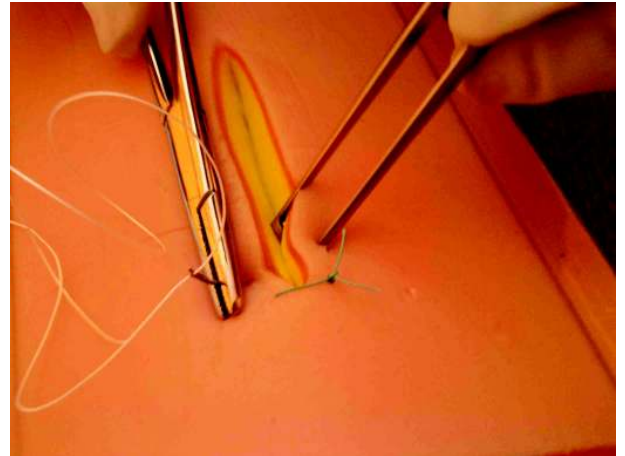
- Nejprve si nachystáme jehlu do jehelce. (Obr. 9)
- Dbáme na to, abychom mířili jehlou kolmo proti kůži. (Obr. 30)
- První steh zakládáme asi 2 cm nad koncem okraje rány. (Obr. 30)
- Při vypichování si pomáháme pinzetou. (Obr. 31, 32 a 33)
- Každý steh se uzlí zvlášť. (Obr. 34)



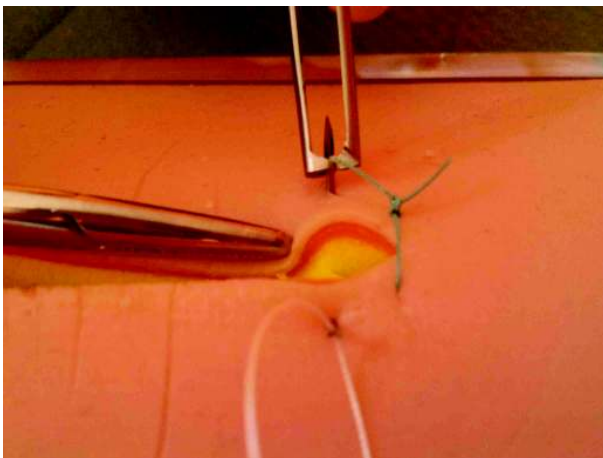
**Obr. 30 Založení prvního stehu (archiv autorek)**



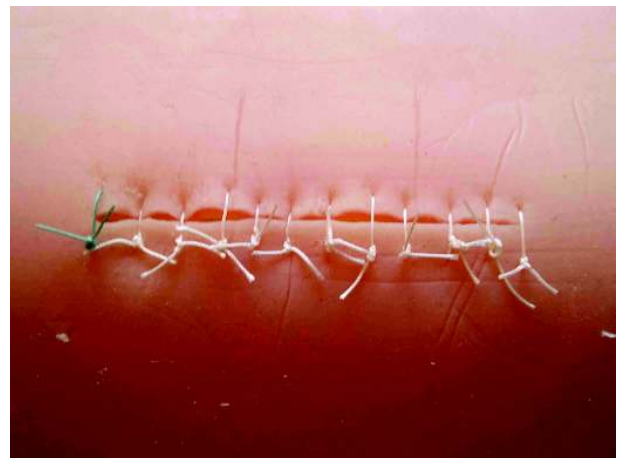
**Obr. 31 Jednotlivý kožní steh (archiv autorek)**



**Obr. 32 Založení nového stehu 1 (archiv autorek)**



**Obr. 33 Založení nového stehu 2 (archiv autorek)**



**Obr. 34 Jednotlivé kožní stehy (archiv autorek)**

### 5.1.2 Podkožní steh pokračující

Podkožní steh pokračující se může použít pro šití v pochvě. Častěji se však používá podkožní steh podvlékaný. (Obr. 35)

