

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Úkoly zdravotnického záchranáře při gynekologických stavech  
v přednemocniční etapě**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Neumannová Štechová, DiS

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2010

Jméno a příjmení autora: Oldřich Šíma

## Abstract

This thesis is called **The Tasks of Paramedic at Gynaecological States in Pre-hospital Phase**. At the beginning of the chapter “Present State” the job of a paramedic and pre-hospital urgent care are briefly characterized. The information on anatomy and physiology of female reproductive organs, on examination procedures in pre-hospital phase with the focus on gynaecology and the survey of nosological units and syndromes are included. Also the last part of the chapter contains the characteristics of rape and abuse including recommended procedures for paramedics in pre-hospital phase.

The objective of the thesis was to find out if a paramedic (during the action with gynaecological diagnosis) proceeds according to the recommended schemes, further, to find out theoretical knowledge of paramedics and to map particular practical experience of paramedics concerning gynaecology.

For the research the quantitative method of data collection was used, while the data was gained by the questionnaire method addressed to paramedics of South Bohemian Region.

The results have shown that paramedics have sufficient experience with gynaecological states in pre-hospital care including theoretical knowledge. Further, it also was found out that many paramedics are not willing to take a detailed gynaecological history from a patient and many of them are not willing to examine a patient. In this connection it proves the fact mentioned by Pokorný that gynaecological cases are considered specific private matter with increased claim to respect to shame and privacy by women, which often equals to very reserved history and data on present illness or injury.

On the basis of these data I think the results contained in the thesis might be used to deepen practical skills of paramedics in the problems of gynaecological states, especially with respect to taking the history and clinical examination on conditions of pre-hospital care.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Úkoly zdravotnického záchranáře při gynekologických stavech v přednemocniční etapě vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

Podpis.....

## **Poděkování**

Chtěl bych poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Janě Neumannové Štechové za cenné rady, postřehy a čas, který mi věnovala. Dále chci poděkovat všem, kteří mi poskytli důležité informace k napsání bakalářské práce.

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>-7-</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>-8-</b>
1. 1 Zdravotnický záchranář a přednemocniční neodkladná péče .....	-8-
1. 2 Anatomie a fyziologie pohlavních orgánů ženy .....	-9-
1. 2. 1 Vnější pohlavní orgány ženy .....	-9-
1. 2. 2 Vnitřní pohlavní orgány ženy .....	-10-
1. 2. 3 Menstruační cyklus .....	-12-
1. 2. 4 Fyziologie poševního ekosystému .....	-12-
1. 3 Vyšetřovací postupy v přednemocniční etapě se zaměřením na gynekologii .....	-13-
1. 3. 1 Algoritmus diagnostiky a neodkladné péče při akutních stavech v gynekologii .....	-15-
1. 4 Přehled nozologických jednotek a syndromů .....	-16-
1. 4. 1 Záněty .....	-16-
1. 4. 1. 1 <i>Vulvitis</i> .....	-18-
1. 4. 1. 2 <i>Inflammatio glandulae vestibularis Bartholini</i> .....	-19-
1. 4. 1. 3 <i>Colpitis</i> .....	-19-
1. 4. 1. 4 <i>Cervicitis</i> .....	-20-
1. 4. 1. 5 <i>Záněty dělohy</i> .....	-21-
1. 4. 1. 6 <i>PID – hluboký pánevní zánět</i> .....	-21-
1. 4. 1. 7 <i>Syndrom toxického šoku</i> .....	-22-
1. 4. 1. 8 <i>Gonorrhoea</i> .....	-22-
1. 4. 1. 9 <i>Syphilis (lues)</i> .....	-23-
1. 4. 2 Endometrióza .....	-23-
1. 4. 3 Krvácení z rodidel.....	-24-
1. 4. 3. 1 <i>Některé poruchy menstruačního krvácení</i> .....	-25-
1. 4. 3. 2 <i>Vulvovaginální poranění</i> .....	-26-
1. 4. 4 Náhlé příhody v gynekologii .....	-27-
1. 4. 4. 1 <i>Graviditas extrauterina (GEU)</i> .....	-27-

1. 4. 4. 2 <i>Torze adnex</i> .....	-28-
1. 4. 5 Nádory .....	-29-
1. 4. 5. 1 <i>Vybrané gynekologické nádory</i> .....	-30-
1. 4. 6 Znásilnění a zneužití .....	-31-
<b>2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>-32-</b>
2. 1 Cíle práce .....	-32-
2. 2 Hypotézy .....	-32-
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>-33-</b>
3. 1 Metodika práce .....	-33-
3. 2 Charakteristika výzkumného vzorku .....	-33-
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>-34-</b>
<b>5. DISKUZE .....</b>	<b>-59-</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>-65-</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>-66-</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>-70-</b>
<b>9. PŘÍLOHY.....</b>	<b>-71-</b>

