

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Podíl abdominální, vaginální a LAV hysterektomie na odstranění dělohy.

Bc. Hana Kalachová

Diplomová práce
2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Hana Kalachová**
Osobní číslo: **Z11300**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Podíl abdominální, vaginální a LAV hysterektomie na odstranění dělohy**
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. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. DOLEŽAL, A.: Porodnické operace. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
2. HOLUB, Z. et al.: Minimálně invazivní operace v gynekologii. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 236 s. ISBN 80-247-0824-5.
3. KOBILKOVÁ, J.; BOCHMAN, J.; ŽIVNÝ, J.: Technika gynekologických abdominálních operací. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 283 s. ISBN 80-716-9494-0.
4. MÁRA, M.; HOLUB, Z.: Děložní myomy: moderní diagnostika a léčba. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 232 s. ISBN 978-802-4718-545.
5. ROB, L.; MARTAN, A.; CITTERBART, K.: Gynekologie. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008, 319 s. ISBN 978-807-2625-017.

Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. Milan Košťál, CSc.
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. října 2012
Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 20. února 2013

Prohlašuji:

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

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 30. 4. 2013

.....
Hana Kalachová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce doc. MUDr. Milanu Košťálovi, CSc. za vedení mé diplomové práce, jeho připomínky a podněty k práci. Dále také všem, kteří mi byli nápomocni při tvorbě této práce. Samozřejmě velké dík patří také mé rodině, která mě celou dobu studia podporovala. A největší dík patří osobě mě nejbližší, za její nesmírnou trpělivost.

ANOTACE

Předkládaná diplomová práce v teoretické části zaznamenává jednotlivé typy hysterektomií pro benigní diagnózu. U jednotlivých typů hysterektomií popisuje historii, jejich modifikace, postupy, indikace a kontraindikace, výhody i nevýhody, komplikace a ošetrovatelskou péči v pooperačním období. Empirická část mapuje počty provedených hysterektomií pro benigní indikace v zdravotnickém zařízení krajského typu za poslední tři roky.

KLÍČOVÁ SLOVA

hysterektomie; indikace; výhody; komplikace; pooperační péče;

TITLE

The share of abdominal, vaginal and LAV hysterectomy to remove the uterus.

ANNOTATION

In this thesis the theoretical section records the different types of hysterectomy for benign diagnosis. For each type of hysterectomy it describes the history, modifications, procedures, indications and contraindications, advantages and disadvantages, complications and nursing care in the postoperative period. The empirical part of the thesis describes a number of hysterectomies performed due to benign indications. These all took place in the regional health care system during the last three years.

KEYWORDS

hysterectomy; indications; benefits; complications; postoperative care;

OBSAH

ÚVOD.....	10
CÍL PRÁCE A VÝZKUMU	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HISTORIE HYSTEREKTOMIE	12
1.1 Historie vaginální hysterektomie	12
1.2 Historie abdominální hysterektomie	14
1.3 Historie laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie	14
2 ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE.....	15
2.1 Charakteristika a druhy	15
2.2 Operační technika.....	16
2.3 Indikace a kontraindikace	16
2.4 Výhody a nevýhody	17
2.5 Komplikace	17
2.5.1 Peroperační komplikace	18
2.5.2 Časné pooperační komplikace.....	18
2.5.3 Pozdní pooperační komplikace	19
3 VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE.....	20
3.1 Charakteristika a druhy	20
3.1 Operační technika.....	21
3.2.1 Standardní vaginální hysterektomie	21
3.2.2 Vaginální hysterektomie pro descensus rodidel.....	21
3.2.3 Vaginální hysterektomie při objemné děloze.....	21
3.2.4 Redukční metody	22
3.1 Indikace a kontraindikace	22
3.1 Výhody a nevýhody	23
3.1 Komplikace	25
3.5.1 Peroperační komplikace	25

3.5.2	Časné pooperační komplikace.....	25
3.5.3	Pozdní pooperační komplikace	25
4	LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	26
4.1	Charakteristika a druhy	26
4.2	Operační technika.....	26
4.2.1	První fáze	27
4.2.2	Druhá fáze	27
4.2.3	Třetí fáze	27
4.2.4	Čtvrtá fáze	28
4.2.5	Pátá fáze	28
4.3	Indikace a kontraindikace	28
4.4	Výhody a nevýhody	29
4.5	Komplikace	30
4.5.1	Peroperační komplikace	31
4.5.2	Časné pooperační komplikace.....	31
4.5.3	Pozdní pooperační komplikace	31
5	OŠETŘOVATELSKÁ POOPERAČNÍ PÉČE	32
5.1	Pooperační období.....	32
5.2	Základní okruhy pooperační péče	32
5.2.1	Monitorace fyziologických funkcí	33
5.2.2	Poloha pacienta	33
5.2.3	Bolest a porucha spánku.....	33
5.2.4	Nauzea a zvracení	34
5.2.5	Hygiena	34
5.2.6	Výživa	35
5.2.7	Močení	35
5.2.8	Odchod plynů a stolice.....	35
5.2.9	Péče o rány a drény	36
5.2.10	Rehabilitace.....	36

	VÝZKUMNÁ ČÁST	37
6	VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	37
7	METODIKA VÝZKUMU	38
8	PREZENTACE VÝLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO PRŮZKUMU	40
9	PREZENTACE VÝLEDKŮ POSKYTOVÁNÍ POOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	60
10	DISKUZE.....	65
11	ZÁVĚR	74
12	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	77
13	SEZNAM OBRÁZKŮ	80
14	SEZNAM TABULEK.....	81
15	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	82
16	SEZNAM PŘÍLOH.....	83

ÚVOD

Pojem hysterektomie pochází ze dvou řeckých výrazů: Hystera - děloha, tomé – řez. A právě hysterektomie je jednou z nejčastějších gynekologických operací. Tento chirurgický výkon řeší maligní i benigní patologie děložní. Mezi základní operační přístup patří vaginální, laparoskopický a abdominální přístup. (Papadopoulos, 2010)

V dnešní době je zaznamenán velký rozvoj alternativních způsobů léčby benigních gynekologických onemocnění, především myomů. Ovšem i přes tento fakt, se nezdá, že by hysterektomie byla na ústupu. (Guvenal, 2010)

Klientky často vnímají operaci jako negativní. Domnívají se, že s odstraněním dělohy ztratí i svoje „ženství“. Ovšem po výkonu často změní názor, protože dochází k odstranění často dlouholetých obtíží spojených s jejich diagnózou. V dnešní době je již zcela samozřejmé, že zákrok je možné provést jen se souhlasem klientky, která musí být řádně informována. (Zábranský, 2006a)

Tato práce se zabývá pouze benigními diagnózami, které jsou indikovány k hysterektomii.

CÍL PRÁCE A VÝZKUMU

Cílem této diplomové práce na téma „Podíl abdominální, vaginální a LAV hysterektomie na odstranění dělohy“ je teoreticky zmapovat jednotlivé typy hysterektomií pro benigní diagnózy. Především definovat jednotlivé typy hysterektomií, stručně popsat jejich postup, zhodnotit výhody a nevýhody, definovat indikace a kontraindikace a shrnout komplikace. Nedílnou součástí teoretické části je také souhrn pooperační ošetrovatelské péče o klientku po hysterektomii.

Cílem výzkumné části bylo zmapovat provedené hysterektomie v konkrétním zdravotnickém zařízení v letech 2009, 2010 a 2011.

Dílčí cíle výzkumu:

1. Zmapovat počet provedení hysterektomií pro benigní indikace.
2. Zjistit, pro které benigní indikaci je hysterektomie nejčastěji prováděna.
3. Zjistit, jak často je k hysterektomii připojena adnexektomie.
4. Zjistit, ve které věkové skupině je zákrok nejčastější.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE HYSTEREKTOMIE

Každý typ provedení hysterektomie má svoji rozsáhlou minulost a u každého bychom mohli uvést dlouhý seznam medicínských osobností, které prováděli modifikace, podle nichž se postupy utvářely až do dnešní podoby.

1.1 Historie vaginální hysterektomie

Vančo (2007) uvádí, že záznamy o úplně první hysterektomii na světě se týkají vaginální hysterektomii provedené na gangrenózní prolabované děloze, a to v 2. Století n. l. Soranem z Efezu.

Zábranský (2010) udává, že u vaginální hysterektomie se první pokusy o její provedení datují hluboko do středověku. Ovšem jednalo se o nesystematicky prováděné, vynucené pokusné výkony, většinou pro poporodní inverze dělohy, prolapsy rodidel a myomy sestupující do pochvy. Bohužel s přihlédnutím na dobové znalosti, nebyli tehdejší operatři na takovéto zákroky připraveni a tyto zákroky většinou končily tragicky.

Papadopoulos (2010) se zmiňuje o první vaginální hysterektomii v bližší historii, která byla provedena Conradem Langenbeckem v roce 1813. Dle Zábranského (2010) můžeme ve zkratce o historii vaginální hysterektomie říci, že národní školy, které se vaginální hysterektomií zabývaly, se začaly profilovat v 19. století. Největší a dodnes trvající věhlas získaly především vaginální operační školy v Německu a Rakousku.

V Německu byl nejvýznamnějším představitelem profesor chirurgie Vincenz Czerny. Ten od roku 1879 prováděl vaginální hysterektomie systematicky promyšleným přístupem, který byl co nejjednodušší a je dobře použitelný i v dnešní době. Jedná se o tři ligatury na každé straně, zadní luxaci, otevřený způsob uzávěru a tamponádu s dezinfekcí.

Zábranský (2010) podotýká, že anestezie v této době byla nedokonalá a používaný chloroform byl toxický. Proto nesměl operační výkon přesáhnout jednu hodinu a na jemnost výkonu se nesmělo přihlížet.

Dále Zábranský (2010) vyjmenovává osobnosti, které tvořily rakouskou vaginální operační školu. Řadí mezi ně Schautu, Wertheima a později Pehama, Amreicha a Halbana.

Mezi nejdominantnější se řadí Friedrich Schauta. Ten byl v letech 1887 – 1891 přednostou německé gynekologicko-porodnické kliniky v Praze. Během celého pobytu ho doprovázela neméně významná osobnost rakouské operační vaginální školy, jeho žák Ernst Wertheim. Schauta také navrhl vlastní nožní podpěry pro vaginální operativu. A právě z tohoto období je v našich zemích zažit výraz spojený s jeho jménem pro nožní podpěry obecně, ať jsou jakéhokoliv původu. Ovšem v německy hovořících zemích tento výraz neznají.

Holub (2005) upomíná i druhou nejvýznamnější osobnost rakouské vaginální operační školy, kterou je bezpochyby Ernst Wertheim. Zásadním rozdílem mezi těmito osobnostmi je, že Schauta preferoval Deschampsovu podvazovací jehlu, dělohu luxoval zadní klenbou, pliku protínal na prstu a upřednostňoval kompletní suturu pochvy. Naopak Wertheim byl propagátorem zahnutých peánů a otevřeného způsobu, tedy volné drenáže do pánve. Dále pak rozlišoval čtyři základní modifikace postupu při vaginální hysterektomii, které jsou odvozeny od anamnézy, anatomických poměrů a velikosti či pohyblivosti dělohy. Na některých rakouských pracovištích je jejich způsob provádění vaginální hysterektomie zachován dodnes se všemi klady a zápory, které tento způsob přináší.

Mára (2009) připouští, že z Vídně se začala rozšiřovat znalost poševní operativy do dalších zemí rakousko-uherské monarchie a to samozřejmě i do Čech. Z českých gynekologů, kteří se nejvíce zasloužili o rozvoj poševní operativy nutno jmenovat Rubešku, Havránka, Jirátku, Chmelíka, a Zábranského.

Zábranský (2010) uvádí, že s největší pravděpodobností první, kdo provedl v Čechách vaginální hysterektomii, byl v roce 1884 prof. Václav Rubeška. Vaginálním přístupem dovedl vybavit i mimořádně velké myomy. Největší myom dosahoval hmotnosti 1160g. Vypracoval také rozsáhlou analýzu perioperační mortality z dalších evropských pracovišť. U abdominálních operací myomů se jednalo o 6,8% perioperační mortalitu a u vaginálního přístupu o 2,2% perioperační mortalitu.

Dále Zábranský (2010) informuje, že na čas uvedl vaginální operování v zapomnění Howard Kelly. Ten zcela přešel k abdominální hysterektomii a prováděl vaginální hysterektomii jen v mimořádných případech, například u velkých prolapsů. Svou oblibu získala zpátky vaginální hysterektomie až ve 30. letech minulého století. Zábranský podotýká, že díky nízké invazivitě poševního přístupu to byl nepochybně návrat k racionalitě. V tomto období dominovali následníci Schauty např. Heinrich von Peham či jeho žák Alfred Isidor Amreich.

1.2 Historie abdominální hysterektomie

Zábranský (2006a) udává, že první vědecky doložená abdominální hysterektomie byla provedena v roce 1878 ve Vratislavi a to W. A. Freudem. Ten rozdělil svůj postup do několika částí. Nejprve prováděl střední incizi stěny břišní, dále vysunul střevní kličky a provedl tři základní ligatury na každé straně. Poté co odstranil dělohu, provedl sešití pochvy, pobřišnice a uzavřel stěnu břišní. Velmi brzy po provedení prvního zákroku představil svoji operační techniku v Praze. Ovšem operatéři té doby se oprávněně obávali vzniku pooperačních zánětů pobřišnice, a proto i nadále preferovali vaginální přístup. Navíc v této době ještě neexistovala relaxace a operace tedy musela být prováděna ve strmé Trendelenburgově poloze.

Kobilková (2000) připomíná, že modifikací jednoduché extrafasciální abdominální hysterektomie je hysterektomia abdominalis intrafasciális, kterou v roce 1950 navrhnul Aldridge a Meredith.

1.3 Historie laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie

První laparoskopická hysterektomie na světě byla provedena Harrym Reichem a DeCapriem v roce 1988. (Papadopoulos, 2010)

Holub (2005) podotýká, že první laparoskopická hysterektomie u nás byla provedena na brněnském pracovišti MUDr. Vladimírem Dvořákem v roce 1992. Dále uvádí, že pojem laparoskopická hysterektomie zahrnuje množství postupů, od pouhé laparoskopické lýzy adheze, která je následována vaginální hysterektomií až po kompletní provedení hysterektomie laparoskopickou cestou.

Tím, že do oboru gynekologie byla zavedena laparoskopická metoda, se mnoho gynekologických abdominálních operací z dnešních operačních sálů skoro vytratilo. To platí i pro abdominální hysterektomii. (Kučera, 2004)

Holub (2005) dodává, že současné období je charakteristické vaginálním či laparo - vaginálním přístupem. Jednoznačná je snaha o minimalizaci operačního traumatu a ta ponechává laparotomickému přístupu spíše vymezené indikace.

2 ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

2.1 Charakteristika a druhy

Abdominální hysterektomie je odstranění dělohy přístupem přes břišní stěnu tedy tzv. laparotomií. Laparotomie využívá dvou typů incize. Nejčastěji volíme klasický řez podélný ve střední čáře mezi symfýzou a pupkem – laparotomia infraumbilicalis mediana nebo také dolní střední laparotomie. Nebo můžeme použít příčný řez nad symfýzou, tedy laparotomia suprasymphysealis transversa neboli řez dle Pfannenstiela (viz příloha A). (Rob, 2008)

Mára (2009) rozděluje abdominální hysterektomie dle rozsahu a způsobu odnětí děložní tkáně na totální a subtotální neboli supracervikální a supravaginální amputaci dělohy. Dále upozorňuje, že defundace neboli odstranění těla děložního se dnes provádí pouze výjimečně. Z hlediska přístupu k pericervikální fascii lze rozlišovat dvě základní modalitě hysterektomie, a to extrafasciální a intrafasciální. Nutno zmínit ještě intrastromální hysterektomii, kdy konečným výsledkem je intracervikální dezinzerce cirkulární protínání fascie a cervikální tkáně nůžkami nebo elektrickým nožem. Tento způsob se označuje jako nepravý či vynucený postup.

Pro účely této práce se však budeme zabývat pouze nepoužívanější formou, a to extrafasciální abdominální hysterektomií.

Rob (2008) připomíná, že k abdominální hysterektomii můžeme dále připojit adnexektomii jednostrannou či oboustrannou. V zavedené praxi se přistupuje k odstranění zdravých adnex po 47. roce věku.

Tošner (2010) dodává, že v současnosti na odstranění adnex není všeobecná shoda. Prozatím převládá názor, že odstranění adnex při benigní diagnóze na děloze je na místě pouze v případě patologického nálezu na adnexech nebo při jiné onkologické zátěži klientky. Akceptuje se preventivní odnětí adnex u žen v postmenopauze nebo ve věku nad 50 let. Riziko vzniku karcinomu ovaria u žen ve věku 35 – 50 let je 1,6 – 2 %. Pokud je indikace k odnětí nejistá, je velmi významné přání informované klientky.

Parker (2006) se ovšem domnívá, že pokud ženy nad 40 let nemají zvýšené riziko karcinomu ovaria a prsu, není prospěšné odstraňovat ovaria při hysterektomii pro benigní afekci. Ponechání adnex je prospěšné přibližně až do 64 let věku, kdy se postupná sumarizace

rizik vyrovnává. Při ponechání adnex se snižuje riziko osteoporotických fraktur a ischemické choroby srdeční.

S Parkerovým názorem ovšem nesouhlasí Pluta. Ten zastává názor, že neexistuje žádná studie, která dokládá jasný a nezpochybnitelný závěr o vhodnosti či nevhodnosti odstraňování adnex během hysterektomie pro benigní diagnózu. Navíc vzhledem k rozsáhlým statistickým nárokům na tuto prospektivní studii se Pluta domnívá, že se žádných výsledků v dohledné době nemůžeme dočkat. (Pluta, 2006)

2.2 Operační technika

2.2.1 Hysterectomy abdominalis extrafascialis

Při tomto výkonu je klientka uložena na operačním stole v poloze horizontální. Dolní končetiny jsou buď addukovány nebo v kyčelních kloubech abdukovány, případně i mírně flektovány. Desinfekci operačního pole provádí lékař v rozsahu od žeberních oblouků po horní třetinu přední plochy stehen. (Macků, 1995)

Jednotlivé operační fáze směřují od úponu adnex směrem k cervixu. Operátér nejdříve uvolňuje dělohu od oblých vazů a úponů adnex nebo lig. infundibulopelvicum, pokud je připojena i adnexectomie. Následuje protěti obou širokých vazů děložních, vesicouterinní pliky a sesunutí močového měchýře. Velkou pozornost je nutno věnovat aa. uterina. Ligamenta sacrouterina nejprve podvážeme a až poté prostříháme. Jemnými preparačními nůžkami je prostříženo i vesikocervikální septum. Následnou incizi pochvy může operátér provést příčně vzadu, vpředu nebo podélně, dále separuje hrdlo od pochvy a po odstranění dělohy je nutno provést suturu poševních okrajů. V poslední fázi operace má operátér možnost využít mnoha modifikací, jak provést uzávěr pochvy, zrekonstruovat závěs poševního pahýlu a jaké okolní struktury k tomu použít. Dnes již není kladen takový důraz na provedení viscerální peritonealizace. Pokud tento úkon provedeme, je nutné se vyvarovat možného zauzlení ureteru. Případná inkorporace ovaria pomocí přišítky zbytku ligamentum ovarii proprium do prostoru vrcholu pochvy s sebou často přináší pánevní bolesti. (Zábranský, 2006a)

2.3 Indikace a kontraindikace

Lze říci, že existuje celosvětový odklon od dominantního podílu abdominální hysterektomie (AH). Zásadními indikacemi k abdominální hysterektomii tak v současné době

zůstávají myomy, které pro svou velikost nedovolují zvolit přístup laparoskopický nebo vaginální nebo jsou kombinovány s přídatnými nálezy na adnexech, event. kombinaci objemné myomatózy a úzké pochvy. V případě myomů neexistuje u laparotomie žádný velikostní limit. Stejně tak častou indikací je dysfunkční krvácení či krvácení organického původu. Dále se mezi indikace řadí endometrióza, těžké zánětlivé a pozánětlivé stavy, chronické bolesti v pánvi, prekanceróza endometria a cervixu a další afekce v pánvi. V neposlední řadě také málo frekventované indikace poporodní pro neztišitelné krvácení. Tato indikace ovšem vyžaduje naprosto specifický přístup a značnou zkušenost operátéra. Záborský (2006a)

Kontraindikace pro abdominální hysterektomii nejsou v podstatě žádné.

2.4 Výhody a nevýhody

Papadopoulos (2010) hodnotí abdominální hysterektomii jako nejvíce zavedenou metodu odstranění dělohy, která dává operátorovi výhodu možného přímého dotyku tkání. Je zde nepostradatelná možnost řešit veškeré nalezené patologie z dostatečně velkého přístupu, což je velkou výhodou především při vzniku perioperačních komplikací, jako je krvácení. Výhodou také nepochybně je, že operátorovi je k dispozici velmi dobrá přehlednost operačního pole. Navíc tento operační přístup nevyžaduje drahé speciální přístroje na rozdíl od laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie (LAVH).