#### Postup pokračujícího podkožního stehu

- První vpich se provádí stejně, jako u jednotlivých stehů asi 2 cm nad koncem okraje rány. (Obr. 30)
- První steh ukončíme uzlem.
- Ustříhneme kratší část vlákna.
- Další steh zakládáme asi 1 cm od toho prvního.
- Šijeme tím způsobem, že vždy na jedné straně pícheme do kůže, podkoží a vypícheme na druhém okraji rány.
- V průběhu se nedělají žádné uzle, rána se uzlí až na konci. (Obr. 35)



Obr. 35 Podkožní steh pokračující (archiv autorský)

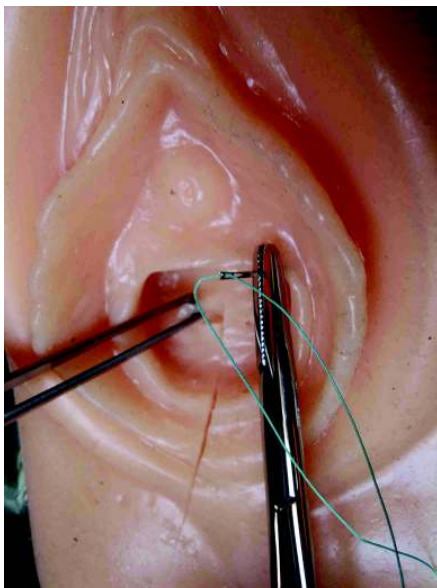
### 5.1.3 Pokračující podkožní steh podvlékaný

Nejčastěji se používá pro šití v pochvě, může se použít i pro šití epiziotomie. Tehdy se nejprve sešije podkoží a poté kůže. Nevýhodou je přetržení stehu či jeho dehiscence.

#### Postup pokračujícího podkožního stehu podvlékaného

- První steh se zakládá asi 2 cm nad okrajem rány a udělá se uzel. (Obr. 36)

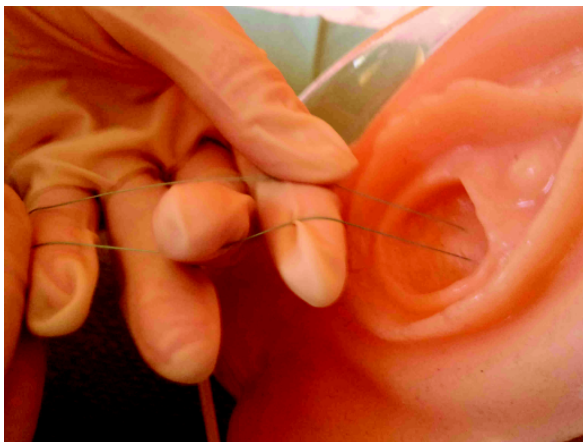
- Ustříhneme kratší část vlákna. (Obr. 38)
- Další steh začínáme dělat asi 1 cm od prvního při pravém okraji rány.
- Poté co na levém okraji vypíchneme jehlu, přidržíme si vlákno a jehlou ho podvlékáme. (Obr. 37 a 39)
- Tímto způsobem sešijeme celou ránu.
- Na konci si necháme očko, pomocí kterého uděláme uzel. (Obr. 40 a 41)
- Poté, co ustříhneme vlákno, máme podvlékaný steh hotový. (Obr. 42 a 43)
- Pokud se tento steh používá k šití epiziotomie, musí se po došití podkoží zašít kůže. (Obr. 44)



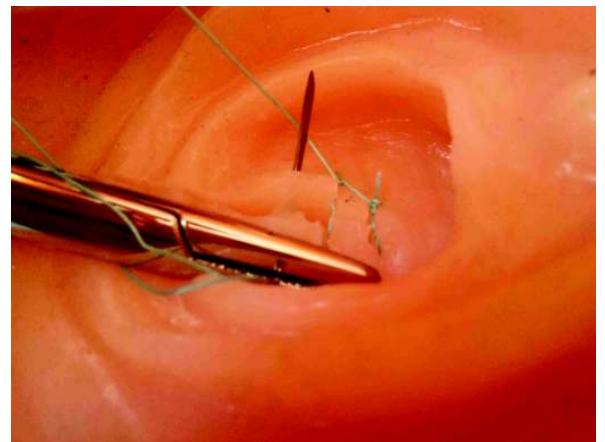
**Obr. 36** Začátek stehu podkožního podvlékaného  
(archiv autorek)