## Úvod

V době, kdy většina žen, ať pravidelně či zcela výjimečně navštěvuje gynekologickou ordinaci, se výjezdy zdravotnické záchranné služby s indikací gynekologický stav, vyskytují spíše sporadicky. Právě gynekolog má možnost diagnostikovat onemocnění v rané fázi, avšak stále jsou ženy, které gynekologa nenavštěvují. Dokonce existují i stavy a situace, kdy ženy mohou být postihnuty náhlou příhodou nebo jejich onemocnění může dospět až do okamžiku, kdy jsou nuceny přivolat si zdravotnickou záchrannou službu.

Zdravotnický záchranář musí právě tyto stavy včasně řešit, umět je správně diagnostikovat a na základě toho zahájit příslušnou terapii. Výjezdy, týkající se gynekologické tematiky, jsou velice specifické, a to nejen po stránce medicínské, ale především psychologické, a tak i sociální. Nemusí se vždy týkat pouze dospělých žen, ale týkají se i mladých dívek a dětí. Zdravotnický záchranář se setkává s nervozitou, studem a mnohdy i s rozpaky, a to nejen ze strany postižené ženy. Od zdravotnického záchranáře je proto očekáván citlivý a ohleduplný přístup.

V podmínkách přednemocniční péče je základem stanovení diagnózy odběr anamnézy a zhodnocení současného klinického stavu. Gynekologické vyšetření je zpravidla soustředěno na vyšetření zevních pohlavních orgánů, a to nejen z důvodu, že zdravotnický záchranář není schopen zajistit ženě potřebnou intimitu, nýbrž je zapotřebí vzít v potaz i možnosti přístupu ve vozidle záchranné služby, které jsou značně omezené. Z tohoto vyplývá, že zdravotnický záchranář musí být schopen adekvátního rozhodnutí, zda ženu vyšetřovat či nikoli a z možného minimálního počtu potřebných informací se rozhodnout pro terapii.

Dané téma bakalářské práce jsem si vybral nejen z důvodu vysoké specifiky těchto výjezdů, ale i proto, že chci zjistit faktické teoretické vědomosti zdravotnických záchranářů, což je dle mého názoru základ, aby ženám mohla být poskytnuta ta nejlepší péče. A dále chci zmapovat konkrétní praktické zkušenosti zdravotnických záchranářů v gynekologické oblasti.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1. 1 Zdravotnický záchranář a přednemocniční neodkladná péče

Zdravotnický záchranář je pracovník poskytující nezbytnou kvalifikovanou první pomoc lidem, kteří se stali oběťmi nehod, havárií, živelných pohrom, nebo se z jiného důvodu dostali do ohrožení života, a zajišťuje související záchranářské práce. Na zdravotnického záchranáře jsou kladeny vysoké nároky, a to především na jeho rozhodnost, přesnost, samostatnost, sebekontrolu a schopnost práce v týmu.<sup>9</sup>

Základním předpokladem pro výkon povolání zdravotnického záchranáře je mít odbornou způsobilost. Tu lze získat absolvováním akreditovaného studijního programu uskutečňovaného vysokou školou nebo akreditovaného vzdělávacího programu uskutečňovaného vyšší odbornou školou. Tyto programy musí trvat nejméně tři roky a z toho musí obsahovat nejméně 1500 hodin praktického vyučování.<sup>29</sup> Získáním odborné způsobilosti může zdravotnický záchranář vykonávat činnost bez odborného dohledu v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci urgentního příjmu.<sup>30,34</sup>

Zdravotnický záchranář poskytuje přednemocniční neodkladnou péči, která je definována jako péče o postiženého na místě vzniku jeho úrazu nebo náhlého onemocnění, doprava k dalšímu odbornému ošetření a jeho předání do nejbližšího vhodného zdravotnického zařízení. Tyto výkony však nemusí zdravotnický záchranář vykonávat, bylo by tím vážně ohroženo jeho zdraví či dokonce jeho život.<sup>7</sup> Přednemocniční neodkladná péče je poskytována při pěti základních stavech, které „jak je uvedeno (ve vyhlášce číslo 434/1992 §1 odstavce 2) :

- a) bezprostředně ohrožují život postiženého,
- b) mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti,
- c) způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny,
- d) působí náhlé utrpení a náhlou bolest,
- e) působí změny chování a jednání postiženého, ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí“.<sup>31</sup>