Laparotomický přístup je navíc možno provést v jakékoliv situaci a v podstatě pro jakoukoliv diagnózu. Navíc většina operátorů je v břišní operativně erudovanější a cítí se tak bezpečněji než v jiných přístupových cestách. V hierarchii gynekologických přístupů zůstává laparotomie většinou na posledním místě, ovšem v případě závažného nálezu je naprosto dominantní volbou. (Záborský, 2006a)

Ovšem laparotomický přístup není úplně vhodný pro každou klientku, především je-li v její situaci zvýšení operačního rizika. Při AH se značně prodlužuje operační čas a je zde zvýšená pooperační morbidita i mortalita. Navíc i laparotomie má svá specifická rizika a nevýhody jako jizvy, střevní problémy, adheze a další. (Záborský, 2006a)

2.5 Komplikace

Mára (2009, str. 87) ve své knize ke komplikacím abdominální hysterektomie uvádí:

„Při komplikaci jednotlivých hysterektomií nebyly potvrzeny statisticky významné rozdíly v komplikacích mezi jednotlivými typy. Weber a Lee našli u AH 9,1 %, u laparoskopické hysterektomie

8,8 % a u vaginální hysterektomie 7, 8 % komplikací. V randomizované studii Lumsdena a spol. byly ve spojitosti s abdominální hysterektomií identifikovány závažné komplikace ve 3 % a méně závažné komplikace asi ve 14 % případů. Jiná studie udává při porovnání výskytu komplikací incidenci 27% u vaginálních hysterektomií a 49 % u AH. Při porovnání hodnot četnosti komplikací mezi jednotlivými studii je zřejmé, že statistické rozdíly v počtu komplikací souvisí také s rozdílnou metodikou a definicí pojmu komplikace.“

Holub (2005) rozděluje komplikace na pooperační, časné pooperační a pozdní operační. Zmiňuje i fakt, že časné peroperační komplikace nejsou zcela přesně časově definovány. Uvádí se 24 hodin až 7 dní.

Mára (2009) dále zmiňuje i obecné konstatování, že u všech typů hysterektomie jsou komplikace častější, než registrujeme. Stupeň rizika vzniku těchto komplikací nedovede v současné době stanovit žádný zdravotnický systém.

2.5.1 Peroperační komplikace

Nejčastější a zároveň nejzávažnější chirurgické komplikace, které se vyskytují při AH, jsou krvácení a poranění okolních tkání a orgánů. Především poranění močovodu je nejobávanější komplikací. Dochází k němu v 0,1 – 0,2 %. U krvácení navíc závisí na obecných rizikových faktorech jako je věk, diabetes mellitus, nadměrná heparinizace a dále i na lokálních faktorech např. retroperitoneum, změněná topografie, kvalita tkání atd. (Zábranský, 2006a)

Mára (2009) navíc vzhledem k možnosti poranění ureterů připomíná, že v případě výskytu cervikálního myomu je nutno pamatovat na specifický postup. Myom vyskytující se v kaudální části dělohy a hrdla totiž mění výrazně topografické poměry v oblasti močového měchýře a ureterů.

2.5.2 Časné pooperační komplikace

Může zde vzniknout krvácení, které někdy probíhá okultně a manifestuje se až po uplynutí několika hodin náhlou hypotenzí, tachykardií a distenzí stěny břišní. Tyto příznaky mohou být z počátku maskovány bolestí z operační rány a podáváním analgetik. Dále se vyskytuje častá infekční morbidita doprovázená morbiditou febrilní. Vznik infekce potencuje samotná laparotomie, větší krevní ztráta, prodloužený operační čas, zvýšená lokální traumatizace operační rány ekartéry a spekuluje se i o nepřiměřeně dlouhé době ponechání močového katétru. Měli bychom se pokusit minimalizovat vznik infekce neagresivní vaginální přípravou, preparací ve známých anatomických vrstvách, prováděním pečlivé hemostázy a někdy je vhodné použití krátkodobé drenáže. Zároveň je vhodné podat antibiotickou

profylaxi v takovém čase, aby její terapeutická koncentrace byla účinná ve tkáni již při úvodní incizi. Časných pooperačních komplikací je opravdu velké množství. Ovšem důležitější než uvádět celý jejich výčet je upozornění na pečlivou registraci nevysvětlitelných subileózních příznaků, subfebrilií, nespecifických bolestí. Vzniká tak podezření na ligaturu močovodu, přítomnost infikovaného hematomu, abscesu či pánevní flebotrombózu. Pečlivý monitoring vyžadují i klientky po výkonech v bezprostřední blízkosti střeva, či přímo na střevě. (Zábranský, 2006)

Mára (2009) připomíná, že pokud se vyskytnou některé z výše uvedených pooperačních obtíží a stavů, je včasné uplatnění moderních diagnostických postupů (sonografie a CT dutiny břišní a pánve, laboratorní hematologické vyšetření, hemokultura, CRP) postupem lege artis.

2.5.3 Pozdní pooperační komplikace

Do pozdních pooperačních komplikací můžeme zařadit především adhezivní proces v dutině břišní nebo v malé pánvi. Kučera (2009) hodnotí vznik adhezí jako iatrogenní komplikaci operačního výkonu a dodává, že s narůstajícím počtem břišní chirurgie i přímo úměrně narůstá výskyt adhezí v dutině břišní. U žen, které prodělaly větší gynekologický operační zákrok, se vyskytují adheze v 60 - 90 %. Vzniklé adheze nemusí působit žádné potíže, ovšem často způsobují řadu chronických klinických obtíží. Mezi tyto obtíže můžeme zařadit riziko střevní obstrukce, neplodnost a především chronickou pánevní bolest. Problém nastává i v případě, musí-li žena podstoupit další zákrok. Adheze významně prodlužují celkový čas operačního výkonu, dále je zde vysoké riziko poranění orgánů dutiny břišní, především střev a v neposlední řadě je zvýšená pravděpodobnost novotvorby adhezivního procesu po operaci.

3 VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

3.1 Charakteristika a druhy

Holub (2005) připomíná, že vaginální hysterektomie se skrývá pod různými názvy. Např. – hysterectomia vaginalis, transvaginalis, colpohysterectomy, extirpatio uteri vaginalis, panhysterectomia vaginalis. V každém případě se jedná o odstranění dělohy vaginální cestou.

Zábranský (2006b) se domnívá, že nejvhodnějším názvem by byla hysterektomie transvaginální, jelikož v tomto případě je pochva použita jako přístupová cesta a tomu by měl odpovídat i název výkonu.

Modalit vaginální hysterektomie (VH) je velké množství a různé varianty se mohou sumarizovat. Každou VH můžeme doplnit o adnexectomii a to jednostrannou či oboustrannou nebo provést tzv. prostou VH s ponecháním adnex. Stejně tak můžeme k VH připojit poševní plastiku či jiné rekonstrukční zákroky. (Rob, 2008)

Mára (2009) upozorňuje, že anatomické podmínky značně ovlivňují operační techniku VH. Základní postupy jsou VH extrafascialis a VH intrafascialis. Mezi další modalit VH řadíme VH pro sestup a výhřez rodidel, VH při objemné děloze a VH standardní. Právě VH pro objemnou dělohu je specifická pro benigní patologie děložního těla. Další četné modifikace se nacházejí i ve způsobu podvazu závěsných struktur. Dále i ve stylu uzávěru vrcholku pochvy a provedení jejího závěsu. Z množství všech modifikací je patrné, že bychom jen těžko hledali jedinou spolehlivou a bezpečnou metodu vaginálního odstranění dělohy. Vždy je nutno postup zvažovat individuálně u každé klientky. Všeobecně platí, že zvolený způsob by měl být co nejjednodušší, ve známých anatomických vrstvách a s co nejmenší potřebou nástrojů.

Zábranský (2006b) dodává, že i přes skutečnost, že u poporodních hysterectomií je naprosto dominantně zastoupená AH, u neakutních stavů, především mimo období raného šestinedělí, může být s výhodou provedena VH. V tomto čase jsou tkáně značně prosáklé a je zde vynikající pohyblivost dělohy. Proto je preparace velmi snadná a erudovaný operátor nemusí mít z takového zákroku obavy.

3.1 Operační technika

3.2.1 Standardní vaginální hysterektomie

Při tomto druhu odstranění dělohy většinou děloha dosahuje maximální velikosti, která odpovídá druhému měsíci gravidity.

Klientka zaujímá na operačním stole gynekologickou polohu. Po dezinfekci operačního pole a zarouškování, operatér proniká do dutiny břišní po cirkumcizi poševní stěny v místě, kde se pochva upíná na hrdlo děložní. Mnoho operatérů provádí před tímto krokem infiltraci vazopresorickou látkou. Mezi nejčastěji používané látky patří suprakain, vazopresin či adrenalin. Suprakain navíc vedle látky vazopresorické obsahuje navíc i lokální anestetikum, které snižuje vnímání bolestivosti operačního pole, což je přínosné především v bezprostředním pooperačním čase. Cirkumcize má nejčastěji tvar ovoidní tvar, případně tvar obrácené kapky, přičemž dolní ramena se sbíhají u čísla 6 v ostrém úhlu. Tímto postupem se snažíme zachovat optimální délku pochvy. Po protěti a vysunutí poševních stěn následuje otevření peritonea vzadu a protnutí supracervikálního septa vpředu. Následně po odsunutí močového měchýře lze snadno protnout vezikouterinní pliku. Po postupném podvázání a přerušení vazů děložních a cév lze stáhnout dělohu a dokončit operaci po odstřížení zbytku děložního parametria a struktur rohu děložního. Je uzavřena dutina břišní a provedena peritonealizace. Nakonec je uzavřen pahýl pochvy. (Mára 2009)

3.2.2 Vaginální hysterektomie pro descensus rodidel

Dle Máry (2009) je velmi důležité se při této variantě vaginální hysterektomie během preparace soustředit na dislokaci močového měchýře a ureterů. Dále pak během rekonstrukční fáze se soustředíme na úpravu defektů a vytvoření dobrého závěsu pro pahýl. V některých případech je pokles dělohy doprovázen výskytem drobných myomů.

3.2.3 Vaginální hysterektomie při objemné děloze

Nielsen (2011) konstatuje, že vaginální hysterektomie je zřejmě nejobtížnější na zvětšené děloze a k jejímu provedení je tedy zapotřebí, aby operatér byl dostatečně zkušený a ovládal pokročilejší operační techniky.

Mára (2009) konstatuje, že do hmotnosti 400 - 500g lze dělohu bez větších obtíží odstranit, je-li děloha pohyblivá alespoň v jednom směru. Pokud by děloha nebyla stažitelná, musí být mobilní alespoň kraniálně. V případě, že děloha má větší hmotnost než je výše uvedená,

je nutné zvažovat, zda provést vaginální přístup, a to i z jiných hledisek. Především z pohledu bezpečnosti výkonu pro klientku. U objemných děloh je vždy nutno připojit k operaci některou z redukčních metod.

3.2.4 Redukční metody

Amputace cervixu

Při objemné či špatně stažitelné děloze můžeme použít amputaci hrdla, která značně zjednoduší průběh operace. Použití je především u myomatózních děloh ještě před ligaturou děložních tepen.

Hemisekce

Při menších či středně velkých dělohách můžeme jako první manévr použít právě tento poloviční řez na děložním těle. U větších myomů je vhodné ji zkombinovat s morselací.

Morselace

K morselaci přistupujeme v případě, že normální či mírně zvětšená děloha nelze stáhnout do pánve, a to ani po protěti sakrouterinních vazů a postranních parametrií. Dále u velké myomatózní dělohy, kdy už před začátkem operace je základním předpokladem k úspěšné extrakci právě provedení morselace. Jedná se o vytínání svalové hmoty pomocí skalpelu do té doby, než dosáhneme takové velikosti dělohy, která lze snadno extrahovat před zevní rodidla.

Myomektomie

Myomektomii neboli enukleaci myomu obvykle kombinujeme s hemisekcí a morselací. U menších myomů nejprve prořízneme svrchní kapsuly a následně myom odstraníme. Větší myomy většinou morselujeme a odstraňujeme po částech.

Coring

Pro menší myomatózní dělohy je vhodné použít právě tuto techniku. Operatér provádí centrální vyřezání pomocí cirkulárního iniciálního řezu, který má za následek utvoření kónického útvaru. Tento úkon zmenší celkový objem dělohy natolik, že následná exstirpace je již snadná. (Mára, 2009)

3.1 Indikace a kontraindikace

Holub (2005) vyjmenovává indikace pro provádění VH. Mezi ně řadíme myomatózní dělohu (30 %), ať už se jedná o samostatnou indikaci nebo sdruženou, patologické krvácení,

sestup genitálu, adenomyózu, chronické bolesti v oblasti malé pánve a prekancerózy cervixu či endometria.

Dále Mára (2009) dodává, že kritériem pro indikaci VH je prostornost pochvy alespoň pro 2 prsty, pohyblivost dělohy a odpovídající velikost myomu. Ve většině zemí je udáván limit pro standardní velikost myomatózní dělohy, který nepřesahuje 12. týden gravidity nebo hmotnost 300g. Aby byla VH provedena maximálně efektivně a bezpečně, je nutné správné zhodnocení výše uvedených kritérií.

Guvenal (2010) připomíná, že ačkoliv je obvykle známo, že vaginální odstranění dělohy je při splnění těchto kritérií bezpečné, tak volba tohoto postupu závisí také na odborných zkušenostech operátora.

Mára (2009) dodává, že odpovídající erudice operátora, výběr správně pohyblivé dělohy a prostorné pánve následně umožňuje provedení VH i u myomatózních děloh, které značně převyšují velikostí a hmotností výše uvedené limity.

Kontraindikace jsou podle Holuba (2005) v poslední době velmi flexibilní. Mnohé se staly zcela relativními a operátor při jejich zvažování musí brát v potaz další faktory, např. stavy po laparotomiích. I přes fakt, že se většina kontraindikací posuzuje individuálně, při erudici lékařů se limity pro vaginální operování uvádějí. Řadíme sem velikost dělohy nad 12. týden gravidity, objem dělohy nad 300ml / 280 – 300g, omezenou děložní pohyblivost, adnexální patologie/ tumory, endometriózu, úzkou pochvu nebo nepřístupný cervix. Zábranský konstatuje, že s nabývajícím zkušenostmi operátor nepovažuje velikost 16. Týdne, objem 400ccm, mobilní benigní ovariální patologii či špatnou pohyblivost dělohy za kontraindikaci k provedení operace. Dokonce Zábranský (2006b) uvádí, že většina operátorů respektuje nedogmatický velikostní limit – ekvivalent 20. týdne gravidity.

Guvenal (2010) řadí mezi relativní kontraindikace objemnou dělohu, nuliparitu nebo předchozí pánevní operace. Tyto faktory způsobují obtíže při výkonu. Mohou zvyšovat výskyt komplikací při výkonu. Nicméně zkušení operátoři a propagátoři VH, díky použití technik jako morselace či hemisekce dělohy, zvládají operovat i klientky s těmito obtížemi.

3.1 Výhody a nevýhody

Holub (2005) vyjmenovává hlavní výhody vaginální operativy:

- fakt, že VH je v podstatě extraperitoneálním výkonem. Pro vstup do malé pánve je zapotřebí pouze malého peritoneálního otvoru

- chybí zde incize stěny břišní, tudíž odpadají i všechna její rizika a komplikace
- manipulace se střevy je omezena na minimum
- u rizikových, obézních a starších pacientek je VH velmi dobře tolerována
- tento výkon je také spojen s kratším časem, minimální krevní ztrátou, redukcí anestezie, analgetik, antibiotik a parenterálních převodů
- taktéž je zde menší výskyt komplikací během i po výkonu a lepší rychlejší rekonvalescence s nižší morbiditou
- u vaginálního zákroku je velkou výhodou že může být proveden bez problémů ve svodné anestezii
- ekonomická výhodnost zákroku
- je zde zajištěna přirozená drenáž z Douglasova prostoru
- díky jizvě v pochvě nemá klientka žádné viditelné kosmetické následky

Holub dále konstatuje, že většina těchto výhod je společná s LAVH.

Guvenal (2010) se shoduje na příznivosti ceny vaginální hysterektomie a nízké invazivně. Tyto faktory by měli být největší motivací pro upřednostňování VH před AH.

Dle Tošnera (2010) má vaginální hysterektomie oproti AH a LAVH nejkratší operační čas a to průměrně 48 minut a je bezesporu nejlevnější.

Zábranský (2004) spatřuje výhodu VH u obézních klientek, kdy obtíže jsou mnohem menší nežli u přístupu laparotomického či laparoskopického. Stejně tak u polymorbidních klientek, především kardiorespiračních obtíží je VH nejvýhodnější.

Holub (2005) se samozřejmě zmiňuje i o nevýhodách vaginální hysterektomie. Za největší nevýhodu považuje nemožnost revize dutiny břišní. Dalším nevýhodou může být případný ztížený přístup při odstraňování adnex u specifických případů, především u starých pacientek mohou být ovaria špatně dosažitelná. Nevýhodou je technická náročnost zákroku, která vyžaduje od operátora značné zkušenosti s vaginálním operováním.

Rob (2008) podotýká, že většina příznivců vaginálního operování vyzdvihuje nutnost vycvičené asistence. Problém může nastat i při výskytu četných adhezí po předchozích výkonech či onemocněních.

3.1 Komplikace

3.5.1 Peroperační komplikace

Holub (2005) považuje za dominující komplikace v tomto období pooperační krvácení a poranění. Závažné krvácení se podle Holuba vyskytuje asi v 1 % případů. Krevní transfuzi je nutné podat asi v 5 % případů. Lokální instalace vazopresorů velmi příznivě ovlivňuje krevní ztrátu během operace. Při vaginální hysterektomii je druhou nejčastější pooperační komplikací poranění okolních orgánů. Mezi nejčastěji poraněné orgány patří močový měchýř, uretery a rektum.

3.5.2 Časné pooperační komplikace

Holub (2005) řadí mezi časné pooperační komplikace krvácení, infekci v ráně a okolí, septický šok, pánevní flebotrombózu, tromboflebitidu, vzácněji paralytický ileus nebo obstrukční ileus a mnoho dalších. Časných pooperačních komplikací je opravdu celá řada. Krvácení se jako časná pooperační komplikace vyskytuje asi v 1,5 % případů v prvních 24 hodinách. Dále se může objevit i poranění periferních nervů související s uložením klientky na operační stůl. Rizikovými faktory, které přispívají k rozvoji těchto časných pooperačních komplikací, jsou operační čas, krevní ztráta a déletrvající katetrizace. Nutno uvést, že velkou roli hraje i věk, prodloužená hospitalizace obecně, konkomitantní výkony, pooperační hypotenze, diabetes mellitus a nepochybně i imunologické a mikrocirkulační poruchy.

3.5.3 Pozdní pooperační komplikace

Holub (2005) doplňuje, že stejně jako časných pooperačních komplikací je i pozdních komplikací celá řada. Proto ve své publikaci uvádí jen některé, například infekci, hematoma, absces, sekundární krvácení, granulom, prolaps vejcovodu, močové potíže, včetně instability měchýře, retenci moči, iatrogenní stresovou inkontinenci, fistula, prolaps pochvy, její zkrácení, striktury či ponechání cizího tělesa. Dodává také, že základní komplikace jako krvácení, transfuze, zánět, poranění či nutnost reoperace oscilují přibližně v 8 %, kdežto celkové komplikace rozšířené o nechirurgické, kardiopulmonální, cévní, anesteziologické a jiné asi v 16 %.

Na závěr nutno dodat, že vaginální hysterektomie je zatížena relativně nízkým procentem komplikací. Ovšem jejich záchyt je z pohledu komplexnosti obtížný a nejčastěji se po vaginální hysterektomii vyskytují záněty a krvácení. Úmrtnost po tomto zákroku je asi 3 případy na 10 000 operací. (Holub, 2005)

4 LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

4.1 Charakteristika a druhy

Donnez (2009) konstatuje, že laparoskopie je bez pochyby nyní široce uznávaná jako nepostradatelný postup v gynekologické chirurgii.

Mára (2009) definuje, že pod pojmem laparoskopická hysterektomie můžeme v širším slova smyslu nalézt všechny typy výkonů, které více či méně napomáhají k odstranění dělohy laparoskopickou cestou. Pro příklad uveďme laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii (LAVH), vaginálně asistovanou laparoskopickou hysterektomii (VALH), laparoskopickou supracervikální hysterektomii (LSH), totální laparoskopickou hysterektomii (TLH) atd. Pro účely této práce se však budeme zabývat pouze laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií (LAVH).

Holub (2006) vidí pod pojmem laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie výkon, u kterého je předpoklad, že jedna část operace proběhne z laparoskopického přístupu a druhá část bude provedena vaginálně. LAVH je nejvíce rozšířeným typem v České republice z celé řady laparoskopických hysterektomií. Spojuje v sobě výhodu kombinace laparoskopického a vaginálního přístupu při odstraňování dělohy. LAVH můžeme rozdělit na superiorní typ, kdy děložní cévy podvazujeme vaginálně nebo inferiorní typ kdy jsou děložní cévy koagulována a podvázány během laparoskopické fáze. V České republice je podstatně preferovanější superiorní typ. Někteří operatři navíc rozlišují ještě situaci, kdy protětí pochvy provádí během laparoskopické fáze a takovýto úkon označují jako LAVH s laparoskopickou kolpotomií (LAVH-LC). Pokud provádí protětí pochvy ve vaginální fázi, označují celý úkon jako LAVH-VC. Během laparoskopické fáze může operátor provádět celé spektrum úkonů. Například lýzu adhezí, excizi ložisek endometriózy, salpingektomii a ovariektomii, disekci nebo koagulaci děložních cév, protětí přední či zadní klenby poševní.