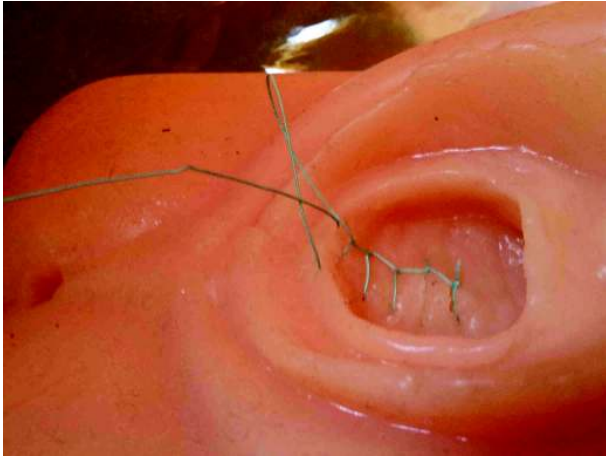
**Obr. 37** Pokračující podvlékaný steh  
(archiv autorek)



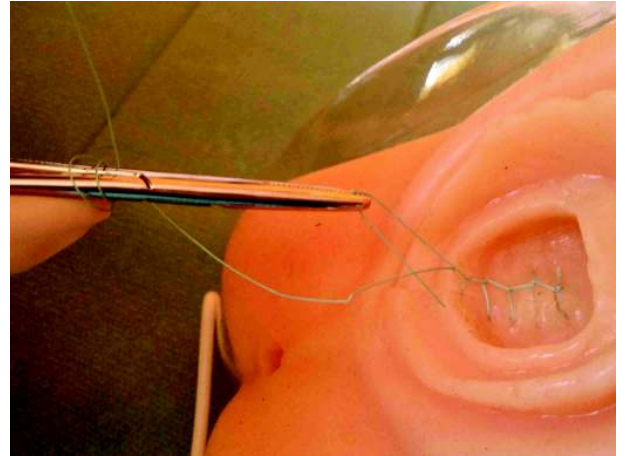
**Obr. 38** Pokračující steh podvlékaný 1  
(archiv autorek)



**Obr. 39** Pokračující steh podvlékaný 2  
(archiv autorek)



**Obr. 40 Pokračující podvlékaný steh 3  
(archiv autorek)**



**Obr. 41 Pokračující steh podvlékaný 4  
(archiv autorek)**



**Obr. 42 Pokračující steh podvlékaný 5  
(archiv autorek)**



**Obr. 43 Pokračující steh podvlékaný 6  
(archiv autorek)**



**Obr. 44 Pokračující steh podvlékáný 7  
(archiv autorek)**

#### ***5.1.4 Donatino steh***

Jedním ze stehů, kterými je možné ošetřit porodní poranění je Donatino steh. Steh protíná kůži vždy ve čtyřech místech a je relativně pevný.

##### Postup šití Donatino stehu

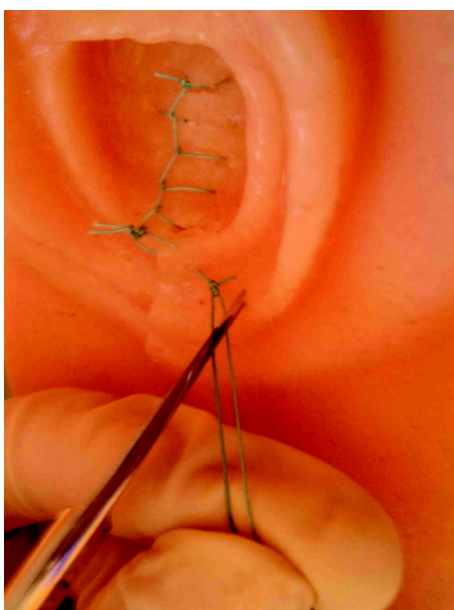
- Steh se skládá z jednotlivých stehů.
- Nejprve vpíchneme dál od okraje rány a vypíchneme také dál od okraje rány.
- Další vpich děláme blíž k okraji rány a vypíchneme také blíže k okraji rány. (Obr. 45)
- Poté steh uzlíme. (Obr. 46 a 47)
- Tímto způsobem děláme stehy asi 1 cm od sebe, dokud nesešijeme celou ránu. (Obr. 48)