## 1. 2 Anatomie a fyziologie pohlavních orgánů ženy

Ženské pohlavní orgány můžeme rozdělit na vnější a vnitřní (organa genitalia feminina externa et organa genitalia feminina interna). Někdy jsou též označovány jako zevní a vnitřní rodidla (viz. přílohy č. 1, 2). Zevní rodidla zahrnují velké a malé stydké pysky, předsíň poševní, poštváček, stydký pahorek a hráz. Ženské vnitřní pohlavní orgány zahrnují vaječníky, vejcovody, dělohu a pochvu.<sup>3,5</sup>

### 1. 2. 1 Vnější pohlavní orgány ženy

Zevní pohlavní orgány obklopují vstup do pochvy a jsou uloženy na dolním konci trupu. V této oblasti též vyústí močová trubice.<sup>12</sup>

Stydký pahorek (mons pubis, mons Veneris, hrma) je trojúhelníková oblast kaudálně od suprapubické oblasti. Je tvořen silnou kůží s chlupy a podložen tukovým polštářem.<sup>3</sup>

Velké stydké pysky (labia majora pudendi) jsou dlouhé asi 8 cm a široké kolem 3 cm. Jsou pokračováním stydkého pahorku a spojují se kaudálně, kde tvoří řasu (commissura labiorum posterior). Jejich základem je vazivový tukový polštář. Kůže může být kryta ochlupením, stejně jako je tomu v oblasti mons pubis. Velké stydké pysky k sobě přiléhají, a vytvářejí tak stydkou rýhu (rima pudendi).<sup>5</sup>

Malé stydké pysky (labia minora pudendi) jsou kožní řasou o délce 3-4 cm, růžové barvy. Jsou zcela kryty velkými stydkými pysky (tento fakt se považuje za známku donošenosti plodu). Malé stydké pysky jsou bez ochlupení a bez potních žláz, avšak mají žlázy mazové a bohatou žilní pletěň. Kraniálním směrem se rozdělují a vytvářejí řasu, která kryje poštváček.<sup>12</sup>

Poštváček (clitoris) je kavernózní orgán a má podobnou stavbu jako mužský penis. Na rozdíl od něj však neobsahuje močovou trubici. Clitoris obsahuje četná zakončení sensitivních nervů, které slouží k povrchovému cití.<sup>5,12</sup>

Předsíň poševní (vestibulum vaginae) respektive vchod poševní (ostium vaginae) je ohraničen malými stydkými pysky a poštváčkem. Ve středu poševního vchodu je vlastní vstup do pochvy, který přechází v panenskou blánu (hymen). Panenská blána je tvořena vazivovým lemem, který má v centru otvor různého tvaru

a velikosti, jenž umožňuje odtok menstruační krve. Blána se trhá při prvním pohlavním styku. Tento děj se označuje jako deflorace. Dále do předsíně poševní ústí dvě žlázy produkující vazký a zvlhčující sekret, glandulae vestibulares minores a glandula vestibularis major, která je též označována jako žláza Bartholiniho. Její sekret je odváděn vývodem dlouhým 1-2 cm do rýhy mezi hymen a malé stydké pysky.<sup>5,12,28</sup>

Hráz (perineum) je 3-4 cm dlouhý úsek mezi commissura labiorum posterior a análním otvorem. Její stavba je tvořena kůží, podkožím a svalovinou.<sup>5</sup>

### 1. 2. 2 Vnitřní pohlavní orgány ženy

Pro polohu a upevnění vnitřních ženských pohlavních orgánů sehrává značný význam široký vaz děložní (ligamentum latum uteri – viz. příloha č. 2). V jeho středu stojí děloha, po jeho stranách jsou připojeny vejcovody a k jeho zadní ploše je připojen vaječník.<sup>5</sup>

Pochva (lat. vagina, řec. kolpos – viz. příloha č. 3) je kopulační orgán 8-10 cm dlouhý kraniálně se upínající k děložnímu krčku a vyústující mezi malé stydké pysky. Její šířka je značně variabilní v rozmezí 2,5 – 3 cm až po šířku hlavičky plodu při porodu. Před vaginou leží močový měchýř s močovou trubicí a za vaginou je uloženo rektum.<sup>5</sup> Horní část vaginy je připevněna okolo děložního čípku (cervix) tak, že čípek vyčnívá do vaginy. V okolí děložního čípku rozeznáváme přední klenbu poševní (pars anterior), která je kratší a méně vyklenutá, a zadní klenbu poševní (pars posterior), v níž se případně hromadí ejakulát po pohlavním styku.<sup>18,20</sup> Poševní stěna je 3 – 4 mm silná, elastická a značně tažná. Skládá se ze sliznice, svaloviny a adventicie. Sliznice je za běžných podmínek narůžovělá, avšak při menstruaci či pohlavním dráždění dostává barvu temně červenou.<sup>5</sup> Svalovina pochvy je hladká, síťovitě uspořádaná, a v její dolní části se nacházejí snopce příčně pruhované svaloviny, mající charakter svěrače, proto se někdy označují jako musculus sphincter vaginae. Adventicie je tvořena vazivem, v němž jsou větve cév a nervů.<sup>20</sup>