4.2 Operační technika

Operační techniku u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie můžeme dle Holuba (2005) rozdělit do pěti fází.

4.2.1 První fáze

Nejprve uložíme klientku na operačním stole do modifikované litotomické polohy po uvedení do celkové anestezie. Je provedena příprava a dezinfekce operačního pole a to v rozsahu od horních žebních oblouků, přes zevní rodidla po přední horní třetinu stehů. Následuje zavedení permanentního močového katétru a děložního manipulátoru. (Kučera, 2004)

Holub (2005) považuje zavedení manipulátoru za iniciální krok, jenž dovoluje manipulovat dělohou ve všech směrech a umožňuje napodobit děložní trakci při laparotomii. Především u velkých myomatózních děloh či u rozsáhlých subserózních myomů umístěných na zadní stěně, je použití vhodného manipulátoru základním předpokladem k úspěšnému provedení laparoskopické fáze operace. Vhodné je také pro bezkrevné poševní operační pole a zlepšení orientace v anatomických vrstvách aplikovat před zahájením druhé fáze intracervikálně pomalu působící vazokonstrikční agens.

4.2.2 Druhá fáze

Při druhé fázi se provede insuflace CO₂ pomocí Veressovy jehly. Ke stanovení správného zavedení do intraperitoneálního prostoru se používají tyto testy:

- operatér kontroluje odpor při průtoku CO₂ Veressovou jehlou
- “Snap test“ - tento test je založen na průniku jehly strukturou fascie a peritonea
- Palmerův test – aspirační test
- “Quadro test“ - tento test hodnotí insuflační tlak, průtok plynu, intraabdominální tlak a celkové množství plynu insuflovaného intraabdominálně
- zvukový test – vymizení pokleповého ztemnění nad játry

Po založení pneumoperitonea je zaveden 11mm teleskopický port v pupku pro 10mm optiku. Následuje Trendelenburgova poloha, kterou provádíme vždy až po insuflaci CO₂ a zavedení trokaru pro optiku. Pomocí suprasymfyzeálních vpichů zavádíme dva až tři trokary velikosti 6mm pro 5mm operační nástroje. Tyto trokary vždy zavádíme pod zrakovou kontrolou s cílem vyhnout se poranění a. epigastrica inferior. Zároveň musíme respektovat anatomické poměry v pánvi a dutině břišní. (Kučera, 2004)

4.2.3 Třetí fáze

Mára (2009) upozorňuje, že prvním krokem po zavedení portů by měla rozhodně být inspekce dutiny břišní a orgánů malé pánve. Jako první krok samotné LAVH operatér

disekuje lig. infundibulopelvicum, pokud je připojena adnexektomie. Pokud operace adnexa zachováva je disekováno uteroovarické ligamentum. Tyto kroky samozřejmě vždy předchází zajištění hemostázy. V dalších krocích je protnuto lig. rotundum a zadní list lig. latum uteri, sesunuta vezikouterinní plika a močový měchýř. Pokud operátor provádí inferiorní typ LAVH, následuje izolace děložních cév a jejich okluze při hraně děložní v úrovni vnitřní branky hrdla. Koagulaci a protětí ligg. sacrouterina je výhodné provést laparoskopicky u pacientek s endometriózou nebo jestliže je předpoklad horší stažitelnosti dělohy.

4.2.4 Čtvrtá fáze

Nyní přecházíme k poševní fázi operačního zákroku. Na začátku se instiluje rychle účinkující vasokonstrikční agens do tkání hrdla, pokud již nebyl v první fázi aplikován agens dlouhodobě působící. Zahajujeme tedy klasickou cirkulární incizí s otevřením obou exkavací. Pokud v laparoskopické fázi operátor sesunul močový měchýř a protnul vezikouterinní pliku, je značně ulehčen a urychlen průnik do prostoru mezi měchýřem a dělohou. Následující postup se již neliší od standardního přístupu při vaginální hysterektomii. Pokud je myomatózní děloha většího rozměru, je výhodné použít některou z vaginálních modelačních technik. Po odstranění dělohy provádí operátor kontrolu pahýlů disekovaných závěsných struktur a svazků cév děložních. Poševní fáze je zakončena suturou poševní incize a založením tamponády dle zvyklosti operátora. (Mára, 2009)

4.2.5 Pátá fáze

Na závěr celé operace je znovu obnoveno pneumoperitoneum a laparoskopicky je provedena inspekce operačního pole. Eventuálně může být doplněna drenáž malé pánve a to nejčastěji sukčním Redonovým drénem. Tento krok lze provést laparoskopicky nebo případně před suturou poševního pahýlu vaginálně. Nakonec jsou odstraněny porty za pečlivé kontroly peritoneálních incizí a provedena sutura břišních incizí. (Mára, 2009; Holub, 2005)

4.3 Indikace a kontraindikace

Mára (2009) upozorňuje, že právě benigní choroby pánevních orgánů a vnitřního genitálu jsou zcela dominantními indikacemi k endoskopickému odstranění dělohy. Mezi těmito chorobami jednoznačně převládá děložní myomatóza. Nalezneme zde ale i endometriózu, dysfunkční krvácení, pelvialgie či prekancerózy děložního hrdla, těla a ovaria.

Holub (2006) připomíná, že výčet kontraindikací pro LAVH je nutno chápat pouze jako určité schéma. Není vyloučeno provádění rizikových výkonů v návaznosti na nové technologie, vývoj postupů a zvyšující se erudice operatérů.

Absolutní kontraindikace

Kučera (2004) zde uvádí např. mechanický nebo paralytický ileus, rozsáhlou peritonitidu, šokové stavy, rozsáhlou břišní kýlu, respirační a kardiální insuficienci nebo hemoperitoneum.

Relativní kontraindikace

Dle Kučery (2004) jsou právě tyto kontraindikace výrazně odlišné od operátéra a pracoviště. Řadí mezi ně mnohočetné a rozsáhle laparotomické jizvy, zánětlivé procesy ve stěně břišní, nadměrnou obezitu, interní choroby a koagulopatie.

Holub (2006) tento výčet ještě doplňuje o stavy, kdy klientka není schopna podstoupit výkon v Trendelenburgově poloze a velikost dělohy, která přesahuje 12. týden gravidity.

Mára (2009) považuje právě obezitu za typický příklad relativní kontraindikace, u níž došlo díky příznivým výsledkům řady prací ke změně úhlu pohledu. Některé studie neprokazují významný rozdíl mezi obézními a neobézními operantkami při komparaci většiny klinických parametrů (krevní ztráta, hmotnost dělohy, délka operace a hospitalizace, pooperační komplikace). Jiné studie v případě žen s vyšším BMI prokázaly pouze vyšší riziko laparokonverze či krevní ztráty nad 500ml případně delší operační čas. Ovšem ostatní parametry byly srovnatelné.

4.4 Výhody a nevýhody

Laparoskopicky asistovaná hysterektomie spojuje výhody abdominální a vaginální hysterektomie při zachování minimální invazivity zákroku. Často je proto na některých pracovištích preferována. (Riegl, 2002)

Papadopoulos (2010) nachází hned několik výhod laparoskopické hysterektomie. Laparoskopická operativa nabízí dobrý výhled na celou břišní dutinu, možnost zvětšení zachycovaného obrazu na obrazovce, lepší schopnost provádět jemnou manipulaci a úkony s tkáněmi, krevní ztráta je většinou minimální a také trombotické komplikace jsou u tohoto přístupu méně časté. Kromě toho u laparoskopických postupů jsou srůsty v porovnání s laparotomickým přístupem v podstatě vzácné. Pociťovaná bolest po operačním zákroku je menší, obnova funkce gastrointestinálního traktu je rychlejší, jizvy jsou velmi malé

a estetické a doba hospitalizace zůstává krátká. Navíc je jistě velkou výhodou možnost pořízení videozáznamu celého průběhu výkonu.

Tošner (2010) udává, že hospitalizace po laparoskopické hysterektomii je o 1 den kratší a subjektivní pocit žen je lepší.

Kučera (2009) potvrzuje, že oproti laparotomii má laparoskopie prokazatelně menší riziko vzniku adhezí k přední stěně břišní nebo v oblastech mimo operované místo. Ovšem ani tento minimálně invazivní přístup nedokáže zcela eliminovat vznik adhezí.

Donnez (2010) spatřuje výhodu především v menší míře bolestivosti po výkonu a snížení míry nepohodlí pro klientku. Klientka se vyhne bolestivému břišnému řezu a je zde i nižší riziko vzniku infekce a ileu. Operatérovi umožňuje laparoskopie usnadněný přístup k děložním cévám, močovým a pochvě.

Papadopoulos (2010) ovšem přese všechny výhody poukazuje i na nevýhody, které laparoskopická část hysterektomie obnáší. Zaprvé je potřeba erudovaný operátor, který ovládá laparoskopickou techniku. Není zde možnost přímého dotyku operátora na tkáň, operátor se musí orientovat na obrazovce ve dvou rozměrech a musí ovládat obtížnou manipulaci s laparoskopickými nástroji. Samozřejmostí je také potřeba pořízení drahých specializovaných přístrojů a příslušenství. Nevýhodou je i riziko poranění břišních orgánů při zavádění prvního vpichu naslepo do dutiny břišní. Především riziko poranění aorty u hubených žen. Klientky také mohou mít obtíže z operační Trendelenburgovy polohy. Je zde i zvýšené riziko tromboembolie v peroperačním čase a v bezprostředním pooperačním čase v důsledku operování při zvýšeném nitrolebním tlaku.

4.5 Komplikace

Mára (2009) rozděluje komplikace LAVH na obecné komplikace při laparoskopii a na specifické komplikace při LAVH. Do obecných spadá poranění epigastrických cév, poranění orgánů dutiny břišní a velkých cév retroperitonea, vznik infekce nebo hernie v místě incize. Specifické komplikace jsou poranění orgánů malé pánve, pahýlový hematom, absces nebo infekce.

Donnez (2010) spojuje laparoskopickou hysterektomii s vyšším procentem komplikací, zejména pokud jde o poranění močových cest, ve srovnání s abdominální hysterektomií.

Tošner (2002) dodává, že po laparoskopii jsou klientky dvakrát častěji reoperovány nežli po abdominálním zákroku.

Mára (2009) dodává, že poranění močového měchýře se vyskytuje v 0,5 – 1 % případů LAVH.

Přehledný výčet laparoskopických komplikací přináší Kučera (2004), jenž je také rozděluje do již známých kategorií peroperačních, časných a pozdních pooperačních komplikací. Podotýká také, že hodnocení komplikací je často velmi subjektivní. Rozhodující jsou především závažné komplikace, které se ovšem daří díky erudici a vybavení snižovat.

4.5.1 Peroperační komplikace

Tyto komplikace se mohou vyskytnout už od samého začátku operace, a to díky chybnému metodickému provedení laparoskopie. Při průniku do peritoneální dutiny vzniká až 22 % všech komplikací. Např. preperitoneální insuflace CO₂, perforace dolních epigastrických cév, poranění velkých cév nebo stěva Veressovou jehlou nebo trokarem. Tyto komplikace vznikají především u hubených žen, kde vzdálenost aorty od kůže činí asi 3 cm. K poranění stěva dochází častěji u klientek s adhezivním procesem v dutině břišní po předchozích laparotomiích nebo traumatech. V průběhu výkonu může dojít k poranění nitrobřišních orgánů, retroperitoneálních cév a močovodů. Komplikaci může způsobit i instrumentárium, především pokud selže nebo je špatně použito. Během zákroku může dojít i k ruptuře a diseminaci benigního ovariálního tumoru, jako je například dermoid. Rovněž nežádoucí je diseminace Sampsonovou “čokoládovou“ cystou. Samostatnou kapitolu by pak mohly tvořit anesteziologické komplikace vzniklé díky negativnímu vlivu kapnoperitonea a Trendelenburgovy polohy.

4.5.2 Časné pooperační komplikace

Vznikají především v důsledku operačního výkonu. Nejčastěji krvácení, bakteriální nebo chemická peritonitis, poranění GIT, pánevní zánět či jiná infekce.

4.5.3 Pozdní pooperační komplikace

V místě vpichu může vzniknout hernie, především pokud byla incize větší než 12 mm nebo zde může vzniknout infekce. Po enukleaci myomu či resekci ovárií je riziko vzniku pooperačního adhezivního procesu. Vzhledem k použití vysokofrekvenčního proudu mohou vzniknout fistuly, nekrózy a to hlavně v oblasti GIT a močového systému. Asi největším nebezpečím je přerušování ureterů. (Kučera, 2004)

5 OŠETŘOVATELSKÁ POOPERAČNÍ PÉČE

5.1 Pooperační období

Mikšová (2006) definuje pooperační fázi jako stav, který začíná probuzením klientky z anestezie. Stav po anestezii je charakteristický tím, že klientka má zhoršenou schopnost reagovat na vnější stimuly. V pooperační fázi se postupně všechny funkce organismu navracejí k výchozímu stavu. A právě na tyto změny je zaměřena ošetrovatelská péče v pooperačním období.

Juřeníková (1999a) klasifikuje stav, který musí klientka splňovat, aby mohla opustit operační sál. Jedná se o stav, kdy jsou již navraceny obrané reflexy. Klientka spontánně dýchá, je oběhově stabilní, na výzvu je schopna zvednout hlavu nad podložku, vypláznout jazyk nebo si odkašlat.

Slezáková (2010) uvádí možnosti, kam může být klientka po operaci umístěna. Po náročných a dlouhotrvajících výkonech a především pokud je nutné po výkonu pokračovat v umělé plicní ventilaci, je klientka převezena z operačního sálu na anesteziologicko-resuscitační oddělení nebo na jednotku intenzivní péče. Dále jsou k zajištění bezprostředního pooperačního období v některých zařízeních zřízeny pooperační pokoje, které jsou součástí operačního traktu. Zřízením těchto dospávacích pokojů je zajištěna anesteziologická péče brzy po operaci, která předchází časným operativním komplikacím, jako například přetrvávající relaxace dýchacích svalů, laryngospasmus, nebezpečí zapadávání jazyka nebo aspirace zvratků. Na pooperačním pokoji klientka pobývá přibližně dvě hodiny, poté je přeložena na jednotku intenzivní péče nebo standardní oddělení. V případě překlady na jednotku intenzivní péče je klientka následně po 24 hodinách a dle aktuálního stavu přeložena na standardní oddělení. Ze standardního oddělení je propuštěna do domácí péče podle druhu operace a aktuálního stavu.

5.2 Základní okruhy pooperační péče

Juřeníková (1999a) upozorňuje na fakt, že veškerá specifika ošetrovatelské péče se řídí především stavem klientky, zvyklostmi oddělení, požadavky operátora a také druhem výkonu.

5.2.1 Monitorace fyziologických funkcí

Dle Slezákové (2010) u klientky monitorujeme fyziologické funkce v první hodině po 15 minutách, v další hodině po 30 minutách a následujících 24 hodin každou hodinu. Monitorujeme stav vědomí, hodnoty a kvalitu dechu, tepu, tělesné teploty, krevního tlaku a křivku EKG pomocí monitoru. Získané údaje se zaznamenávají do příslušné dokumentace. Dále ošetřující personál v dokumentaci nalezne ordinace operátéra a anesteziologa ohledně podání léků, infuzních roztoků, transfuzí a pokyny k specifické ošetrovatelské péči v pooperační době.

5.2.2 Poloha pacienta

Slezáková (2010) konstatuje, že klientka po operaci většinou zaujímá polohu na zádech s mírně zvýšenou hlavou a hrudníkem pro snadnější ventilaci a odkašlávání. Klientka v podstatě může zaujmout polohu, která jí vyhovuje, pokud při takové poloze nehrozí útlak nebo dislokace drénů či katétrů. Ovšem při jiné poloze než na zádech, je nutné dbát na dobré rozpětí plic, na pravidelné změny polohy jako prevence plicních komplikací, vzniku dekubitů a pooperačních flebotrombóz.

5.2.3 Bolest a porucha spánku

Slezáková (2010) hodnotí bolest v operačním poli jako velice častý projev odeznění anestezie. Pokud hojení rány probíhá per primam, většinou sledujeme vymizení bolesti v operační ráně po jednom až dvou dnech. Pokud ovšem intenzivní bolest přetrvává, často je příznakem hojení per sekundam a značí akutní zánět, dehiscenci rány či píštěle. O výskytu bolesti je vždy nutno informovat lékaře.

Klientka může pociťovat bolest v oblasti ramen, zad, krční páteře či v kyčlích. Tato bolest je často způsobena polohou během operačního výkonu – Trendelenburgova poloha s vysunutými DK během výkonu nebo gynekologická poloha s nadměrnou flexí a abdukci kyčelních kloubů. Bolesti v oblasti ramen mohou také souviset se zbytky záměrného pneumoperitonea během LAVH, tzv. Frenikový příznak. (Juřeníková, 1999a)

Shein (2011) zastává názor, že medikace předepsaná operátérem není vždy dostačující. Klientka musí mít možnost vyjádřit přání navýšení nedostatečné léčby bolesti. Vždy je nutné přesvědčit se, že klientka zbytečně netrpí.

Bolest u klientky vyvolává i další nežádoucí elementy. Může se objevit neklid, tachykardie, hypertenze, nedostatečná míra spolupráce a v neposlední řadě i porucha spánku. Všechny tyto faktory značně ovlivňují rekonvalescenci klientky. Lékař ordinuje analgetika opiátového typu a při poruše spánku i hypnotika.

Slezáková (2010) vyjmenovává metody, jimiž můžeme hodnotit intenzitu bolesti u klientky. Radí sem verbální škálu, kdy klientka označí bolest číslem na stupnici od jedné do deseti, přičemž stupeň deset označuje bolest nesnesitelnou nebo může použít i slovního hodnocení od slabé bolesti po nesnesitelnou. Tyto dva způsoby lze použít současně. Jako další metodu můžeme použít škálu neverbální, kdy na klientce sledujeme její paralingvistické projevy, např. pláč, vzdechy, sykání a naříkání. Sledujeme rovněž mimiku: grimasy, pohyby končetin, ucuknutí (viz příloha B).

5.2.4 Nauzea a zvracení

Nauzea a zvracení se mohou objevit jako následek premedikace, anestezie či podávání analgetik. Klientka je značně ohrožena zvracením a následnou aspirací zvratků především pokud ještě úplně neodezněla anestezie. Klientku polohujeme na bok jako prevenci aspirace a zvratky odsáváme z dutiny ústní. Dle ordinace lékaře aplikujeme parenterální cestou medikamenty. Nezapomínáme na hygienu dutiny ústní. Klientka by měla mít nadosah emitní misku a dostatek buničiny. Pokud se zvracení objeví později, příčinou bývá atonie hladkého svalstva v gastrointestinálním traktu nebo porucha rovnováhy elektrolytů. (Slezáková, 2010)

5.2.5 Hygiena

Juřeníková (1999a) radí zapojit klientku v péči o sebe sama již 0. den na lůžku. Za důležité považuje především zajištění intimního zázemí a soustředění se na oblast genitálu. Oplach genitálu na lůžku se provádí 0. den operace a nadále, dokud žena není schopna postarat se o svoji hygienu sama ve sprše. Další dny se již snažíme ženu aktivizovat k hygieně mimo lůžko. Samozřejmě po celou dobu pooperační péče dbáme na hygienu po vyprázdnění a používání hygienických přípravků a vložek. Správné dodržování hygienických návyků podporuje hojení per primam především po vaginálním zákroku.

Slezáková (2010) přisuzuje velký význam zvláštní péči o dutinu ústní v pooperačním období. Hlavní důvod je omezení příjmu tekutin per os před výkonem a nadále i určitou dobu po výkonu. Z tohoto důvodu dochází k osychání jazyka a celé sliznice dutiny ústní a tím k nepříjemnému zápachu. Často se ještě může přidružit pooperační nauzea a zvracení.

Dbáme tedy na pravidelné ošetření dutiny ústní a podle stavu klientku motivujeme k čištění zubů a vyplachování úst několikrát denně a to již 0. den po operaci.

5.2.6 Výživa

Nutno připomenout, že 0. někdy i 1. pooperační den je přísun energie a hydratace zajišťována parenterální cestou, dle ordinací lékaře. Pokud nemá klientka pooperační nauzeu, je možné pomalu zkoušet podávat tekutiny po malých doušcích přibližně 6 hodin po výkonu. Klientce nabízíme neslazený čaj po lžičkách, aby nedošlo ke zvracení. Není vhodné nabízet minerální vody ani džusy, vyvolávají nadýmání a zvracení. Platí tedy, že 0. den operace nic per os, pouze čaj po lžičkách. První den po operaci zavádíme tekutou stravu, dietu D0. Druhý den po operaci již kašovitou D1 a následný 3. den po operaci má klientka stravu normální D3. (Juřeníková, 1999a)

5.2.7 Močení

Je doporučeno odstranit zavedený močový katétr co nejdříve, pokud to stav dovoluje. Zde se obecně postupuje podle rozsahu operačního výkonu v oblasti malé pánve. U abdominálních operací odstraňujeme katétr do 24 hodin po výkonu. U vaginálních operací do 2 – 5 dnů po výkonu. Pokud bylo během operace poraněno močové ústrojí, je katétr ponechán do 7. dne po výkonu. Je nutné dodržovat všechny zásady ošetrovatelské péče o zavedený močový katétr. O močení vedeme záznam do ošetrovatelské dokumentace. Sledujeme množství, barvu, bilanci tekutin, příměsí a hustotu. Po odstranění katétru očekáváme, že se klientka vymočí do 6 – 8 hodin. (Juřeníková, 1999a)

5.2.8 Odchod plynů a stolice

Dle Slezákové (2010) je zástava plynů a stolice přechodným operačním stavem. Jedná se o dočasné zastavení střevní peristaltiky, které se projevuje meteorismem. Příznaky tohoto stavu bývá vzednutí břicha, nauzea, bolesti břicha až kolikovitého rázu. Parézu střevní pasáže můžeme zmenšit medikamentózně nebo mechanicky, tedy zavedením rektální rourky do konečníku a ponecháním in situ maximálně 20 minut. Dále pomáhá změna polohy klientky, posazování a včasná mobilizace. Důležitá je také dostatečná hydratace klientky. Obecně se funkce střev upraví do 48 – 72 hodin. K odchodu stolice obvykle dochází do 3. dne po operaci.