Obr. 45 Donatiho steh 1 (archiv autorek)



Obr. 46 Donatiho steh 2 (archiv autorek)



Obr. 47 Donatiho steh 3 (archiv autorek)



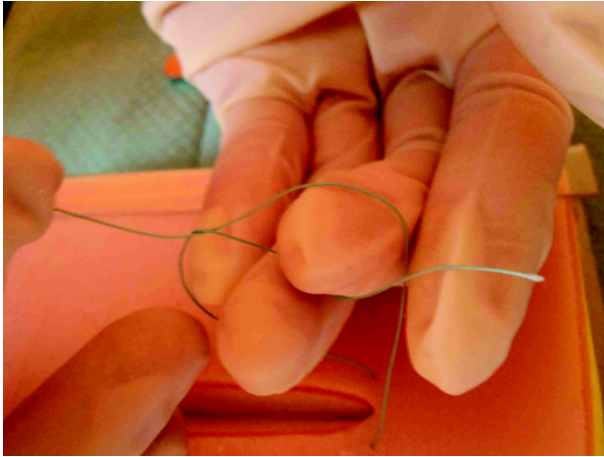
Obr. 48 Donatiho steh 4 (archiv autorek)

## 5.2 Techniky uzlení

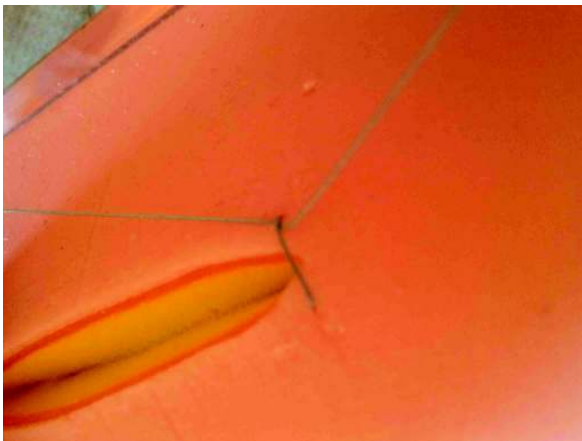
### *Technika uzlení přes prsty (chirurgický uzel)*

- Chytáme si jeden konec vlákna do dlaně pravé ruky.
- Druhý konec dáme proti tomu, který držíme, tak aby byly vodorovně.
- Mezi prostředník a ukazovák chytáme přiložené vlákno a uděláme uzel. (Obr. 49 a 50)

- Další uzel děláme stejným způsobem přes druhou ruku. (Obr. 51)
- Stejným způsobem znovu opakujeme přes pravou ruku, konce vlákna zastříhneme. (Obr. 52 a 53)



**Obr. 49 Uzlání 1 (archiv autorek)**



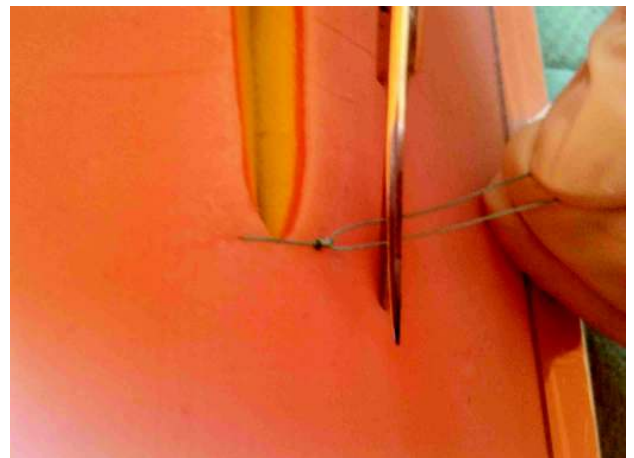
**Obr. 50 Uzlání 2 (archiv autorek)**



**Obr. 51 Uzlání 3 (archiv autorek)**



**Obr. 52 Dokončený uzel 1 (archiv autorek)**



**Obr. 53 Dokončený uzel 2 (archiv autorek)**

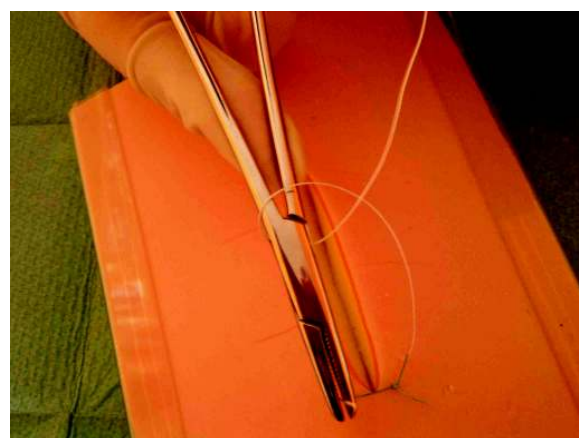


### *Technika uzlení pomocí jehelce*

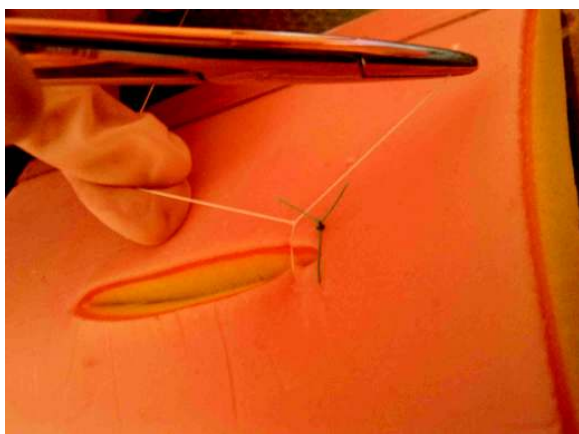
- Steh zakončíme tak, abychom jednu část vlákna měli kratší než tu druhou.
- Delší konec vlákna si přidržíme levou rukou. V pravé držíme jehelec. (Obr. 5)
- Jehelec máme zamknutý. Špičku jehelce dáme pod vlákno a uděláme krouživým pohybem očko. (Obr. 54)
- Očko necháme sklouznout a dotáhneme uzel. (Obr. 55)
- Další uzel děláme tak, že jehelec položíme na vlákno ze shora a uděláme očka dvě. (Obr. 56 a 57) Poslední uzel děláme zase zespodu.



**Obr. 54 Uzlení pomocí jehelce 1**  
(archiv autorek)



**Obr. 55 Uzlení pomocí jehelce 2**  
(archiv autorek)



**Obr. 56 Uzlení pomocí jehelce 3**  
(archiv autorek)



**Obr. 57 Uzlení pomocí jehelce 4**  
(archiv autorek)

## 6 Péče porodní asistentky po ošetření porodního poranění.

Porodní asistentka ihned po porodu poučuje rodičku o chování ve IV. době porodní i o chování v začátku šestinedělí. Je to důležité, aby se předešlo komplikacím, jako např. závažnému krvácení, vzniku infekce. Edukuje o tom, aby hlásila, pokud by cítila tlak na konečník, to by mohlo znamenat retrovaginální krvácení. Dále by těhotná měla hlásit změny v jejím zdravotním stavu (hučení v uších, nevolnost).

Poučí ženu o následné péči o porodní poranění a především zdůrazní tyto body:

- Poučí ženu o tom, že se jedná o vstřebatelné šití.
- Žena by měla dbát na dostatečnou hygienu. Umývat si šití alespoň 6x denně. Z počátku doporučujeme ženě močit ve sprše, jelikož je to pro ní méně bolestivé.
- Doporučuje se sprchování po každém použití toalety.
- Nepoužívat parfémovaná mýdla.
- Častá výměna vložek.
- Na šití se případně může dát ledový obklad, ale obalený, aby led nebyl v kontaktu s kůží.
- Co nejméně dosedat na šití. Dobré je doporučit rodičce sezení na plaveckém kruhu nebo na smotaném ručníku, zvláště v případech, kdy je šití rozsáhlé.
- Umožnit přístup vzduchu k poranění – „větrat“.