5.2.9 Péče o rány a drény

Juřeníková (1999a) doporučuje sledovat operační ráno podle typu operace. Při abdominální operaci sledujeme případné krvácení z nadbříšku. Všímáme si stavu krycího materiálu, tedy zda je suchý, prosáklý nebo krvavý. U vaginálního zákroku sledujeme krvácení z rodidel. Případně při zavedení poševní tamponády po vaginálním zákroku se všímáme jejího prosáknutí. Tamponáda se odstraňuje 1. den po operaci. Po LAVH kontrolujeme jak krytí jednotlivých abdominálních vstupů, tak krvácení z rodidel.

Důležité je zaznamenat množství prosakující krve na krycím materiálu a o případném krvácení informovat lékaře. Převaz krytí operační rány provádíme zásadně asepticky. Vytažení stehů, pokud nejsou vstřebatelné, se provádí podle zvyklostí zařízení 6. – 10. den po operaci. (Mikšová, 2006)

V případě drénů se Juřeníková (1999a) zmiňuje o Redonově drénu z Douglasova prostoru a volném drénu z pochvy (viz příloha C). Použití drénu závisí čistě na operatérovi a jeho preferencích. Po celou dobu zavedení drénu je nezbytné kontrolovat vzhled a množství odváděného sekretu. Zajišťovat potřebnou funkčnost, výměnu a především zamezit jeho zalomení či dislokaci. Drény odstraňujeme zásadně podle stavu klientky, odváděného sekretu a druhu operačního zásahu. Ovšem ve většině případů lze všeobecně konstatovat, že drén je odstraněn 2. pooperační den.

5.2.10 Rehabilitace

Kelnarová (2009) definuje rehabilitaci jako koordinované využití prostředků pro obnovení co nejvyššího stupně funkčních schopností klientky.

Vhodné je započít rehabilitaci již 0. den operace po stabilizaci životních funkcí aktivizací na lůžku. Rehabilitace je nejčastěji prováděna spolu s fyzioterapeutem, ale může ji poskytovat sama porodní asistentka. Rehabilitace ve smyslu fyzické aktivity provádíme u klientky ve stabilizovaném stavu, zátěž zvyšujeme postupně a úměrně stavu klientky. Rozdíl v tepové frekvenci před začátkem rehabilitace a na konci rehabilitace nemá být vyšší jak 20 tepů za 1 minutu. Za důležité považujeme především cviky, jež napomáhají fyziologii pasáže střev a předcházejí retenci moči. Cílem rehabilitace v pooperační péči je nácvik zvládnutí sebeobsluhy a prevence pooperačních komplikací např. imobilizační syndrom. (Juřeníková, 1999b)

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

Výzkumné otázky:

1. V jaké věkové skupině ženy nejčastěji podstupují hysterektomii?
2. Jaké je rozložení věkových skupin v jednotlivých letech?
3. Jaký je počet provedených hysterektomií pro benigní indikace?
4. Je rozdíl mezi počtem provedených operací v jednotlivých letech?
5. Je vztah mezi typem operace a věkem klientky?
6. Jaké benigní indikace jsou nejčastější u provedených hysterektomií?
7. Je k většině hysterektomií připojena adnexektomie?

Pracovní hypotézy:

1. Četnost vaginálních, abdominálních a LAV hysterektomií je rozdílná.
2. Mezi počtem provedených operací v jednotlivých letech je rozdíl.
3. K většině hysterektomií je připojena adnexektomie.

7 METODIKA VÝZKUMU

Pro výzkumné šetření mé diplomové práce byla zvolena metoda retrospektivní studie. Sběr dat byl proveden na Porodnicko-gynekologické klinice nemocnice krajského typu. Zkoumaným souborem byly klientky, které v letech 2009, 2010 a 2011 podstoupily abdominální, vaginální nebo laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii pro benigní indikace. Z toho vyplývá, že se jednalo o soubor, který byl vybrán záměrným výběrem. Data byla získána na základě studia operačních knih. Byla zaznamenána do předem připraveného záznamového archu (viz příloha D). Tento záznamový arch byl vytvořen v programu Microsoft Office Excel 2007 (MS Excel [online] 2013 [cit. 2013-04-28]). Údaje, které byly zpracovány, byly vybrány na základě cílů práce a dle rozsahu informací obsažených v operační knize. Zkoumanými údaji byly věk klientky, rok provedení operace, operační diagnóza, typ provedené hysterektomie a připojená adnexektomie. Při sběru dat byla zachována anonymita klientek. Sesbíraný soubor obsahuje 597 klientek ve věkovém rozmezí 28 – 89 let. Za rok 2009 se jednalo o 172 klientek, dále za rok 2010 to bylo 230 klientek a nakonec 189 klientek v roce 2011.

Analýza a zpracování tohoto souboru dat se uskutečnilo v programu Microsoft Office Excel 2007, v programu STATISTICA (STATSOFT CR s.r.o. [online] 2013) a dále byl využit také textový editor Microsoft Word 2007 (MS Word [online] 2013 [cit. 2013-04-28]). Získaná data byla zpracována do přehledných tabulek a grafů. Byly stanoveny výzkumné otázky a pracovní hypotézy. V kapitole Presentace výsledků je ke každé výzkumné otázce přiřazena náležitá tabulka a graf s daty, díky kterým je možno na výzkumnou otázku odpovědět. K hypotézám jsou taktéž přiřazeny náležité tabulky a zaznamenán výpočet, díky kterému bylo možné hypotézy otestovat. Data byla zpracována pomocí metod prosté statistiky. Stanovené hypotézy byly testovány pomocí Chí kvadrát testu s hladinou významnosti stanovenou na 5 %. (Zvárová, 2011) Celá závěrečná práce byla zpracována v programu Microsoft Office Word 2007 (MS Word [online] 2013 [cit. 2013-04-28]).

Kvantitativní výzkum založený na shromažďování dat z operačních knih byl doplněn o část zaměřenou na pooperační ošetrovatelskou péči poskytovanou klientkám po sledovaném operačním výkonu. V této části byl proveden sběr informací na oddělení pooperační gynekologie a JIP stejného zdravotnického zařízení, ve kterém byl uskutečněn sběr dat z operačních knih. Na tomto pooperačním oddělení byly zjišťovány rozdílnosti v pooperační

péči u jednotlivých typů hysterektomií. Sběr dat probíhal metodou rozhovoru se staniční sestrou, metodou studia dokumentace a metodou provádění šetřené poskytované péče. Poskytování péče a studium dokumentace bylo provedeno u tří respondentek. Každá z těchto respondentek byla hospitalizována na oddělení pooperační gynekologie a JIP poté, co podstoupily na daném pracovišti operační výkon hysterektomie pro benigní indikaci. První respondentka podstoupila abdominální hysterektomii, druhá respondentka podstoupila vaginální hysterektomii a třetí respondentka podstoupila laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii. Sbíraná fakta o pooperační péči byla zformulována za pomoci staniční sestry tohoto oddělení. Jednalo se o informace o sledování a kontrole fyziologických funkcí, o délce zavedení katétrů, o drénech, o časně rehabilitaci, o příjmu tekutin a stravy, o spontánním močení, stolici a plynech, o kontrole operační rány, o přeložení a propuštění. Tato data byla zaznamenána do předem připravené tabulky (viz příloha E). Tato tabulka byla vytvořena v programu Microsoft Office Excel 2007 (MS Excel [online] 2013 [cit. 2013-04-28]). Následně byly rozdíly mezi poskytovanou ošetrovatelskou péčí u jednotlivých operačních výkonů porovnány v praktické části této diplomové práce.

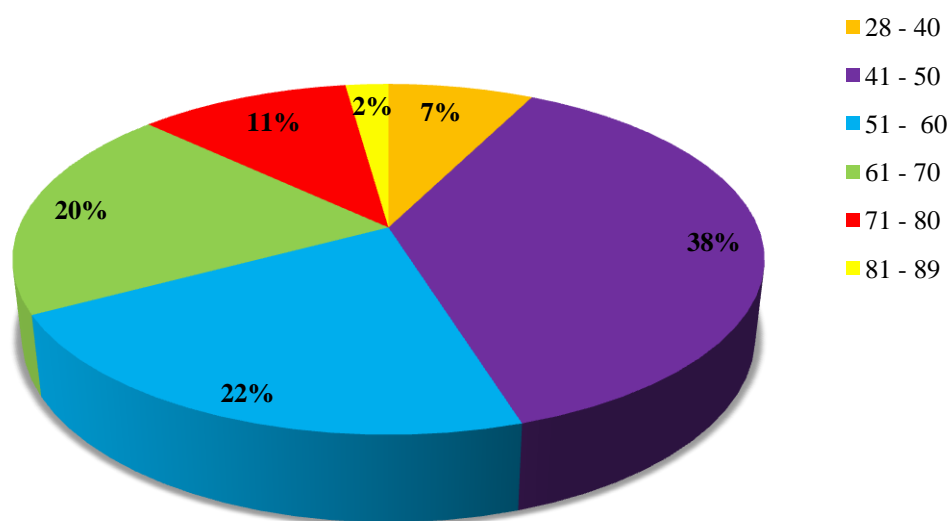
8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO PRŮZKUMU

Výzkumná otázka č. 1:

V jaké věkové skupině ženy nejčastěji podstupují hysterektomii?

Tab. č. 1 Tabulka četností věkových skupin klientek, které podstoupily hysterektomii.

Věkové kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost %
28 - 40	44	7 %
41 - 50	223	38 %
51 - 60	130	22 %
61 - 70	117	20 %
71 - 80	64	11 %
81 - 89	13	2 %
Celkem	591	100 %



Obr. č. 1 Graf četnosti věkových skupin klientek, které podstoupily hysterektomii

Průměrný věk všech klientek, které podstoupily hysterektomii, je 55 let. Pro porovnání věkového rozptylu klientek, které podstoupily hysterektomii, byl zkoumaný vzorek rozdělen do šesti věkových kategorií po deseti letech. První kategorie zahrnuje věk od 28 – 40 let, druhá kategorie je 41 – 50 let, třetí kategorie zahrnuje skupinu 51 – 60 let, čtvrtá kategorie je 61 -70 let, pátá kategorie jsou klientky ve věku 71 – 80 let a poslední šestá kategorie

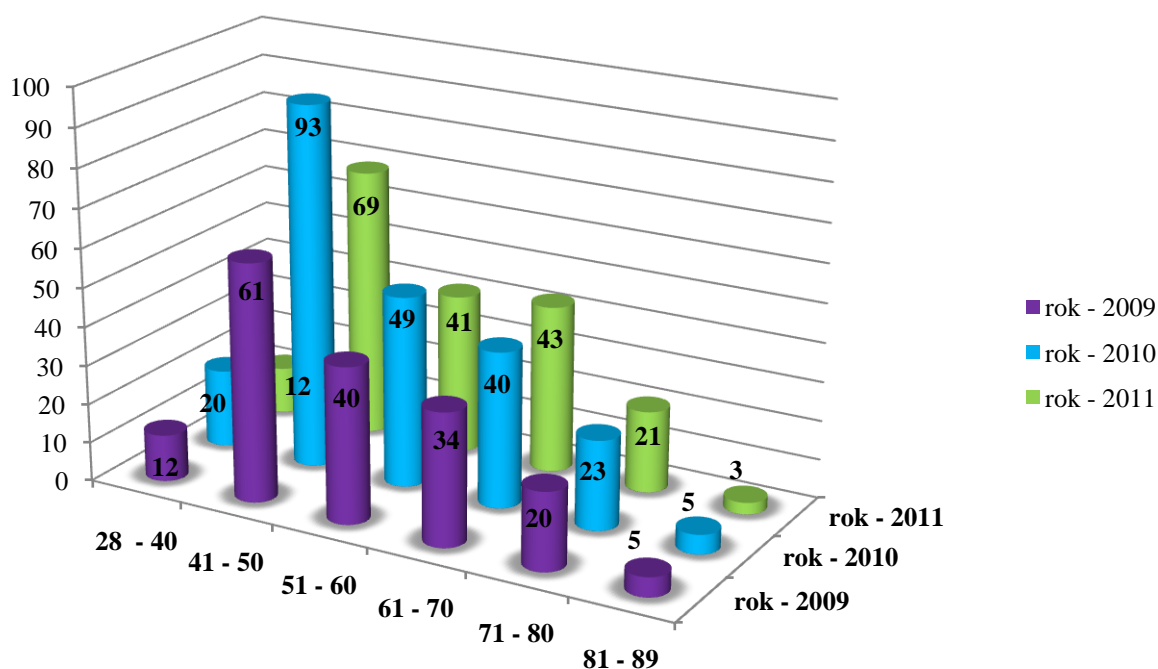
jsou klientky s věkem 81 – 89 let. Do první kategorie 28 – 40 let spadá 44 klientek tedy 7 % celého vzorku, druhá kategorie 41 – 50 let tvoří 38 % vzorku, tudíž do ní spadá 223 klientek. Do třetí kategorie 51 – 60 let se zařadilo 130 klientek a tvoří 22 % vzorku. Čtvrtá kategorie v rozmezí 61 – 70 let zahrnuje 117 klientek tedy 20 %. Pátou kategorií 71 – 80 let tvoří 64 klientek tedy 11 % celého vzorku a do poslední šesté kategorie 81 – 89 let spadá pouze 13 klientek tedy jenom 2 % celého vzorku. Z grafu je patrné, že nejpočetnější skupinou je druhá věková skupina ve věku 41 – 50 let. (viz tab. č. 1 a obr. č. 1.)

Výzkumná otázka č. 2:

Jaké je rozložení věkových skupin v jednotlivých letech?

Tab. č. 2 Tabulka zastoupení věkových skupin v jednotlivých letech

Věkové kategorie	rok - 2009	rok - 2010	rok - 2011	Celkem
28 - 40	12	20	12	44
41 - 50	61	93	69	223
51 - 60	40	49	41	130
61 - 70	34	40	43	117
71 - 80	20	23	21	64
81 - 89	5	5	3	13
Celkem	172	230	189	591



Obr. č. 2 Graf rozložení věkových skupin v jednotlivých letech

Tabulka č. 2 a obrázek č. 2 znázorňuje rozložení věkových skupin klientek, které podstoupily hysterektomii v jednotlivých letech. Nejčastější věk klientek ve všech třech letech 2009, 2010 i 2011 byl ve druhé věkové kategorii 41 – 50 let. Nejméně zastoupená ve všech třech letech 2009, 2010 i 2011 byla poslední šestá věková skupina 81 -89 let. V roce

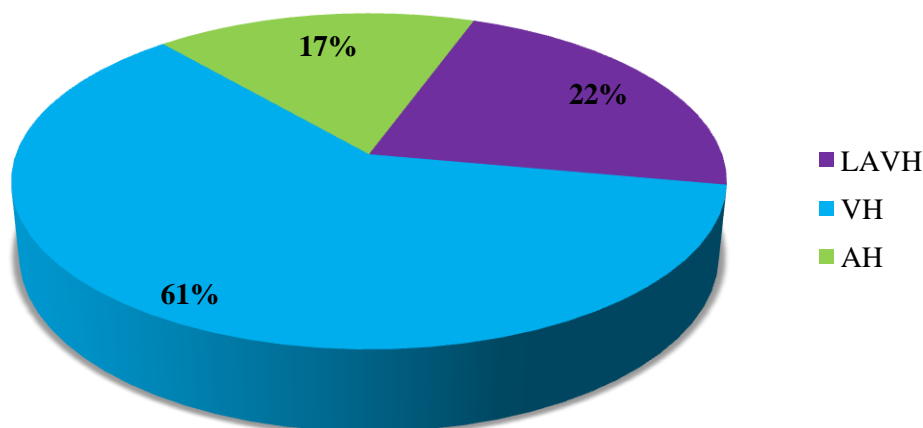
2009 byl průměrný věk žen, které podstoupily hysterektomii 55,4 let. V roce 2010 byl průměrný věk 54,1 let a v roce 2011 to bylo 55,7 let. Z těchto dat a zároveň i z obrázku č. 2 je patrné, že rozložení věkových skupin během let 2009, 2010 a 2011 se nijak výrazně neměnilo.

Výzkumná otázka č. 3:

Jaký je počet provedených hysterektomií pro benigní indikace?

Tab. č. 3 Tabulka četností jednotlivých typů hysterektomie

Typ operace	Absolutní četnost	Relativní četnost %
LAVH	132	22 %
VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	359	61 %
ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	100	17 %
Celkem	591	100 %



Obr. č. 3 Graf četností jednotlivých typů operace

Z tabulky č. 3 lze vyčíst, že za všechny tři sledované roky 2009, 2010 a 2011 bylo provedeno celkem 591 hysterektomií pro benigní indikace. Z toho bylo 132 laparoskopicky asistovaných vaginálních hysterektomií (LAVH), tedy 22 % z celého vzorku, dále 100 abdominálních hysterektomií (AH), tedy 17 % a 359 vaginálních hysterektomií (VH), což je 61 % z celého vzorku. Z obrázku č. 3 je tedy dobře patrné, že nejvíce bylo provedeno vaginálních hysterektomií.

Pracovní hypotéza č. 1: Četnost vaginálních, abdominálních a LAV hysterektomií je rozdílná.

H₀ Mezi četností vaginálních, abdominálních a LAV hysterektomií je nulový rozdíl.

H_A Mezi četností vaginálních, abdominálních a LAV hysterektomií je statisticky významný rozdíl.

Pro ověření první hypotézy byl zvolen Chí kvadrát test, kterým byl testován vztah mezi třemi proměnnými, které jsou prezentovány v tabulce č. 4 a č. 5. (Zvářová, 2011)

Tab. č. 4 Pozorované četnosti jednotlivých typů operací

Typ operace	Pozorované četnosti	Rovnoměrné rozdělení	Celkem
AH	100	197	297
VH	359	197	359
LAVH	132	197	132
Celkem	591	591	1182

Tab. č. 5 Očekávané četnosti jednotlivých typů operací

Typ operace	Očekávané četnosti	Rovnoměrné rozdělení	Celkem
AH	148,5	148,5	297
VH	179,5	179,5	359
LAVH	66	66	132
Celkem	591	591	1182

V programu STATISTICA (STATSOFT CR s.r.o. [online] 2013) byl proveden Pearsonův chí-kvadrát test.

Byla zvolena 5% hladina významnosti, tedy $\alpha = 0,05$

Vypočítaná hodnota $\chi^2 = 538,9$

Vypočítaná hodnota $p = 9,5 * 10^{-118}$

Při porovnání vypočtené hodnoty $p = 9,5 * 10^{-118}$ se zvolenou hladinou významnosti **0,05** je zřejmé, že $p < \alpha$, proto zamítáme H₀ na hladině α a přijímáme H_A.

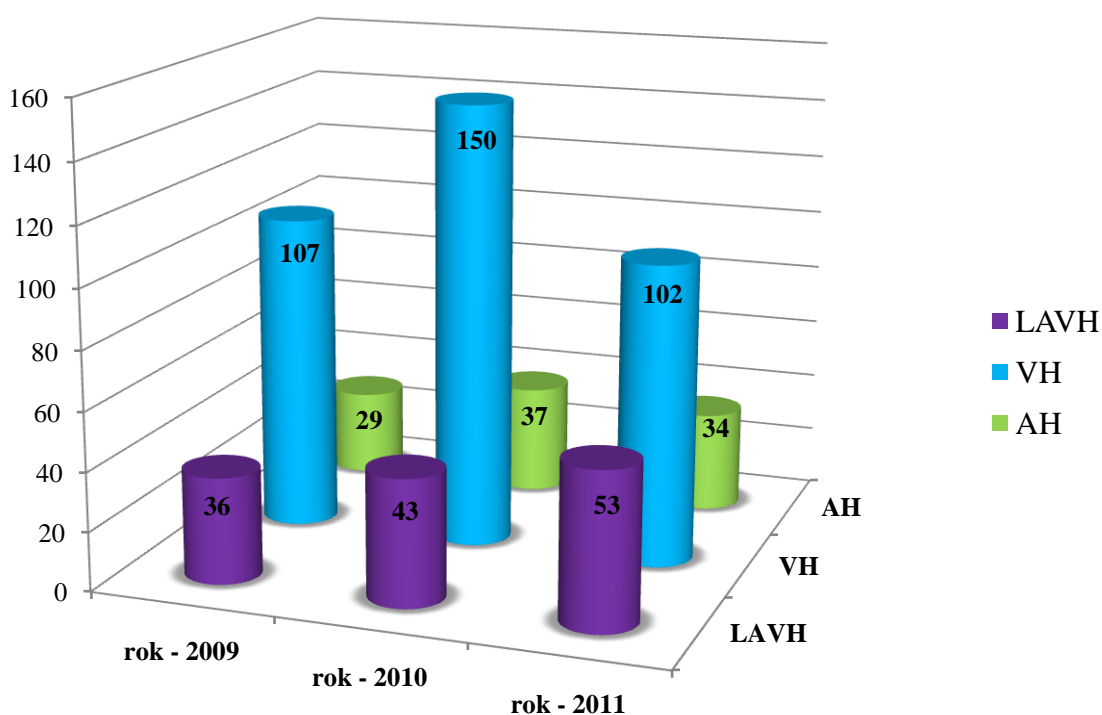
Interpretace výsledku: Mezi četností vaginálních, abdominálních a LAV hysterektomií je statisticky významný rozdíl. Lze tedy říci, že počet vaginálních hysterektomií významně převyšuje počty abdominálních a LAV hysterektomií během zkoumaných tří let, jak můžeme názorně vidět na obrázku č. 3.