## **7 Závěr**

V příručce je zahrnuto veškeré ošetření týkající se porodního poranění. Jednotlivé techniky stehů, by se měly provádět pečlivě a za aseptických podmínek, jinak by mohlo dojít k dehiscenci stehů a zavlečení infekce. Tyto dva faktory mají vliv na následné komplikace během šestinedělí. V návaznosti na aseptický postup je i péče o porodní poranění po samotném ošetření. Proto se tolik dbá na dostatečnou edukaci šestinedělky po porodu. Porodní asistentky by tuto edukaci měly provádět řádně a srozumitelně, aby si šestinedělka vše zapamatovala.

## Použité zdroje

1. Braunoviny, *Druhy šicích materiálů a šicích jehel*. [online]. [cit. 2012-02-23] Dostupné z WWW: <<http://braunoviny.bb Braun.cz/clanky/druhy-sicich-materialu/>>.
2. ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha : Grada, 2006. 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
3. DOLEŽAL, Antonín a kol. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
4. MATERNITY EXECUTIVE COMMITTEE, *Perineal trauma management guideline*. [online], [cit. 2011-12-11]. Dostupné z WWW: <[http://www.southernhealth.org.au/icms\\_docs/4590\\_Perineal\\_trauma\\_management.pdf](http://www.southernhealth.org.au/icms_docs/4590_Perineal_trauma_management.pdf)>.
5. MATĚJKOVIČOVÁ, Vladimíra. *Šicí materiál v chirurgii*. Sestra 9/2005, str. 34. [online], [cit. 2012-02-22] Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/sici-material-v-chirurgii-293817>>.
6. Safil. *Safil*. [online], [cit. 2012-03-06] Dostupné z WWW: <<http://www.apscan.com.au/Vet/surgical/Sutures/Safil.jpg>>.
7. Suturing of a first degree laceration, *Suturing of a first degree laceration*. [online]. [cit. 2012-06-03] Dostupné z WWW: <<http://www.gynzone.net/midwives/about-e-learning-for-midwives/1st-degree-laceration>>.

Fotodokumentace použitá z archivu autorek byla vytvořena se souhlasem zdravotnického zařízení a klientek.

## Diskuze

Jelikož neexistuje žádná ucelená literatura k ošetření porodního poranění pro porodní asistentky, je těžké porovnávat. Dostupná literatura se věnuje spíše lékařům, než porodním asistentkám a k samotnému šití existuje literatura věnující se spíše chirurgům než porodníkům. I přesto jsem pro příručku použila různé zdroje. Využívala jsem internetové stránky firmy braun, Porodnictví od E. Čecha a Porodnické operace od A. Doležala. Avšak většina poznatků plyne z praxe a pozorování lékařů při práci. Porodní asistentky mají ve svých kompetencích ošetření porodního poranění, proto jsem se pokusila vytvořit příručku pro studentky porodní asistence. Příručka je uceleným materiálem o ošetření porodního poranění, zahrnuje všechny potřebné pomůcky k ošetření porodního poranění, popis porodních poranění, správné provádění epiziotomie, techniky stehů nejčastěji užívaných k ošetření a ošetření porodního poranění porodní asistentkou.

Bylo provedeno výzkumné šetření, zda je příručka dostatečně názorná. Byla rozdána šesti studentkám a třem porodním asistentkám v praxi. Dle příručky by pochopily správné techniky stehů, uzlení a veškeré ošetření poranění o kterém příručka pojednává. Některé vyjádřily názor, že chybí techniky stehů, které se u nich ve zdravotnickém zařízení používají. Proto by bylo dobré rozšířit příručku i o tyto techniky stehů.

Domnívám se, že doplnění příručky by mohl být výzkum na téma jaký vliv má prevence poranění perinea (masáž perinea, užití trenážéru EPI-NO<sup>®</sup>) na provedení epiziotomie při porodu nebo i na následné ruptury vzniklé v průběhu porodu.

## **Závěr**

V teoretické části jsem se zabývala popsáním problematiky týkající se postižených částí porodních cest v průběhu porodu a následného ošetření porodních poranění. Zmínila jsem zde také úlohu porodní asistentky, která by měla edukovat ženu o možnostech prevence porodních poranění. Jelikož je porodní asistentka v bližším kontaktu s těhotnými ženami, později šestinedělkami. Měla by je poučit i o veškeré péči o porodní poranění. Zmínit dostatečnou hygienu v oblasti genitálu, časté střídání vložek a udržování šití v co největší čistotě, aby nedošlo k zavlečení infekce. Mimo jiné ihned po porodu edukuje ženu o chování ve IV. době porodní.

Výstupem praktické části je příručka k ošetření porodního poranění pro studentky porodní asistence. Je zde zahrnuto veškeré ošetřování porodního poranění, které vykonává nebo může vykonávat porodní asistentka. Příručka by mohla být doplněna o možnosti prevence porodních poranění. Ze zpětné vazby od některých porodních asistentek vyplynulo, že by mohla být příručka doplněna ještě o některé další typy stehů, které jsme v příručce nezahrnuly a které s k ošetření porodního poranění používají.

Teoretické i praktické cíle, které jsme si stanovily na začátku bakalářské práce byly splněny.

## Seznam bibliografických citací

1. ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha : Grada, 2006. 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 1*. 2. upravené a doplněné vyd. Praha : Grada, 2001. 516 s. ISBN 80-7169-970-5.
3. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. upravené a doplněné vyd. Praha : Grada, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X.
4. DOLEŽAL, Antonín a kol. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
5. JANKŮ, Petr. *Praktický pohled na hysterektomii spojenou s císařským řezem kdy, proč a jak*. Gynekolog po promoci 2010, číslo 3. Str. 39- 44, ISSN 1213-2578.
6. KALIŠ, V. a kol. *Masáž perinea před nebo při porodu*. Gynekolog 2007, ročník 16, číslo 2, str. 77 – 81, ISSN 1210-1133.
7. KOBILKOVÁ, Jitka a kol., *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
8. MARYŠKOVÁ, Andrea. *Možnosti zlepšení prevence poranění hráze*. Sestra. 3/2010, str. 80. ISSN 1210-0404.
9. *Péče v průběhu normálního porodu*. Ženeva : WHO, 1999. 46 s.
10. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a. s. 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
11. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a. s., 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
12. STADELMAN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 2. vyd. Praha : One women press, 2004. 579 s. ISBN 80 – 86356 – 31 – 0.
13. Česko. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Porodní asistentka. In *Činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti*. 13. 3. 2011 Částka 20, stran 484 – 486. ISSN 1211 – 1.

## Internetové zdroje

1. Dianatal, *Dianatal porodnický gel*. [online]. [cit. 2011-12-10] Dostupné z WWW: <<http://www.dianatal.eu/czech/vaginal-birth.html>>.
2. Braunoviny, *Druhy šicích materiálů a šicích jehel*. [online]. [cit. 2012-02-23] Dostupné z WWW: <<http://braunoviny.bb Braun.cz/clanky/druhy-sicich-materialu/>>.
3. Braunoviny, *Babský uzel a první část chirurgického*. [online]. [cit. 2012-02-23] Dostupné z WWW: <<http://braunoviny.bb Braun.cz/clanky/babsky-uzel-a-prvni-cast-chirurgickeho-uzlu/>>.
4. Epi-no, *Epi-no*. [online]. [cit. 2012-17-02] Dostupné z WWW: <<http://www.epi-no.cz/predporodni-priprava.html>>.
5. Suturing of a first degree laceration, *Suturing of a first degree laceration*. [online]. [cit. 2012-06-03] Dostupné z WWW: <http://www.gynzone.net/midwives/about-e-learning-for-midwives/1st-degree-laceration>.
6. Hemeroidy, *Hemeroidy v těhotenství*. [online]. [cit. 2012-17-02] Dostupné z WWW: <<http://hemeroidy-hemeroidy.cz/hemeroidy-v-tehotenstvi.html>>.
7. KALIŠ, V a kol. *Material and type of suturing of perineal muscles used in episiotomy repair in Europe*. [online]. [cit. 2012-17-02] Dostupné z WWW: <[http://www.pelvipерineology.org/multidisciplinary/episiotomy\\_repair\\_material\\_suturing\\_perineal\\_muscles.html](http://www.pelvipерineology.org/multidisciplinary/episiotomy_repair_material_suturing_perineal_muscles.html)>.
8. KAŠÍKOVÁ, Eva. *Pánevní dno a porod*. [online]. [cit. 2012-01-19] Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=5>>.
9. Kegellovy cviky. In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, [cit. 2011-11-21]. Dostupné z WWW: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Kegellovy\\_cviky](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kegellovy_cviky)>.
10. KOUTECKÝ, Petr a kol. *Techniky uzlení a šití*. [online]. [cit. 2012-01-29] Dostupné z WWW: <<http://braunoviny.bb Braun.cz/clanky/techniky-uzleni-a-siti-uvod/>>.
11. MATERNITY EXECUTIVE COMMITTEE, *Perineal trauma management guideline*. [online], [cit. 2011-12-11]. Dostupné z WWW: <[http://www.southernhealth.org.au/icms\\_docs/4590\\_Perineal\\_trauma\\_management.pdf](http://www.southernhealth.org.au/icms_docs/4590_Perineal_trauma_management.pdf)>.