Výzkumná otázka č. 4:

Je rozdíl mezi počtem provedených operací v jednotlivých letech?

Tab. č. 6 Kontingenční tabulka pozorovaných četností hysterektomií v jednotlivých letech

Typ operace	rok - 2009	rok - 2010	rok - 2011	Celkem
LAVH	36	43	53	132
VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	107	150	102	359
ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	29	37	34	100
Celkem	172	230	189	591



Obr. č. 4 Graf počtu hysterektomií v jednotlivých letech

Rozložení jednotlivých typů hysterektomií během sledovaných let 2009, 2010 a 2011 můžeme sledovat v tabulce č. 6 a na obrázku č. 6. Z grafu je patrné, že v roce 2009 bylo provedeno 36 laparoskopicky asistovaných vaginálních hysterektomií, v roce 2010 jich bylo provedeno 43 a v roce 2011 jejich počet stoupl na 53. Abdominálních hysterektomií bylo v roce 2009 provedeno 29, v roce 2010 to bylo 37 a v roce 2011 jich bylo provedeno 34.

V případě vaginálních hysterektomií bylo provedeno 107 výkonů v roce 2009, v roce 2010 dosáhly vaginální hysterektomie počtu 150 a v roce 2011 počet klesnul na 102 provedených hysterektomií. Celkově bylo během roku 2009 provedeno 172 hysterektomií. V roce 2010 to bylo celkem 230 hysterektomií a v roce 2011 byl celkový počet provedených hysterektomií 189. Je tedy patrné, že počet provedené laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie během sledovaných tří let mírně vzrostl. U abdominální hysterektomie nepatrně vzrostl a poté opět nepatrně klesnul. A nakonec u vaginální hysterektomie provedený počet značně vzrostl a poté klesnul na skoro původní počet. Stejnou tendenci vykazuje i celkový počet provedených hysterektomií, který během roku 2010 mírně vzrostl a v roce 2011 opět mírně poklesl.

Pracovní hypotéza č. 2: Mezi počtem provedených operací v jednotlivých letech je rozdíl.

H₀ Mezi počtem provedených operací v jednotlivých letech je nulový rozdíl.

H_A Mezi počtem provedených operací v jednotlivých letech je statisticky významný rozdíl.

Pro ověření druhé hypotézy byl zvolen chí – kvadrát test. (Zvářová. 2011) Testování bylo provedeno v programu STATISTICA (STATSOFT CR s.r.o. [online] 2013), kde byl proveden Pearsonův chí-kvadrát test na základě kontingenční tabulky pozorovaných četností viz tab. č. 6 a tabulky očekávaných četností viz tab. č. 7.

Tab. č. 7 Tabulka očekávaných četností hysterektomií v jednotlivých letech

Typ operace	rok - 2009	rok - 2010	rok - 2011	Celkem
LAVH	38	51	42	132
VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	105	140	115	359
ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	29	39	32	100
Celkem	172	230	189	591

Test byl proveden na zvolené 5% hladině významnosti, tedy $\alpha = 0,05$

Vypočítaná hodnota $\chi^2 = 6,741669$

Počet stupňů volnosti $df = 4$

Vypočítaná hodnota $p = 0,150186$

Při porovnání vypočtené hodnoty $p = 0,150186$ se zvolenou hladinou významnosti $0,05$ je zřejmé, že $p > \alpha$, proto H_0 nezamítáme.

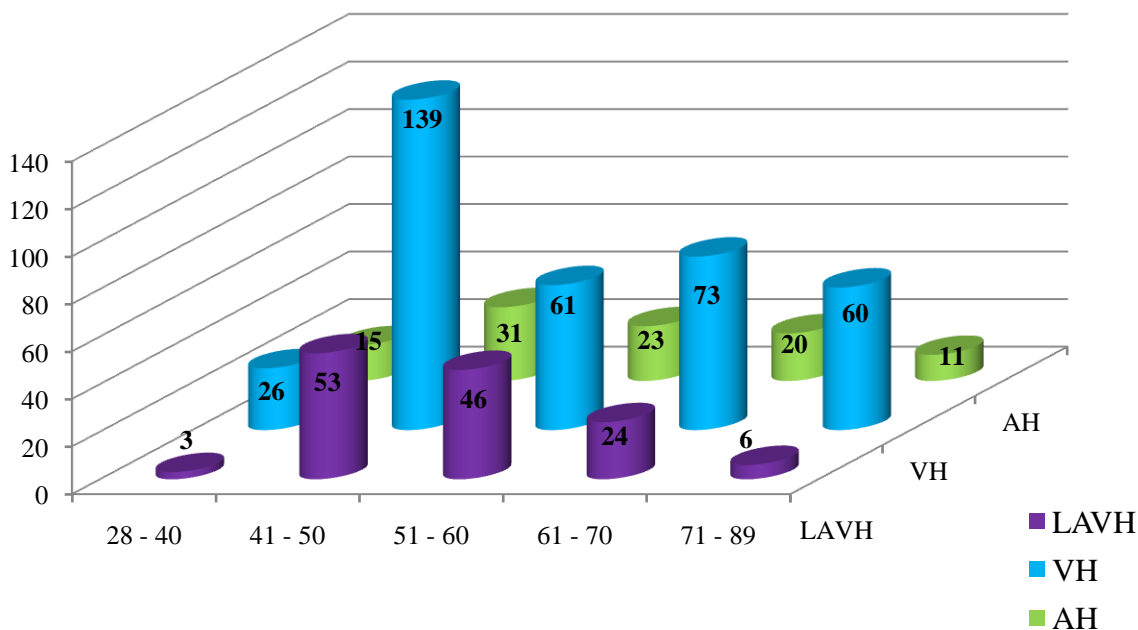
Interpretace výsledku: Mezi počtem provedených operací v jednotlivých letech není statisticky významný rozdíl. Nelze tedy tvrdit, že by počet provedených operací v některém roce statisticky významně vzrostl nebo naopak klesl. (viz obr. č. 4)

Výzkumná otázka č. 5:

Jaká věková kategorie je nejvíce zastoupená u jednotlivých typů operací?

Tab. č. 8 Tabulka typů operací a věkových kategorií

Typ operace	Věková kategorie 1 28 - 40	Věková kategorie 2 41 - 50	Věková kategorie 3 51 - 60	Věková kategorie 4 61 - 70	Věková kategorie 5 71 - 89	Celkem
LAVH	3	53	46	24	6	132
VH	26	139	61	73	60	359
AH	15	31	23	20	11	100
Celkem	44	223	130	117	77	591



Obr. č. 5 Graf věkových kategorií u jednotlivých typů operací

Pro tabulku č. 7 bylo nutné sloučit věkovou kategorii č. 5 ve věku 71 – 80 let a věkovou kategorií č. 6, která zahrnovala věk 81 – 89 let. Kategorií č. 6 byla totiž zastoupena minimálním počtem klientek. Po sloučení zahrnuje věková kategorie č. 5 věk 71 – 89 let. Z obrázku č. 7 je tedy patrné, že u laparoskopické hysterektomie (LAVH) je nejpočetnější věkovou skupinou druhá skupina ve věku 41 – 50 let, kterou zde zastupuje 53 klientek.

U vaginální hysterektomie (VH) byla také nejpočetnější druhá věková kategorie ve věku 41 – 50 let, v které podstoupilo zákrok 139 klientek. Stejně tak u abdominální hysterektomie (AH) byla nejčastěji zastoupena druhá věková skupina ve věku 41 – 50 let, kdy 31 klientek podstoupilo tento zákrok. U všech typů hysterektomií byla nejpočetněji zastoupena druhá věková kategorie v rozmezí 41 – 50 let.

Výzkumná otázka č. 6:

Jaké benigní indikace jsou nejčastější u provedených hysterektomií?

Aby bylo možné odpovědět na tuto výzkumnou otázku, bylo nutné všechny sesbírané diagnózy seskupit a rozdělit do kategorií. Byly určeny příbuzné diagnózy a ty byly spojeny do jedné nadřazené kategorie. Takto bylo utvořeno dvacet kategorií. Některé kategorie jsou zastoupeny pouze jedním případem výskytu diagnózy. Tyto kategorie mohli být sloučeny do jedné kategorie jako jiné, ovšem záměrně zde byly ponechány i kategorie s nízkým zastoupením, aby bylo možno utvořit ucelený konkrétní přehled možných benigních diagnóz. V tab. č. 9 můžeme jasně vidět, jaké kategorie byly vytvořeny a které diagnózy do nich spadají.

Tab. č. 9 Tabulka jednotlivých diagnóz s přidělenými kategoriemi

Jednotlivé diagnózy	Kategorie
Myomy (uterus myomatosus, leomyom)	dg01
Descensus (rectocele, cystocele, enterocele, descensus uteri, prolapsus coli elong., cystorectocele, cystorectoenterocele)	dg02
Poruchy krvácení (hypermenorea, menometrorrhagie, metrorrhagie, dysmenorea)	dg03
Patologie na ováriích (cystis ovarií, kystom, fibrom, dermoid, endometriální cysta, cystický tumor, kystadenom, cystická kolekce)	dg04
Prekancerózy (CIN I, CIN II, CIN III, hyperplazie)	dg05
Onkologické indikace – zvýšení CA125, indikace vzhledem k CA mammae	dg06
Pelviálgie, dyspaureníe	dg07
Afekce na adnexech (adnexitis, sactosalpinx, pyosalpinx, hematosalpinx, tuboovariální absces)	dg08
VVV (bicorporeus)	dg09
Aktinomykóza	dg10
Poranění po HSK	dg11
Dekubitus na čípku děložním	dg12
Afekce malé pánve (rezistence v malé pánvi, cysta v malé pánvi infekce v malé pánvi)	dg13
Polypus uteri	dg14
Pseudocysty	dg15
Stenóza branky hrdla děložního	dg16
Pyometra	dg17
Perzistující estrogenní afinita	dg18
Endometrióza	dg19
Sepse puerperális	dg20

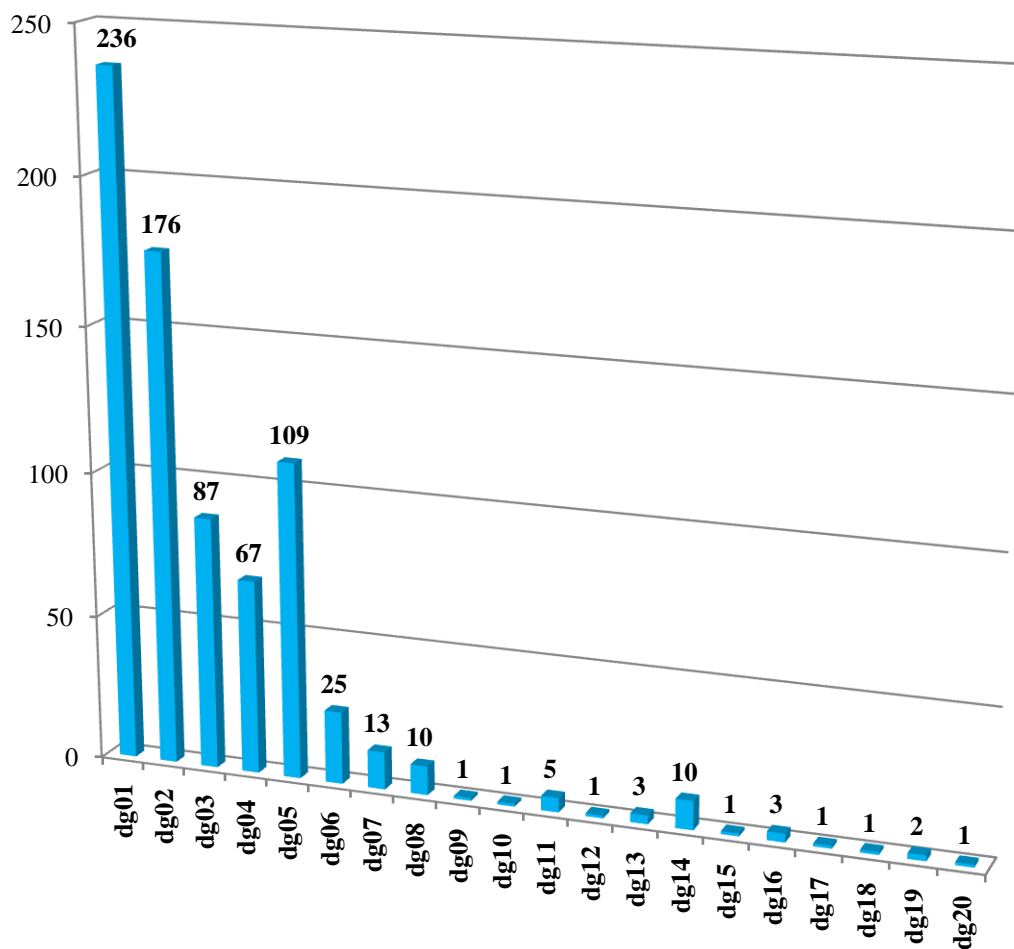
Tab. č. 10 Tabulka četností jednotlivých kategorií diagnóz

Diagnóza	Absolutní četnost	Relativní četnost %
dg01	236	31,3%
dg02	176	23,4%
dg03	87	11,6%
dg04	67	8,9%
dg05	109	14,5%
dg06	25	3,3%
dg07	13	1,7%
dg08	10	1,3%
dg09	1	0,1%
dg10	1	0,1%
dg11	5	0,7%
dg12	1	0,1%
dg13	3	0,4%
dg14	10	1,3%
dg15	1	0,1%
dg16	3	0,4%
dg17	1	0,1%
dg18	1	0,1%
dg19	2	0,3%
dg20	1	0,1%
Celkem	753	100,0%

Z tabulky č. 10 je patrné, že celkový počet zkoumaných diagnóz je 753. Ovšem celkový počet provedených operací, u kterých byly diagnózy zaznamenávány, je pouze 591. Vyšší počet diagnóz je zapříčiněn faktem, že některé klientky měly dvě či více indikací, tedy benigních diagnóz, pro které podstoupily hysterektomii.

Dále v tabulce č. 10 a následně i v obrázku č. 8 můžeme pozorovat, že nejpočetněji je zastoupena první kategorie diagnóz dg01 zahrnující myomy na děloze. Tato kategorie byla zastoupena 236 diagnózami, což tvoří 31,3 % všech diagnóz. Druhou nejpočetnější kategorií byla druhá kategorie dg02, která zahrnuje rektokély, cystokély, enterokély, cystorectokély,

cystorectoenterokély, prolapsus coli elongaci, descensus uteri a celkově je pojmenována jako descensus. S touto diagnózou bylo operováno 176 klientek, což je 23,4 % z celkového počtu diagnóz. Třetí nejpočetnější byla pátá kategorie dg05, v které jsou zahrnuty prekancerózy, tedy cervikální intraepiteální neoplasie I., II., a III. stupně a hyperplazie. Kategorie dg05 se vyskytla v 109 případech, což je 14,5 % z celku. Další nejpočetnější kategorií, v pořadí čtvrtá, je kategorie třetí dg03, která zahrnuje poruchy cyklu jako hypermenorhea, menometrorrhagie, metrorrhagie, dysmenorea. Tato kategorie tvoří 11,6 % což je 87 diagnóz z celku. Následuje kategorie dg04, kterou mělo 67 klientek, tedy 8,9 % z celku. Kategorie dg04 zahrnuje patologie na ováriích, jako například cystis ovarii, kystom, fibrom, dermoid, endometriální cysta, cystický tumor, kystadenom, cystická kolekce. Zbytek kategorií je zastoupen poměrně malým počtem výskytu diagnóz. U 25 klientek byla onkologická indikace, tedy kategorie dg06, která tvoří 3,3 % z celku. Sedmá kategorie dg07 zahrnující pelviální a dyspareunii byla zaznamenána u 13 klientek, tedy 1,7 % ze všech diagnóz. Shodného počtu 10 klientek neboli 1,3 % vzorku dosáhly kategorie dg08 a dg14. Kategorie dg08 zahrnuje afekce na adnexech, tedy adnexitis, sactosalpinx, pyosalpinx, hematosalpinx a tuboovariální absces. Kategorie dg14 tvoří diagnóza polypus uteri. V případě 5 klientek se vyskytla kategorie dg11, tedy poranění po hysteroskopii. Tato kategorie tvoří 0,7 % ze vzorku. Stejného počtu 3 klientek neboli 0,4 % z celku, dosáhly kategorie dg13 a dg16. Diagnózy afekce v malé pánvi, rezistence v malé pánvi, cysta v malé pánvi, infekce v malé pánvi tvoří kategorii dg13. Kategorii dg16 tvoří stenóza branky hrdla děložního. Pro endometriózu byly operovány 2 klientky, tedy 0,3 % vzorku. Endometrióza získala kategorii dg19. Dalších sedm kategorií se vyskytlo vždy pouze u jedné klientky a tím každá ze sedmi kategorií tvoří 0,1 % z celku. Do těchto sedmi kategorií spadají kategorie dg09, dg10, dg12, dg15, dg17, dg18, dg20. Kategorii dg09 tvoří vrozené vývojové vady. Kategorie dg10 zahrnuje aktinomykózu. V kategorii dg12 se jedná o dekubitus na čípku děložním. Pseudocysty tvoří kategorii dg15. V kategorii dg17 je obsažena diagnóza pyometra. Kategorii dg18 tvoří perzistující estrogenní afinita. A poslední kategorii dg20 zahrnuje diagnózu sepse puerperalis.



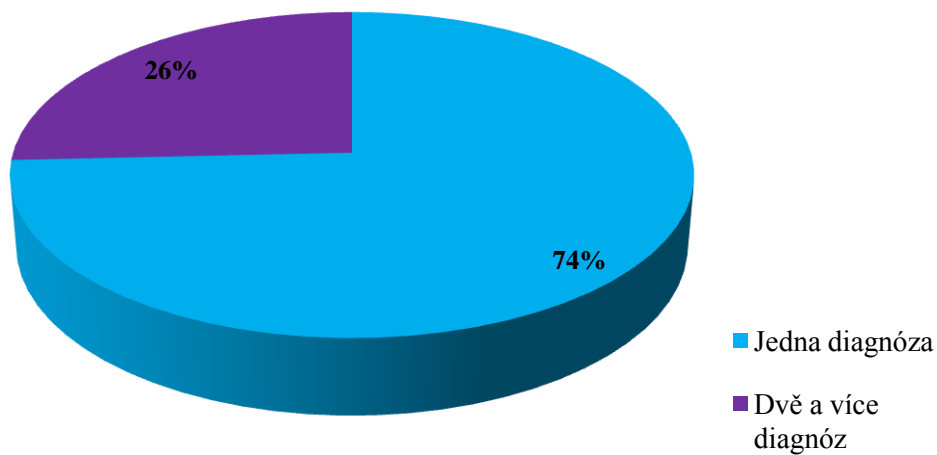
Obr. č. 6 Graf četností kategorií diagnóz

Tab. č. 11 Tabulka četností klientek s jednou diagnózou a dvěma či více diagnózami

	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Jedna diagnóza	439	74%
Dvě a více diagnóz	152	26%
Celkem	591	100%

Z tabulky č. 11 a z obrázku č. 9 je patrné, že 439 klientek podstoupilo operaci pro jednu benigní diagnózu. Tato část klientek tvoří 74 % z celkového souboru 591 klientek, které podstoupily abdominální, vaginální či LAV hysterektomii pro benigní indikaci v letech 2009

– 2011. Zbytek vzorku, tedy 152 klientek podstoupilo hysterektomii pro dvě či více diagnóz. Tyto klientky tvoří 26 % z celého vzorku.