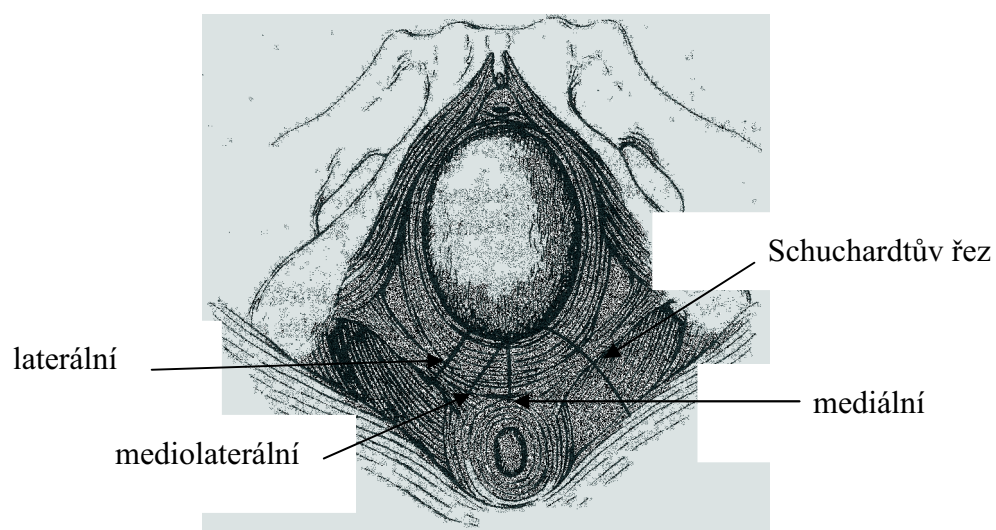


12. MATĚJKOVIČOVÁ, Vladimíra. *Šicí materiál v chirurgii*. Sestra 9/2005, str. 34. [online], [cit. 2012-02-22] Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/sici-material-v-chirurgii-293817>>.
13. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. In: *Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial* [online]. July, 2008 [cit. 2012-02-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18751626>>.
14. Posilování pánevního dna nejen po porodu. [online], 17. 9. 2007 [cit. 2011-11-21]. Dostupné z WWW: <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/122712-posilovani-panevniho-dna-nejen-po-porodu.html>>.
15. ÚZIS. *Zpráva o rodičce 2010*. [online]. [cit. 2011-12-09] Dostupné z WWW. <[www.uzis.cz/system/files/58\\_11.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/58_11.pdf)>

## Příloha A Typy epiziotomií



Obr. A 1 Mediolateralni epiziotomie ([www.gynzone.net](http://www.gynzone.net))



Obr. A 2 Typy epiziotomií (Doležal a kol., 2007)

## Příloha B Typy ruptur



Obr. B 1 Ruptura labii ([www.gynzone.net](http://www.gynzone.net))



Obr. B 2 Ruptura 1.stupne ([www.gynzone.net](http://www.gynzone.net))



Obr. B 3 Ruptura 2. stupně ([www.gynezone.net](http://www.gynezone.net))



Obr. B 4 Ruptura 3. stupne ([www.gynezone.net](http://www.gynezone.net))