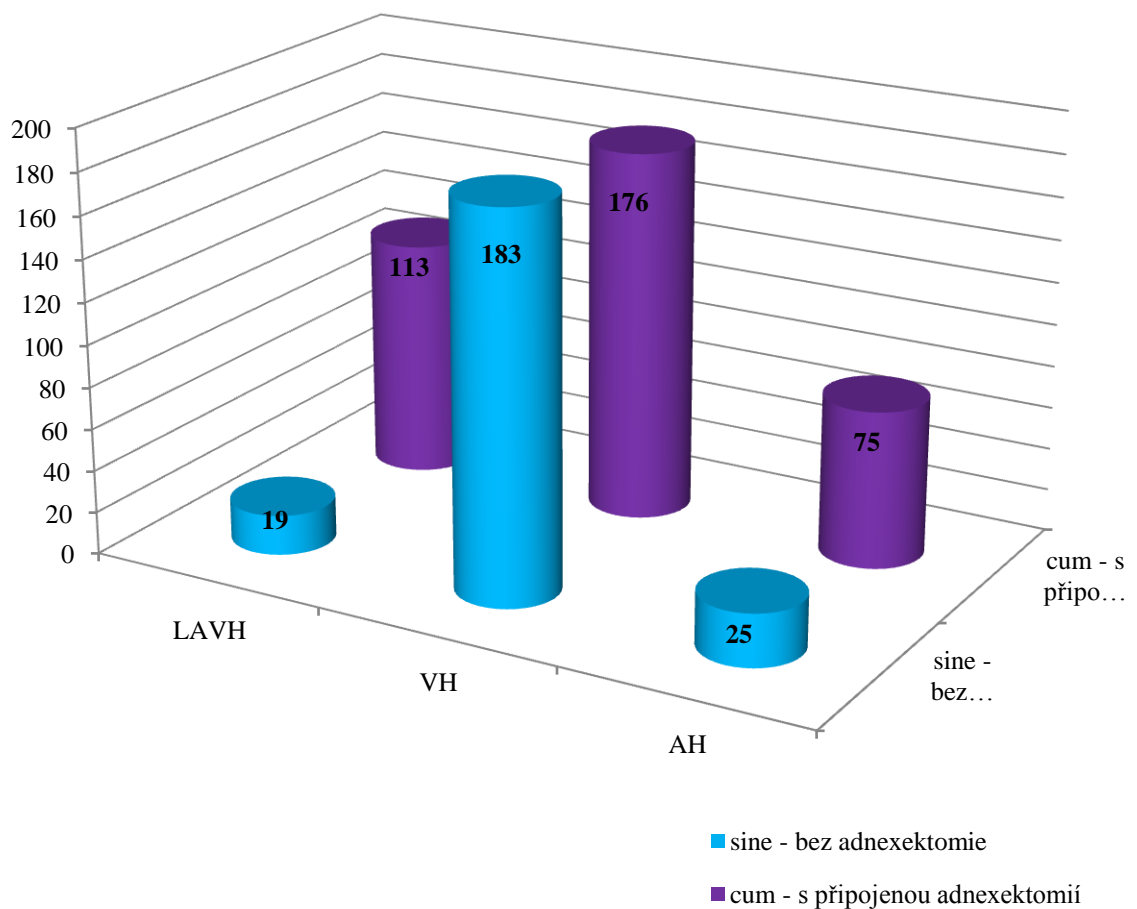
Obr. č. 7 Graf četností klientek s jednou diagnózou a dvěma či více diagnózami

Výzkumná otázka č. 7:

Jak často je k hysterektomii připojena adnexektomie?

Tab. č. 12 Kontingenční tabulka pozorovaných četností připojení či nepřipojení adnexektomie u jednotlivých typů operací

Typ operace	adnexectomie sine	adnexectomie cum	Celkem
LAVH	19	113	132
VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	183	176	359
ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	25	75	100
Celkem	227	364	591



Obr. č. 8 Graf připojení či nepřipojení adnexektomie u jednotlivých typů operací

V tabulce č. 11 a na obrázku č. 9 je možné pozorovat počty připojení a nepřipojení adnexektomie k hysterektomiím, provedeným pro benigní indikace v letech 2009 – 2011. Z celkového počtu 132 provedených LAVH bylo 19 výkonů provedeno bez adnexektomie a 113 výkonů provedeno s adnexektomií. Ze všech 359 provedených vaginálních hysterektomií bylo 138 provedeno bez adnexektomie a 221 s adnexektomií. A nakonec u abdominální hysterektomie v celkovém počtu 100 operačních zákroků, bylo provedeno 38 zákroků bez adnexektomie a 62 s připojením adnexektomie. Celkem tedy ze všech 591 zákroků, které byly provedeny v letech 2009 – 2011 bylo 227 zákroků bez adnexektomie a 364 zákroků s připojenou adnexektomií.

Pracovní hypotéza č. 3: K většině hysterektomií je připojena adnexektomie.

H₀ Mezi počtem připojení adnexektomie a nepřipojení adnexektomie je nulový rozdíl.

H_A Mezi počtem připojení adnexektomie a nepřipojení adnexektomie je statisticky významný rozdíl.

Stejně jako u předchozích dvou hypotéz byl pro třetí hypotézu zvolen chí – kvadrát test. (Zvárová, 2011) Testování bylo provedeno v programu STATISTICA (STATSOFT CR s.r.o. [online] 2013), kde byl proveden Pearsonův chí-kvadrát test na základě kontingenční tabulky pozorovaných četností viz tab. č. 11 a tabulky očekávaných četností viz tab. č. 12.

Tab. č. 13 Tabulka očekávaných četností připojení či nepřipojení adnexektomie u jednotlivých typů operací

Typ operace	adnexectomie sine	adnexectomie cum	Celkem
LAVH	51	81	132
VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	138	221	359
ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	38	62	100
Celkem	227	364	591

Test byl proveden na zvolené 5% hladině významnosti, tedy $\alpha = 0,05$

Vypočítaná hodnota $\chi^2 = 63,74316$

Počet stupňů volnosti $df = 2$

Vypočítaná hodnota $p = 9,4 * 10^{-14}$

Při porovnání vypočtené hodnoty $p = 9,4 * 10^{-14}$ se zvolenou hladinou významnosti $0,05$ je zřejmé, že $p < \alpha$, proto zamítáme H_0 na hladině α a přijímáme H_A .

Interpretace výsledku: Mezi počtem operací, ke kterým je připojena adnexektomie a operacemi, ke kterým není připojena adnexektomie, je statisticky významný rozdíl. Lze tedy konstatovat, že se operace častěji provádí s připojením adnexektomie, což je patrné i z obrázku č. 8.

9 PREZENTACE VÝSLEDKŮ POSKYTOVÁNÍ POOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Následující data zaznamenávají přehled poskytované pooperační ošetrovatelé péče u klientek, které podstoupily abdominální, vaginální a LAV hysterektomii pro benigní indikaci. Zároveň je uvedeno porovnání poskytované péče u jednotlivých typů operace. Základní informace o poskytované pooperační péči jsou souhrnně uvedeny v tabulce č. 14.

Kontrola FF

Pojem kontrola FF zahrnuje monitorování fyziologických funkcí u klientek po operačním výkonu. Monitorování zahrnuje krevní tlak, frekvenci pulzů, frekvenci dechů a saturaci. Po převezení klientky z operačního sálu na pooperační oddělení či JIP jsou klientce monitorovány fyziologické funkce a krvácení z počátku první 2 hodiny po 15 minutách. Následující 2 hodiny po 30 minutách a poté každou hodinu, až do přeložení klientky. Tento postup je totožný u všech typů operace a žádný typ nijak nezvýhodňuje.

Sledování operační rány

Při sledování pooperační rány se zaměřujeme na to, zda je rána klidná, nekrvácí, krytí neprosakuje sekretem a rána není bolestivá. Kontrolujeme, zda hojení probíhá per primam či per sekundam. U abdominální hysterektomie kontrolujeme především operační ránu v oblasti dolní střední laparotomie. Zároveň také kontrolujeme případné krvácení z genitálu. U vaginální hysterektomie operační ránu v ošetrovatelském procesu přímo kontrolovat nemůžeme. Kontrolujeme tedy krvácení z genitálu. To hodnotíme podle míry znečištění vložky. U laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie kontrolujeme krvácení z genitálu stejně jako u VH. Navíc kontrolujeme ještě menší operační rány po portech. Vzhledem k operační ráně je jistě pro klientku výhodnější vaginální či LAV hysterektomie. Rána je v minimálním rozsahu a kosmeticky příznivá. Vzhledem k velikosti operační rány je zároveň u vaginální a LAV hysterektomie menší raná plocha, tedy lze předpokládat menší bolestivost v ráně. Navíc pokud klientka trpí nadváhou nebo je obézní, dochází často k zhoršenému hojení operační rány po abdominální hysterektomii.

Katétry

Katétry jsou v tomto případě myšleny permanentní močové katétry neboli močové cévky a dále permanentní žilní katétry. Klientky mají většinou po všech třech typech operace zaveden permanentní močový katétr. Pokud nejsou žádné obtíže, je močový katétr odstraněn 1. pooperační den ráno před překladem klientky na standardní oddělení. Stejně tak permanentní žilní katétr je u všech klientek odstraněn do 72 hodin od jeho zavedení. V případě potřeby může být následně znovu zaveden další permanentní žilní katétr. V takovém případě je důležité katétr zavést na jiné místo, než byl zaveden předešlý katétr. Vzhledem k tomu, že u všech typů operací mají klientky zaveden permanentní močový katétr i permanentní žilní katétr, není zde žádný faktor, který by ovlivňoval výhodnost některého z typů hysterektomie.

Drény

Zavádění drénu záleží především na zvyklostech operátéra. Při abdominální hysterektomii často operatéri zavádí Redonův drén, tužkový drén nebo hadicový drén. U VH a LAVH je používán Redonův drén. Drény se odstraňují nejdříve 1. pooperační den. Častěji se však odstraňují až 2. pooperační den a to podle toho, jak odvádí sekret. U všech typů výkonů může být použit Redonův drén. Klientky často uvádějí odstranění tohoto drénu jako značně bolestivé. Ovšem jedná se o subjektivní vjem, který může být u každé klientky jiný. Lze jen těžko zhodnotit, zda použití drénu nebo typ drénu zásadně ovlivňuje výhodnost některého typu výkonu.

Vstávání

Vstáváním se rozumí první vertikalizace klientky po prodělaném operačním výkonu. Po všech třech typech výkonů klientky vstávají poprvé 1. pooperační den ráno před překladem. Vstávají spolu se sestrou či rehabilitační sestrou a provádí hygienu u umyvadla. I když je čas vstávání u všech operačních výkonů stejný, po abdominální hysterektomii může být vzhledem k rozsahu a možné bolestivosti rány mobilizace poněkud obtížnější. U vaginální a LAV hysterektomie je mobilizace podstatně snadnější.

Tekutiny p.o

Termín tekutiny p.o. zjišťuje možnost přijímání prvních tekutin po operačním výkonu. Tento úkon nezávisí na druhu hysterektomie, ale na typu anestezie, v které je výkon prováděn. Pokud klientka podstoupila výkon v celkové anestezii, je možné podat první

tekutiny po šesti hodinách od výkonu. Tekutiny podáme po douškách. Vhodný je neslazený studený čaj. V případě použití místní anestezie by se tento čas zkrátil na 2 hodiny. Výhodná by tedy mohla být vaginální hysterektomie, která je dobře proveditelná právě v místní anestezii.

Spontánní močení

První spontánní vymočení by mělo být u každé klientky do 6 hodin po odstranění permanentního močového katétru. V tomto případě faktor není závislý na typu hysterektomie.

Stolice

První odchod stolice by se u všech tří typů operace měl dostavit přibližně 3. pooperační den. U abdominální hysterektomie to ovšem může být i později. Zároveň může být problémem obava klientky z defekace a zapojení břišního lisu po abdominální hysterektomii.

Plyny

Odchod plynů se očekává 2. pooperační den. Ovšem u abdominální hysterektomie to může být problém vzhledem k značné manipulaci se střevními kličkami během výkonu. Odchod plynů a návrat motility střev je podstatnější než odchod stolice. Lze tedy tvrdit, že vaginální a LAV hysterektomie může být v tomto ohledu výhodnější.

Dieta

U všech typů operace je postup s dietními opatřeními stejný. Nultý pooperační den může klientka přijímat pouze tekutiny, a to nejdříve 6 hodin po celkové anestezii. V případě místní anestezie je možné podávat tekutiny již po 2 hodinách od výkonu. Dále 1. pooperační den má klientka dietu č. 0 tedy tekutou. Následně se 2. pooperační den mění dieta na č. 1 neboli kašovitou stravu. Od 3. pooperačního dne má klientka až do propuštění dietu č. 3, tedy racionální, pokud ovšem nemá jiná dietní opatření.

Překlad

Překladem se rozumí propuštění klientky z pooperačního oddělení gynekologie a JIP na standardní oddělení. Po všech typech hysterektomií se provádí první pooperační den. Samozřejmě záleží na aktuálním stavu klientky a rozhodnutí lékaře. U žádného z typů operací není klientka přeložena dříve.

Propuštění

Propuštění ze standardního oddělení do domácí péče je u abdominální hysterektomie možné zhruba po 5 dnech po výkonu. U vaginální hysterektomie a laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie je propuštění ze standardního oddělení možné již 3. – 4. den po operačním zákroku. V tomto ohledu je bezpochyby výhodnější vaginální a laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, která umožňuje klientkám dřívější propuštění do domácí péče.

Jiné

U klientek po vaginální hysterektomii a stejně tak po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii se provádí po prvním spontánním vymočení 1. pooperační den ultrazvuková kontrola rezidua v močovém měchýři, a to z toho důvodu, že operační výkon se provádí v těsné blízkosti močového měchýře a hrozí jeho poranění. U abdominální hysterektomie se tato kontrola neprovádí.

Tab. č. 14 Tabulka souhrnných informací o poskytované pooperační péči

	ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE
Kontrola FF	první 2 hod: po 15 min další 2 hod: po 30 min po zbytek 24 hod: po 1 hod	první 2 hod: po 15 min další 2 hod: po 30 min po zbytek 24 hod: po 1 hod	první 2 hod: po 15 min další 2 hod: po 30 min po zbytek 24 hod: po 1 hod
Sledování operační rány	kontrola krvácení z genitálu, kontrola krytí DSL, kontrola hojení per primam - per secundam	kontrola krvácení z genitálu	kontrola krvácení z genitálu, kontrola krytí operačních ran po portech, kontrola hojení per primam - per secundam
Katétry	PMK: 1. pooperační den ráno ex PŽK: ex do 72 hodin od zavedení	PMK: 1. pooperační den ráno ex PŽK: ex do 72 hodin od zavedení	PMK: 1. pooperační den ráno ex PŽK: ex do 72 hodin od zavedení
Drény	Dle zvyklostí operátora: tužkový drén, hadicový drén ex nejdříve 1. pooperační den, ale nejčastěji až 2. pooperační den podle toho jak odvádí	Dle zvyklostí operátora: Redonův drén ex nejdříve 1. pooperační den, ale nejčastěji až 2. pooperační den podle toho jak odvádí	Dle zvyklostí operátora: Redonův drén ex nejdříve 1. pooperační den, ale nejčastěji až 2. pooperační den podle toho jak odvádí
Vstávání	1. pooperační den ráno před překladem	1. pooperační den ráno před překladem	1. pooperační den ráno před překladem
Tekutiny p.o.	po CA: nejdříve po 6 hodinách	po CA: nejdříve po 6 hodinách	po CA: nejdříve po 6 hodinách
Spontánní močení	do 6. hodin po odstranění PMK	do 6. hodin po odstranění PMK	do 6. hodin po odstranění PMK
Stolice	3. pooperační den	3. pooperační den	3. pooperační den
Plyny	2. pooperační den	2. pooperační den	2. pooperační den
Dieta	0. operační den - čaj po 6. hodinách od výkonu 1. pooperační den - 0 - tekutá 2. pooperační den - 1 - kašovitá 3. pooperační den - 3 - racionální	0. operační den - čaj po 6. hodinách od výkonu 1. pooperační den - 0 - tekutá 2. pooperační den - 1 - kašovitá 3. pooperační den - 3 - racionální	0. operační den - čaj po 6. hodinách od výkonu 1. pooperační den - 0 - tekutá 2. pooperační den - 1 - kašovitá 3. pooperační den - 3 - racionální
Překlad	1. pooperační den ráno	1. pooperační den ráno	1. pooperační den ráno
Propuštění	ze standardního oddělení 5. den	ze standardního oddělení 3. – 4. den	ze standardního oddělení 3. – 4. den
Jiné		kontrola rezidua po vymočení - UZV 1. pooperační den	kontrola rezidua po vymočení - UZV 1. pooperační den

10 DISKUZE

Tato diplomová práce s názvem Podíl abdominální, vaginální a LAV hysterektomie na odstranění dělohy se zabývá zmapováním provedených hysterektomií na Porodnicko-gynekologické klinice nemocnice krajského typu. Jak již bylo uvedeno výše, pozorovaný soubor tvořily ženy, které v letech 2009, 2010 a 2011 podstoupily abdominální vaginální nebo LAV hysterektomii pro benigní indikaci. Celkový počet souboru byl 591 klientek.

Následuje shrnutí poznatků, které vyplývá z provedeného výzkumného šetření. Tyto poznatky jsou dále porovnány s fakty uvedenými již v teoretické části této práce. Dále také s výzkumnými články českého i zahraničního původu.

Výzkumná otázka č. 1: V jaké věkové skupině ženy nejčastěji podstupují hysterektomii?

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, v jaké věkové kategorii jsou ženy nejčastěji operovány pro benigní onemocnění. Věkové kategorie byly zvoleny kvůli velkému věkovému rozmezí, ve kterém klientky, na daném pracovišti, operaci podstoupily. Věkové rozmezí se pohybovalo od 28 let do 89 let. Průměrný věk klientek, které podstoupily hysterektomii po benigní onemocnění, je 55 let. Dále nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou byla skupina, která zahrnuje věk 41 – 50 let. Klientky v této skupině tvoří 38 % z celkového souboru tedy, 223 klientek z celkového počtu 591. (viz obr. č. 1) Vančo a kol. (2007) provedl výzkumné šetření, kdy srovnával vaginální, abdominální a LAV hysterektomie v terapii benigních onemocnění dělohy. Toto šetření zahrnuje klientky odoperované na Gynekologicko-porodnickém oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem v letech 2001 – 2005. Ve Vančově výzkumném vzorku dosahoval průměrný věk klientek 45 let. Věkové rozmezí těchto klientek se pohybuje od 35 let do 70 let. Je tedy dobře patrné, že ve sledovaném vzorku této práce je průměrný věk o deset let vyšší, ovšem také věkové rozmezí je mnohem rozsáhlejší. Lundholm (2009) ve svém článku uvádí, že průměrný věk klientek, které podstupují hysterektomii, se obecně stále zvyšuje. V porovnání výzkumu v této práci a Vančova výzkumu by tento vzestupný trend odpovídal. Dá se tedy očekávat, že průměrný věk klientek se bude postupem času zvyšovat a tím by se mohla změnit i nepočetnější věková skupina, ve které klientky podstupují hysterektomii.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké je rozložení věkových skupin v jednotlivých letech?

Ve druhé výzkumné otázce bylo sledováno rozložení věkových skupin během jednotlivých let. Během let 2009, 2010 a 2011 dosáhla nejvyššího počtu věková kategorie 41 – 50 let. Naopak nejméně zastoupená byla kategorie 81 - 89 let. Průměrný věk v roce 2009 byl u klientek 55,4 let. V roce 2010 se jednalo o průměr 54,1 let. Nakonec v roce 2011 dosahoval průměrný věk 55,7 let. Po prostudování tabulky č. 2 a obrázku č. 2 lze konstatovat, že během zkoumaných let 2009, 2010 a 2011 se rozložení klientek ve věkových kategoriích nijak výrazně neměnilo. To samé lze říci i o průměrném věku klientek v těchto letech.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký je počet provedených hysterektomií pro benigní indikace?

Ve třetí výzkumné otázce byl hodnocen počet provedených hysterektomií. Za sledované roky 2009, 2010 a 2011 bylo celkem provedeno 591 hysterektomií pro benigní indikace. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie činila z tohoto celku 22 %, tedy 132 klientek. Abdominální hysterektomie se vyskytovala u 17 % klientek, tedy 100 případů. Vaginální hysterektomie zastupuje 61 % celého vzorku, tedy 359 klientek. Z těchto dat i obrázku č. 3 lze konstatovat, že nejvíc bylo provedeno hysterektomií vaginálních. V teoretické části této práce můžeme zjistit, že vaginální hysterektomie má opravdu velký počet výhod (viz kapitola 3.1 Výhody a nevýhody). Díky těmto výhodám, je její preference pro blaho klientek celkem snadno pochopitelná. Vedle jasných výhod pro klientky podstupující tuto operaci stojí jistě za zmínku i výhoda finanční. Nielsen (2011) podotýká, že byl zaznamenán nárůst v počtu vaginálních hysterektomií za poslední desetiletí a pokles počtu abdominálních hysterektomií. Na dynamickou změnu poukazuje pouze u vaginální a abdominální hysterektomie. U laparoskopické operativy jsou dle jeho názoru počty stabilní. Také dodává, že stále probíhá diskuse na téma, který operační přístup je pro benigní onemocnění nejlepší. Názory se různí. Dalo by se ale říci, že co operatér to názor. Často se také vyskytují preference určitého typu hysterektomie podle pracovišť. Ovšem jednoznačně lze říci, že v dnešní době se dostává do popředí vaginální včetně LAV hysterektomie. Abdominální operativa se přesouvá do ústraní pro specifické indikace. Zastáncem vaginální hysterektomie je např. Guvenal (2010), který prohlašuje, že největší motivací pro operatéry by měla být nízká invazivita výkonu a také příznivost ceny. Naopak Vančo (2007) ve svém výzkumu zastává názor, že i přes vyšší finanční náročnost je LAV hysterektomie výhodná, protože se zkracuje doba hospitalizace a urychluje se rekonvalescence. Tím by se dle Vanča měla finanční náročnost snížit. Zároveň považuje za vhodné využití bipolární koagulace

a resterilizovatelných nástrojů. Jednoznačně je zastáncem LAV hysterektomie především u adnexálních patologií, předchozích operačních zákroků, pelvipatií a objemných myomatózních děloh. Za nepostradatelnou výhodu považuje možnost revize celé dutiny břišní na začátku výkonu a také na jeho konci. Celkově je na Vančově pracovišti preferována LAVH, především po příchodu nového přednosta oddělení v roce 2004, který preferuje endoskopické metody operativy.

Pracovní hypotéza č. 1: Četnost vaginálních, abdominálních a LAV hysterektomií je rozdílná.

Pro tuto diplomovou práci byly stanoveny celkem tři pracovní hypotézy na základě stanovených výzkumných otázek. Tyto hypotézy byly následně statisticky testovány na hadině významnosti 5 % oproti nulové a alternativní hypotéze.

Pro výzkumnou otázku č. 3 byla stanovena pracovní hypotéza č. 1. Touto hypotézou má být potvrzena autorčina domněnka, že četnost vaginální hysterektomie je významně vyšší, nežli četnost abdominální a LAV hysterektomie. Testováním této hypotézy tedy bylo zjišťováno, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi četnostmi vaginálních, abdominálních a LAV hysterektomií, nebo jestli je rozdíl mezi četnostmi náhodný. Na základě výpočtů provedených ve statistickém programu a jejich výsledků byla přijata H_A . Lze tedy říci, že **mezi četností vaginálních, abdominálních a LAV hysterektomií je statisticky významný rozdíl**. Vaginální hysterektomie je v souboru zastoupena 61 %, tedy tvoří statisticky významnou většinu z celého vzorku. Na sledovaném pracovišti tedy převládá preference vaginální hysterektomie. Tento stav odpovídá tomu, že díky vysokému výčtu výhod se vaginální hysterektomie v současné době jeví jako nejpříznivější metoda pro klientky.

Výzkumná otázka č. 4: Je rozdíl mezi počtem provedených operací v jednotlivých letech?

Tato výzkumná otázka zjišťovala, zda je rozdíl mezi počty jednotlivých hysterektomií ve sledovaných letech. Z celkového počtu 591 operací bylo v roce 2009 provedeno 172 hysterektomií, v roce 2010 se jednalo o 230 hysterektomií a nakonec v roce 2011 to bylo 189 provedených hysterektomií. Z těchto údajů nejsou patrné žádné výrazné změny v počtech operací v jednotlivých letech. Pokud bychom se zaměřily na jednotlivé typy operací, tak během roku 2009 bylo provedeno 36 LAV hysterektomií, v roce 2010 bylo provedeno LAV hysterektomií 43 a v roce 2011 ještě počet LAV hysterektomií vzrostl na 53. Dá se tedy

tvrdit, že LAV hysterektomie během tří sledovaných let pomalu narůstá. To se ovšem nedá tvrdit o abdominální hysterektomii. U abdominální hysterektomie totiž počet v roce 2009 dosáhl 29 výkonů. V roce 2010 stoupl na 37 výkonů a v roce 2011 klesl na 34. U abdominální hysterektomie lze tedy mluvit o mírném nárůstu a opěr o mírném poklesu provedených výkonů. A nakonec vaginální hysterektomie dosáhla v roce 2009 počtu 107 provedených výkonů, v roce 2010 její počet stoupl na 150 provedených výkonů, ovšem v roce 2011 opět klesnul na 102 provedených výkonů. Nelze tvrdit, že by počty provedených hysterektomií vykazovaly v průběhu let 2009, 2010 a 2011 zásadní dynamické změny. Pro tuto výzkumnou otázku byla stanovena hypotéza, na základě které bylo otestováno, zda změny v počtech, patrné na obrázku č. 6, jsou nějak statisticky významné.

Pracovní hypotéza č. 2: Mezi počtem provedených operací v jednotlivých letech je rozdíl.

Tato pracovní hypotéza se vztahuje k výzkumné otázce č. 4. Hypotéza měla za úkol určit, zda je mezi počtem provedených abdominálních, vaginálních a LAV hysterektomií v jednotlivých letech statisticky významný rozdíl. Na základě výpočtů provedených ve statistickém programu a jejich výsledků nebyla druhá hypotéza potvrzena, tzn., že nebyla zamítnuta H_0 na 5% hladině významnosti. Lze tedy tvrdit, že **mezi počtem provedených operací v jednotlivých letech není statisticky významný rozdíl.**

Výzkumná otázka č. 5: Je vztah mezi typem operace a věkem klientky?

V této výzkumné otázce byl zjišťován vztah mezi typem operace a věkovou skupinou. Všechny věkové kategorie dosáhly nejvyššího počtu u vaginální hysterektomie. Pokud bychom se zaměřily na jednotlivé typy hysterektomií, tak u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie byla nejpočetnější věková skupina s věkem 41 - 50 let. U abdominální hysterektomie byla taktéž nejpočetněji zastoupena věková kategorie 41 - 50 let. V poslední řadě, u vaginální hysterektomie byla opět nejpočetnější věková kategorie 41 - 50 let. Z obrázku č. 7 lze vyčíst, že věková skupina 41 - 50 let je sice nejčastěji zastoupena ve všech třech typech hysterektomií, ovšem značně převažuje u vaginální hysterektomie počtem 139 výkonů oproti 53 výkonům u LAVH a 31 výkonům u abdominální hysterektomie. Další zajímavou skutečností je, že poslední věková kategorie 71 - 89 let byla u LAV hysterektomie zastoupena v 6 případech, u abdominální hysterektomie v 11 případech ovšem u vaginální hysterektomie v 60 případech. To znamená, že v tomto pokročilém věku

je nejvíce využívána vaginální hysterektomie. To potvrzuje i Holub (2005), který považuje za nespornou výhodu vaginální hysterektomie právě možnost použití svodné anestezie. Dále také dodává, že vaginální hysterektomie je díky šetrnosti vůči klientce velmi dobře snášena staršími ženami. Tošner (2010) ještě doplňuje, že vaginální hysterektomie má nejkratší operační čas ze všech tří typů hysterektomie a to průměrně 48 minut. Tento faktor je také velice příznivý pro operování starších klientek, které musí být operovány v celkové anestezii.

Výzkumná otázka č. 6: Jaké benigní indikace jsou nejčastější u provedených hysterektomií?

Tato výzkumná otázka zjišťuje, které benigní indikace jsou u provedených hysterektomií nejčastější. Všechny diagnózy byly roztrženy do kategorií. Seznam jednotlivých kategorií a k nim přiřazených diagnóz je v tabulce č. 9. V daném souboru vyšlo, že nejčastější benigní indikací, pro kterou je hysterektomie prováděna je uterus myomatosus. Tato indikace se vyskytla v 236 případech a tvoří 31,3 % všech diagnóz. Druhou nejpočetnější indikací byl descensus, který se vyskytl u 176 klientek což je 23,4 % ze všech diagnóz. Třetí nejpočetnější diagnózou byly prekancerózy, které se vyskytly v 109 případech, tedy 14,5 % z celku. Jako čtvrtá nejpočetnější kategorie se vyskytla diagnóza, která zahrnuje poruchy cyklu. Tyto poruchy cyklu se vyskytly u 87 klientek, což je 11,6 % z celku. V pátém nejpočetnějším pořadí se vyskytují ovariální patologie u 67 klientek, tedy 8,9 % z celku. Jako šesté v pořadí se vyskytly onkologické indikace u 25 klientek, což tvoří 3,3 % z celku. Další diagnózy byly již zastoupeny v malém počtu. Jejich počty a procentuální zastoupení je dobře patrné z obrázku č. 6. Pro úplnost jsou zde kategorie pouze vyjmenovány v pořadí, v jakém následují dle četnosti výskytu. Dále se tedy vyskytla pelvialgie a dyspareunie, afekce na adnexech, polypus uteri, poranění po hysterektomii, afekce v malé pánvi, stenóza branky hrdla děložního, endometrióza, vrozené vývojové vady, aktinomykóza, dekubitus na čípku děložním, pseudocysty, pyometra, perzistující estrogenní afinita a sepse puerperális.

Tyto zjištěné diagnózy můžeme porovnat s diagnózami ve Vančově výzkumu (2010). Ve Vančově výzkumu se diagnózy vykytovaly v tomto pořadí od nejpočetnější k nejméně početné diagnóze: uterus myomatosus, descensus uteri, dysplazie cervixu a prekanceróza endometria, metrorrhagia, adnexální patologie, pelvipathia, PID a nakonec endometritis. Ačkoliv nelze tyto údaje porovnávat číselně s údaji zjištěnými v této práci, můžeme je porovnat alespoň v rámci nejpočetnějšího zastoupení. Číselné porovnání bohužel není možné, protože Vančův výzkum probíhal v rozmezí pěti let, zatímco výzkum v této závěrečné práci pouze v rozmezí tří let. Při srovnání tedy docházíme k shodě, kdy nejpočetněji

je zastoupená diagnóza uterus myomatosus v obou výzkumech. Poté shodně následuje descensus uteri, prekancerózy, metrorrhagia, adnexální patologie a pelvipathia. V daném vzorku následuje ještě řada diagnóz, které nebylo možné zařadit do předešlých kategorií. Ovšem ve Vančově vzorku se tyto diagnózy nenacházejí. Každopádně lze konstatovat, že uterus myomatosus je nejčastější diagnóza pro hysterektomii. Následuje descensus a prekancerózy.

Výzkumná otázka č. 7 Je k většině hysterektomií připojena adnexektomie?

Výzkumná otázka č. 7 zkoumá, zda je k většině hysterektomií připojena adnexektomie či nikoliv. Z celkového souboru 591 operací bylo 227 operací provedeno bez adnexektomie a 364 operací provedeno s adnexektomií. Porovnáme-li provedení či neprovedení adnexektomie u jednotlivých typů hysterektomií, tak z celkového počtu 132 provedených LAVH bylo 113 operací provedeno s adnexektomií a pouze 19 bylo provedeno bez adnexektomie. U vaginálních operací z celkového počtu 359 výkonů byla připojena k výkonům adnexektomie v 176 případech, kdežto samotný výkon bez adnexektomie byl proveden v 183 případech. U abdominální hysterektomie bylo ze sta operačních zákroků provedeno 75 adnexektomií a 25 zákroků bylo bez adnexektomie. Je tedy patrné, že většina laparoskopicky asistovaných vaginálních hysterektomií byla doplněna o adnexektomii. Stejně tak většina abdominálních hysterektomií byla doplněna o adnexektomii. Pouze u vaginálních hysterektomií byl počet připojení a nepřipojení adnexektomie poměrně vyrovnaný. Jak již bylo řečeno v teoretické části, Pluta (2006) zastává názor, že v dnešní době stále ještě nemáme k dispozici studie, které by jednoznačně dokládaly nezpochybnitelný názor o vhodnosti či nevhodnosti provádění adnexektomie pro benigní indikace. Také názory na to, ve kterém věku klientky je již vhodné odstraňovat adnexa preventivně, zvláště u benigních indikací k hysterektomii, se značně liší. (viz kapitola 2.1 charakteristika a druhy)

Pracovní hypotéza č. 3: K většině hysterektomií je připojena adnexektomie.

K výzkumné otázce č. 7 byla stanovena pracovní hypotéza, která zjišťuje, zda mezi počtem připojení a nepřipojení adnexektomie je statisticky významný rozdíl nebo zda je rozdíl mezi počty čistě náhodný. Ve statistickém programu byly provedeny výpočty a na jejich základě byla přijata H_A . Můžeme tedy tvrdit, že **mezi počtem připojení adnexektomie a nepřipojení adnexektomie je statisticky významný rozdíl**. Počet 364 provedených adnexektomií je statisticky významný oproti 227 operacím provedeným bez adnexektomie z celkového počtu 591 hysterektomií pro benigní indikace. Aby bylo možné vyvozovat užší závěry

ohledně vhodnosti připojení adnexektomie, bylo by potřeba provádět výzkum, který by se zaměřil především na vztah adnexektomie a věku, ve kterém je prováděna, na vztah indikace, ke které je připojena adnexektomie a také na ovariální patologie či onkologické predispozice klientky. Výzkum v takovémto rozsahu není předmětem této diplomové práce. Ovšem mohl by např. být vhodným tématem pro další diplomovou či disertační práci.

Poskytování pooperační ošetrovatelské péče

V následujícím textu budou porovnány rozdíly ve zjištěné péči na oddělení pooperační gynekologie a JIP stejného zdravotnického zařízení krajského typu, kde byl prováděn kvantitativní výzkum, s fakty v odborné literatuře.

Velmi důležité je u klientky po příjezdu ze sálu monitorovat fyziologické funkce. V našem šetření bylo zjištěno, že po převezení klientky z operačního sálu jsou monitorovány její fyziologické funkce a krvácení v prvních 2 hodinách po 15 minutách. Další 2 hodiny po 30 minutách a poté každou hodinu až do přeložení klientky na standardní oddělení. Toto zjištění se nepatrně liší od odborné literatury. Slezáková (2010) totiž uvádí, že v první hodině mají být fyziologické funkce monitorovány po 15 minutách. Další hodinu po 30 minutách a v následujících 24 hodinách každou hodinu. Ovšem tento rozdíl není dle autorčina názoru nijak markantní a zásadně prováděnou péči neovlivňuje.

V případě sledování operační rány se zaměřujeme na případné krvácení z rány, stav jejího krytí, bolestivost rány, sekret, zarudnutí či dehiscenci. U abdominální hysterektomie sledujeme krvácení z nadbřišku v oblasti operační rány a případné krvácení z genitálu. U vaginální hysterektomie sledujeme krvácení z genitálu a u LAVH navíc kromě krvácení z genitálu ještě kontrolujeme krytí u abdominálních vstupů. Tento postup se nijak neliší od postupu popsaného v literatuře. Ohledně operační rány lze konstatovat, že pro klientku je jistě výhodnější vaginální či LAV hysterektomie. U těchto dvou typů hysterektomií jsou rány v minimálním rozsahu, méně bolestivé a kosmeticky přijatelné. Navíc u klientek s nadváhou či obezitou se operační rána často špatně hojí, je pro ně tedy opravdu výhodná vaginální hysterektomie.

Většina klientek má po všech třech typech výkonů zavedený po operaci permanentní močový katétr. Ten se dle zjištění na daném oddělení odstraňuje nejčastěji první pooperační den ráno, pokud se u klientky nevyskytnou žádné komplikace. Juřeníková (1999a) zastává stejnou teorii a navíc doplňuje, že u vaginální hysterektomie může být permanentní močový

katétr odstraněn do 2 – 5 dnů po výkonu. Spontánní močení se očekává u každé klientky do 6 hodin po odstranění permanentního močového katétru. Pokud by tedy byl PMK u vaginální hysterektomie odstraňován až v pozdějších dnech, může se tento fakt některým klientkám jevit jako nevýhoda vaginální hysterektomie.

V případě drénů bylo zjištěno, že na daném pracovišti se dle uvážení operátora zavádí při abdominální hysterektomii Redonův drén, tužkový drén nebo hadicový drén. U VH a LAVH je používán Redonův drén. Odstranění drénu indikuje lékař na základě toho, jak drén odvádí. Odstraňuje se nejdříve nejdřív 1. pooperační den. Častěji se však odstraňují až 2. pooperační den. Tento postup je shodný s postupem, který uvádí literatura v teoretické části této práce. (viz kapitola 5.2.9 Péče o rány a drény) Z těchto skutečností vyplývá, že použití drénu je závislé na konkrétním případě klientky a na zvyklostech operátora a proto jeho použití nemá zásadní vliv na výhodnost či nevýhodnost některého typu hysterektomie.

První vertikalizace klientky po výkonu na sledovaném oddělení se provádí 1. pooperační den ráno před překladem na standardní oddělení. Tento postup je totožný u všech typů hysterektomie. V literatuře se Juřeníková (1999b) zmiňuje o nutnosti včasného zahájení pooperační rehabilitace. Přesto, že čas vstávání je u všech třech typů hysterektomie stejný, v případě abdominální hysterektomie ovšem může vstávání klientkám činit potíže vzhledem k rozsahu a případné bolestivosti operační rány. Klientky totiž mohou mít obavu o operační ránu během vstávání. U vaginální a LAV hysterektomie je mobilizace pro klientku podstatně snadnější.

Vzhledem k podávání tekutin bylo zjištěno, že na sledovaném pracovišti jsou tekutiny podávány dle druhu anestezie. Pokud klientka absolvovala výkon v celkové anestezii, může první tekutiny přijímat po šesti hodinách od výkonu. V případě svodné anestezie se tato doba zkracuje na dvě hodiny. Juřeníková (1999a) s tímto postupem zcela souhlasí. Ohledně výhodnosti by tedy mohla být považována za výhodnější vaginální hysterektomie, která může být dobře prováděna ve svodné anestezii a tím by bylo klientce umožněno přijímat tekutiny již po dvou hodinách po výkonu

Přibližně druhý pooperační den se u všech třech typů hysterektomie očekává odchod plynů. Stolice by se měla dostavit přibližně 3. pooperační den. S tímto tvrzením souhlasí i Slezáková (2010), dle které by se měla upravit funkce střev do 48 – 72 hodin a odchod stolice by měl být 3. pooperační den. Jasně nevýhody nacházíme u abdominální

hysterektomie. Během výkonu dochází k značné manipulaci se střevními kličkami a to oddaluje návrat motility střev i odhod stolice. Navíc klientka může mít obavy z defekace a zapojení břišního lisu vzhledem k operační ráně po abdominální hysterektomii. V tomto ohledu je tedy jasně výhodnější vaginální a LAV hysterektomie.

Bylo zjištěno, že na sledovaném pracovišti je zaběhnutou praxí, že klientka má 1. pooperační den dietu č. 0, tedy tekutou. 2. pooperační den přechází na dietu č. 1, tedy kašovitou stravu. A nakonec 3. pooperační den klientka přechází na dietu č. 3 čili racionální stravu, která jí zůstává po celou následující dobu hospitalizace. To znamená, že zde není žádný typ hysterektomie zvýhodněn.

Klientky jsou překládány z pooperačního oddělení gynekologie a JIP na standardní oddělení po všech třech typech hysterektomií první pooperační den U žádného z typů operací není klientka přeložena dříve. Ovšem propuštění ze standardního oddělení do domácí péče je u abdominální hysterektomie možné zhruba až po 5 dnech od výkonu. U vaginální hysterektomie a LAV hysterektomie je možné propustit klientku ze standardního oddělení již 3. – 4. den po operačním zákroku. V tohoto ohledu je bezpochyby výhodnější vaginální a LAV hysterektomie, jenž umožňuje klientkám dřívější propuštění do domácí péče.

Navíc na daném oddělení je u vaginální a stejně tak u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie zvykem provádět po prvním spontánním vymočení v 1. pooperační den ultrazvukové vyšetření na kontrolu rezidua v močovém měchýři. U abdominální hysterektomie se tato kontrola neprovádí. Ovšem provedení ultrazvuku není nijak zatěžující, tudíž se autorka této práce domnívá, že tento výkon nesnižuje celkovou výhodnost vaginální a LAV hysterektomie

11 ZÁVĚR

Hysterektomie má nezastupitelné místo v gynekologické operativě. Řadíme ji mezi stěžejní, referenční operace u žen. V dnešní době již existuje velké množství medikamentózní terapie a konzervativní postupy prodělávají nebývalý rozvoj. Ovšem i nadále hysterektomie zůstává nejčastější velkou gynekologickou operací. (Zábranský, 2006a)

V teoretické části této diplomové práce na téma „Podíl abdominálních, vaginálních a LAV hysterektomií na odstranění dělohy“ jsou zmapovány teoretické poznatky o jednotlivých druzích hysterektomií společně s jejich operačními postupy, indikacemi a kontraindikacemi, výhodami a nevýhodami, komplikacemi a pooperační ošetrovatelskou péčí.

Praktická část byla věnována výzkumu, který měl za cíl zmapovat provedené hysterektomie v konkrétním zdravotnickém zařízení v letech 2009, 2010 a 2011. Dále byly stanoveny čtyři dílčí cíle. Hlavního cíle i dílčích cílů bylo dosaženo pomocí kvantitativního výzkumného šetření.

Ve výzkumné části bylo jisté, že na zkoumaném pracovišti bylo během let 2009, 2010 a 2011 provedeno 61 % vaginálních hysterektomií z celkového počtu provedených hysterektomií. Po prostudování literatury k teoretické části a po porovnání všech výhod a nevýhod u všech třech typů hysterektomie se autorka domnívá, že tato skutečnost zcela koresponduje s fakty, které autorka uvedla v teoretické části. Dle tohoto statistického zjištění by se dalo tvrdit, že zvolení vaginální hysterektomie je pro klientku nejvhodnější a také proto byla na daném pracovišti převážně prováděna vaginální hysterektomie. A to i přes fakt, že vaginální hysterektomie je pro operátory ve své podstatě oproti abdominální a LAV hysterektomii technicky nejnáročnější výkon. Autorka této práce se domnívá, že pro klientky je velmi výhodné, že operátoři na sledovaném pracovišti volí postup pro klientku výhodnější a neusnadňují si práci volbou pro ně jednoduššího postupu.

Samozřejmě toto tvrzení o výhodnosti nemůže být použito paušálně u všech klientek a každá klientka a její případ musí být posuzovány individuálně. Také operátor musí při volbě operačního výkonu přihlídnout ke svým osobním schopnostem a zkušenostem. V neposlední řadě je důležité také přání samotné klientky. Pokud ovšem budeme volit operační přístup pouze dle konkrétních výhod a nevýhod pro klientku, s převahou se jeví jako výhodnější vaginální hysterektomie. Její výhodnost nelze popřít v případě polymorbidních, obézních či starších žen. Může se zdát, že laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

je na stejné úrovni ve výhodnosti jako vaginální hysterektomie. Ovšem dle názoru autorky této práce je pro mnoho klientek značně zatěžující Trendelenburgova poloha, ve které je tento výkon prováděn, a stejně tak zatěžující je i navození kapnoperitonea. Každopádně můžeme konstatovat, že hysterektomie vedená řezem skrze abdomen je v nynější době na ústupu a přenechává prostor pro vaginální a laparoskopickou operativu. Samozřejmě abdominální hysterektomii nemůžeme opomíjet, určitě má své opodstatněné zastoupení u specifických indikací a v případech, kdy nelze provést vaginální či LAV hysterektomii.

Dále autorka závěrečné práce považuje za důležité poukázat na fakt, že z celkového počtu 359 provedených vaginálních operací, byla připojena k výkonům adnexektomie v 176 případech a samotný výkon bez adnexektomie byl proveden v 183 případech. Zajímavé na tomto výsledku je, že počet provedených adnexektomií u vaginální hysterektomie je značně a neobvykle vysoký. Vzhledem k tomu, že provedení adnexektomie u vaginální hysterektomie značně stěžuje technické provedení tohoto výkonu. Většina operátérů by si radši zvolila postup laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie a proto je tento výsledek naprosto ojedinělý. Což opět poukazuje na skutečnost, že je na daném pracovišti volena obtížnější cesta pro operátéra, ale výhodnější cesta pro klientku.

Díky průzkumu v poskytování ošetrovatelské péče, by mělo být možné zhodnotit, který operační přístup u hysterektomie je pro klientku nejméně zatěžující. Z šetření jasně vyplývá, že nejvíce výhod pro klientku spočívá v operování vaginálním a laparoskopickým přístupem. Vzhledem k nižší invazivitě obou těchto přístupů mohou klientky po operačním zákroku snadněji rehabilitovat, lépe se vyprazdňovat, mohou být dříve propuštěny do domácí péče a mají menší jizvu po operační ráně. Tento průzkum lze tedy spojit s výsledkem kvantitativního výzkumu a konstatovat, že vaginální hysterektomie se obecně jeví jako vhodnější metoda než laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie a abdominální hysterektomie.

Během tvorby diplomové práce autorka narazila na několik poznatků. Při studiu a shromažďování odborné literatury na dané téma nebylo možné se ubránit dojmu, že autoři často preferují pouze určitý typ provedení hysterektomie, a proto je obtížné získat ucelený a objektivní názor na výhody a nevýhody jednotlivých typů operace. Dále při studiu odborné ošetrovatelské literatury žalostně chybí kvalitně zpracované téma gynekologického ošetrovatelství. Většina materiálu se zabývá ošetrovatelskou problematikou obecně. Proto autorka do teoretické části o ošetrovatelské péči zařadila publikaci od Juřeníkové (1999a, 1999b), ač není aktuálního data. Tento materiál poměrně dobře zpracovává ošetrovatelské

postupy v gynekologii a po porovnání s průzkumem poskytované ošetrovatelské péče autorka zjistila, že se v uvedených faktech rozchází jen minimálně. A nakonec během provádění průzkumu a sběru dat z operačních knih si autorka povšimla, že v posledních letech narost počet hysterektomií pro maligní indikace. Toto zjištění autorka nemá sice nijak podložené, ale mohlo by být vhodným tématem pro jiné práce zabývající se mapováním provedených hysterektomií.

12 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. DONNEZ, O.; JADOUL, P.; SQUIFFLET, J.; DONNEZ, J.: 'A series of 3190 laparoscopic hysterectomies for benign disease from 1990 to 2006: evaluation of complications compared with vaginal and abdominal procedures', *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 2009, 116, 4, pp. 492-500, Academic Search Complete, EBSCOhost.
2. GUVENAL, T.; OZSOY, A.; KILCIK, M.; YANIK, A.: 'The availability of vaginal hysterectomy in benign gynecologic diseases: A prospective, non-randomized trial', *Journal Of Obstetrics & Gynaecology Research*, 2010, 36, 4, pp. 832-837, Academic Search Complete, EBSCOhost.
3. HOLUB, Z.; KUŽEL, D.: *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 232 s., ISBN 80-247-0834-5.
4. HOLUB, Z.: Laparoskopické operace. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2006, roč. 15, č. 2. ISSN 1211-1058.
5. JUŘENÍKOVÁ, P.; et al: *Ošetrovatelství: učební text pro střední zdravotnické školy: 1. část - vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie*. 1.vyd. Uherské Hradiště, 1999a, 236s.
6. JUŘENÍKOVÁ, P.; et al.: *Ošetrovatelství: učební text pro střední zdravotnické školy: 2. část - chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1.vyd. Uherské Hradiště, 1999b, 228s.
7. KELNAROVÁ, J.: *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 228 s. ISBN 978-802-4731-063.
8. KOBILKOVÁ, J., BOCHMAN, J.; ŽIVNÝ, J.: *Technika gynekologických abdominálních operací*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 283 s. ISBN 80-7169-494-0.
9. KUČERA, E.: Laparoskopie. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, prosinec 2004, č. 5. ISSN 1214-5572.
10. KUČERA, E.: Pooperační adheze v gynekologii - vznik, komplikace a prevence. *Gynekolog: časopis ženských lékařů*. Hradec Králové: MedExart, 2009, roč. 18, č. 3, s. 108 - 112. ISSN 1210-1133.
11. LUNDHOLM, C.; FORSGREN, C.; JOHANSSON, A.; CNATTINGIUS, S.; ALTMAN, D.: Hysterectomy on benign indications in Sweden 1987-2003: A nation wide trend analysis. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. January 2009; 88, pp.52-58, Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA.

12. MACKŮ, F.: *Kompendium gynekologických operací*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 599 s. ISBN 80-716-9154-2.
13. MÁRA, M.; HOLUB, Z.: *Děložní myomy: moderní diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 232 s. ISBN 978-802-4718-545.
14. MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M.: *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
15. MS Excel [online] 2013 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <<http://www.microsoft.com/cs-cz/office365/free-office365-trial.aspx>>
16. MS Word [online] 2013 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <<http://www.microsoft.com/cs-cz/office365/free-office365-trial.aspx>>
17. NIELSEN, S.; DAUGBJERG, S.; GIMBEL, H.; SETTNES, A.: 'Use of vaginal hysterectomy in Denmark: rates, indications and patient characteristics', *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 2011, 90, 9, pp. 978-984, Academic Search Complete, EBSCOhost.
18. PAPADOPOULOS, M.; TOLIKAS, A.; MILIARAS, D.: Hysterectomy - Current Methods and Alternatives for Benign Indications. *Obstetrics & Gynecology International*, January 2010; pp. 1-10. Available from: Academic Search Complete, EBSCOhost.
19. PARKER, W.: Hysterektomie bez adnexektomie. *Gynekologie po promoci*. 2006, roč. 6, č. 6.
20. PLUTA, M.: Hysterektomie bez adnexektomie: Komentář. *Gynekologie po promoci*. 2006, roč. 6, č. 6.
21. RIEGL, J.; EIM, J.: Diskuse k sekci posterů: Blok I. Gynekologická operativa: Indikace LAVH, abdominální hysterektomie a vaginální hysterektomie u onemocnění dělohy. *Praktická gynekologie*. 2002, č. 5.
22. ROB, L.; MARTAN A.; CITTERBART, K.: *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008, 319 s. ISBN 978-807-2625-017.
23. SCHEIN M.; ROGERS P. N.: *Urgentní břišní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgery*. 1. české vyd. Překlad Alexander Ferko. Praha: Grada, 2011, 419 s. ISBN 978-802-4723-570.
24. SLEZÁKOVÁ, L.: *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-802-4731-292.
25. STATSOFT CR s.r.o. [online] 2013 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <<http://www.statsoft.cz/>>

26. TOŠNER, J.: Uterus myomatosus. *Gynekolog: časopis ženských lékařů*. Hradec Králové: MedExart, 2010, roč. 19, č. 6, s. 207-213. ISSN 1210-1133.
27. VANČO, M.; KRAUS, P.; BLŠŤÁK, I.: Srovnání vaginální, abdominální a laparoskopicky asistované hysterektomie v terapii benigních onemocnění dělohy. *Gynekolog: časopis ženských lékařů*. Hradec Králové: MedExart, 2007, roč. 16, č. 1, s. 26-30. ISSN 1210-1133.
28. ZÁBRANSKÝ, F.: Volba operačního přístupu k hysterektomii. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2004, roč. 13, č. 1. ISSN 1211-1058.
29. ZÁBRANSKÝ, F.: Hysterectomy abdominalis. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2006a, roč. 15, č. 2. ISSN 1211-1058.
30. ZÁBRANSKÝ, F.: Hysterectomy vaginalis. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2006b, roč. 15, č. 2. ISSN 1211-1058.
31. ZÁBRANSKÝ, F.: Vaginální hysterektomie v proměnách času - fragmenty z vývoje operační techniky. *Gynekolog: časopis ženských lékařů*. Hradec Králové: MedExart, 2010, roč. 19, č. 2, s. 47-53. ISSN 1210-1133.
32. ZVÁROVÁ, J.: *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 219 s. ISBN 978-802-4619-316.

13 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 Graf četnosti věkových skupin klientek, které podstoupily hysterektomii.....	40
Obr. č. 2 Graf rozložení věkových skupin v jednotlivých letech.....	42
Obr. č. 3 Graf četností jednotlivých typů operace.....	44
Obr. č. 4 Graf počtu hysterektomií v jednotlivých letech.....	47
Obr. č. 5 Graf věkových kategorií u jednotlivých typů operací.....	50
Obr. č. 6 Graf četností kategorií diagnóz.....	55
Obr. č. 7 Graf četností klientek s jednou diagnózou a dvěma či více diagnózami.....	56
Obr. č. 8 Graf připojení či nepřipojení adnexektomie u jednotlivých typů operací.....	57

14 SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 Tabulka četností věkových skupin klientek, které podstoupily hysterektomii....	40
Tab. č. 2 Tabulka zastoupení věkových skupin v jednotlivých letech.....	42
Tab. č. 3 Tabulka četností jednotlivých typů hysterektomie.....	44
Tab. č. 4 Pozorované četnosti jednotlivých typů operací.....	45
Tab. č. 5 Očekávané četnosti jednotlivých typů operací.....	45
Tab. č. 6 Kontingenční tabulka pozorovaných četností hysterektomií v jednotlivých letech	47
Tab. č. 7 Tabulka očekávaných četností hysterektomií v jednotlivých letech	48
Tab. č. 8 Tabulka typů operací a věkových kategorií.....	50
Tab. č. 9 Tabulka jednotlivých diagnóz s přidělenými kategoriemi.....	52
Tab. č. 10 Tabulka četností jednotlivých kategorií diagnóz.....	53
Tab. č. 11 Tabulka četností klientek s jednou diagnózou a dvěma či více diagnózami.....	55
Tab. č. 12 Kontingenční tabulka pozorovaných četností připojení či nepřipojení adnexektomie u jednotlivých typů operací	57
Tab. č. 13 Tabulka očekávaných četností připojení či nepřipojení adnexektomie u jednotlivých typů operací.....	58
Tab. č. 14 Tabulka souhrnných informací o poskytované pooperační péči.....	64

15 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aa. – arterie

AH – abdominální hysterektomie

BMI –body mass index

CIN – cervikální intraepiteální neoplazie

CO₂ – oxid uhličitý

DSL – dolní střední laparotomie

ex - odstranění

FF – fyziologické funkce

GIT – gastrointestinální trakt

HSK - hysteroskopie

LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

LAVH - LC - laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie s laparoskopickou kolpotomií

LAVH - VC - laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie s vaginální kolpotomií

lig. – ligamentum

ligg. – ligamenta

LSH – laparoskopická supravaginální hysterektomie

PID – hluboký zánět pánevní

PMK – permanentní močový katétr

PŽK – permanentní žilní katétr

p.o.- per os

TLH – totální laparoskopická hysterektomie

VALH – vaginálně asistovaná vaginální hysterektomie

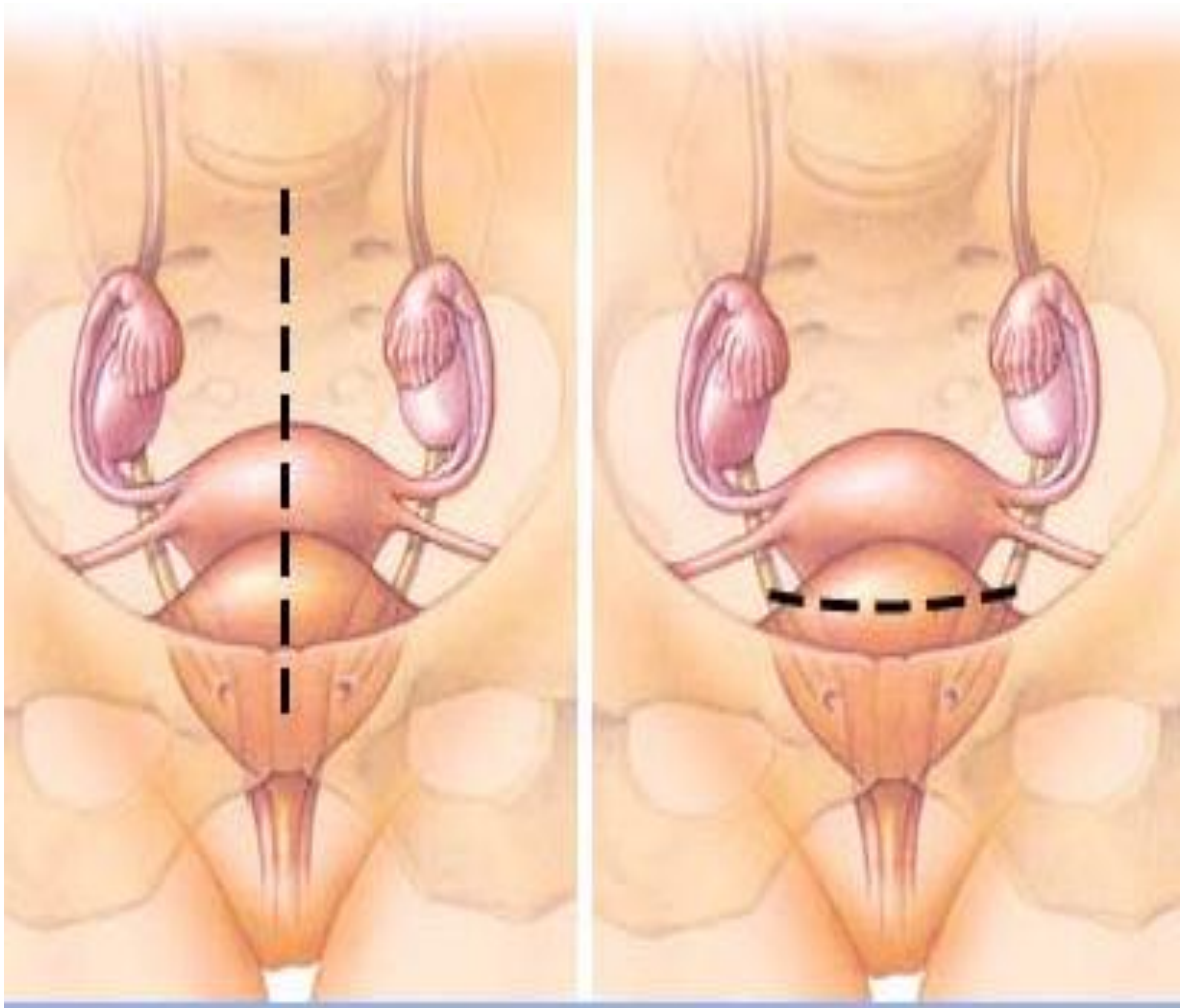
VH – vaginální hysterektomie

VVV – vrozená vývojová vada

16 SEZNAM PŘÍLOH

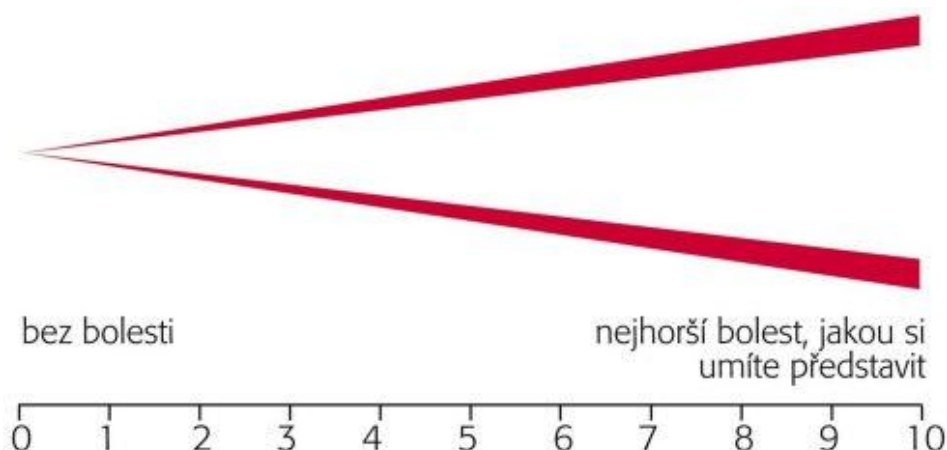
Příloha A <i>Dolní střední laparotomie a řez dle Pfannenstiela</i>	84
Příloha B <i>Škály bolesti</i>	85
Příloha C <i>Redonovy drény</i>	86
Příloha D <i>Záznamový arch pro sběr dat z operační knihy</i>	87
Příloha E <i>Záznamová tabulka pro ošetrovatelskou péči</i>	88

Příloha č. A *Dolní střední laparotomie a řez dle Pfannenstiela*

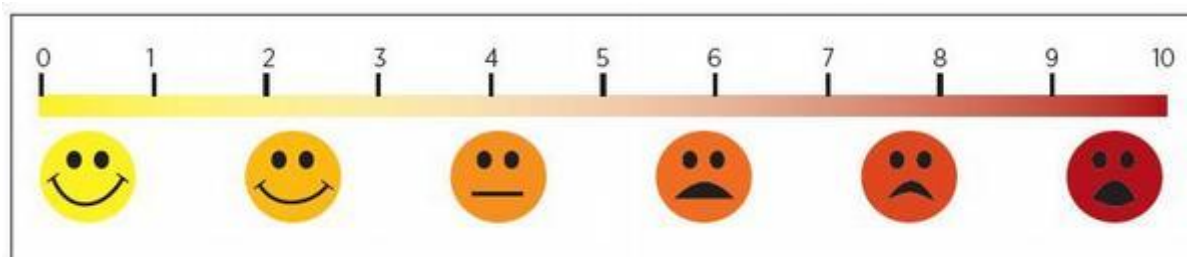


Převzato z: Riverside [online] 2008 [cit. 2013-05-25] Vertical and Pfannenstiell incision.
Dostupné z WWW: <http://www.riversideonline.com/health_reference/Womens-Health/HQ00905.cfm>

Příloha č. B Škály bolesti



Převzato z: HÁJEK, E.: Náplast při léčbě bolesti. [online] 2008 [cit. 2013-05-25] Vizuální analogová škála–stupnice VAS. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=8498>>



Převzato z: Postgraduální medicína [online] 2012 [cit. 2013-05-25] Škála bolesti. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/hodnoceni-a-lecba-chronicke-nadorove-bolesti-464250>>



Převzato z: Stěžeň [online] 2011 [cit. 2013-05-25] HONZÁK, R.: Jak přežít bolest II. Dostupné z WWW: <<http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2011/03/index.php?ap=bolest>>

Příloha č. C *Redonovy drény*



Převzato z: Color Tradingn [online] 2008 [cit. 2013-05-25] Redonův drén. Dostupné z WWW:<<http://www.colortrading.pl/?id=oferta&art=systemydrenazowe>>



Převzato z: Zelená Hvězda [online] 2008 [cit. 2013-05-25] Drenáže. Dostupné z WWW:<<http://www.zelenahvezda.cz/zdravotnicke-potreby/drainobag-150>>

Příloha č. D *Záznamový arch pro sběr dat z operační knihy*

	Datum operace	Rok narození	Operační diagnóza	Typ operace
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

Příloha č. E Záznamová tabulka pro ošetrovatelskou péči

	ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE
Kontrola FF			
Sledování operační rány			
Katétry			
Drény			
Vstávání			
Tekutiny p.o.			
Spontánní močení			
Stolice			
Plyny			
Dieta			
Překlad			
Propuštění			
Jiné			