Děloha (lat. uterus, řec. metra nebo hystera) je dutý svalový orgán uložený v centru malé pánve. U dospělé ženy má tvar zploštělé hrušky. Rozlišujeme u ní širší a větší tělo děložní (corpus uteri), které se kraniálně rozšiřuje a vybíhá v rohy děložní,

kam ústí vejcovody, a užší a menší krček děložní (cervix uteri), jež přechází v děložní čípek, který vyčnívá do pochvy (viz. příloha č. 4). Mezi těmito částmi leží zúžený úsek isthmus uteri.<sup>5,18</sup> Děloha je průměrně 7 – 9 cm dlouhá, v nejširší části 5 cm široká a její tloušťka je 2,5 cm. Tyto rozměry jsou u rodivších žen přibližně o 1 cm zvětšeny. Stěna děložní je tvořena třemi charakteristickými vrstvami – sliznicí (endometrium), svalovinou (myometrium) a serózní vrstvou (perimetrium). Endometrium je tvořeno jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami. Povrchová vrstva prodělává hormonálně řízené cyklické změny. Dochází zde k pravidelnému růstu a odlučování vrstev sliznice. Myometrium je vrstva tvořená hladkou svalovinou a vazivem, které v premenstruačním období zduří a objevuje se v něm tekutina. Děložní svalovina sehrává zásadní úlohu při porodu, kdy její stahy vypuzují plod. Tyto děložní stahy jsou především řízeny hormonem oxytocinem. Perimetrium tvoří povrch dělohy a je k děloze pevně přirostlé.<sup>5,20</sup>

Vejcovod (salpinx, tuba uterina) je párová 8-15 cm dlouhá trubice (viz. příloha č. 5). Zevní ústí je orientováno do dutiny břišní a přivráceno k vaječníku.<sup>18</sup> Tato přivrácená část se nazývá infundibulum a obsahuje fimbrie, které zachytí vajíčko. Na infundibulum navazuje relativně široká ampula přecházející v zúženou část, isthmus. Konečná část vejcovodu vyústuje do dutiny děložní.<sup>20</sup> Povrch vejcovodu je tvořen sliznicí, která je kryta epitelem obsahující řasinkové a sekreční buňky. Řasinkové buňky kmitají směrem k děloze a vytvářejí tak proud, v němž je transportováno vajíčko.<sup>5,18</sup>

Vaječník (ovarium) je párová oválná pohlavní žláza produkující pohlavní buňky vajíčka (oocyty) a pohlavní hormony. Ovarium je tvořeno vazivem a rozlišujeme u něj kůru (cortex) a dřeň (medulla). Kůra obsahuje folikuly, v nichž se nacházejí zárodečné buňky, které v období pohlavní dospělosti postupně dozrávají a zvětšují se. Zralý folikul neboli folikul Graafův se dostává k povrchu vaječníku, kde praská a uvolňuje vajíčko. Tento okamžik se označuje jako ovulace. Vajíčko je po uvolnění nasáno do vejcovodu, kde může být oplozeno. Zbytky folikulu dávají vzniknout žlutému tělísku, které produkuje hormony, a to především progesteron a v menší míře i estrogen. Nedojde-li k oplození, žluté tělísko zaniká.<sup>5,18</sup> Tento cyklus se opakuje v pravidelných

intervalech a je označován jako cyklus ovariaální. Cyklus je řízen pomocí adenohypofyzárních hormonů, a to folikulostimulačním hormonem (FSH), který podporuje zrání vajíčka ve folikulech, a luteinizačním hormonem (LH), který podporuje vznik žlutého tělíska a tvorbu progesteronu.<sup>25</sup>

### 1. 2. 3 Menstruační cyklus

Označován také jako cyklus děložní (viz. příloha č. 6) se opakuje v pravidelných 28 denních intervalech. Existuje zde však relevantní rozmezí mezi 21 a 35 dny.<sup>17</sup> Rozděluje se do 4 fází projevujících se změnami endometria. První fáze se označuje jako menstruační a začíná 1. dnem menstruace. Trvá asi 5 dnů, během nichž se odlučuje odumřelá děložní sliznice s menstruační krví. Celkově při menstruaci odchází asi 40 ml krve, čemuž napomáhají stahy děložní svaloviny. Druhá fáze menstruačního cyklu se nazývá proliferační, v jejímž průběhu se obnovuje děložní sliznice. Trvá od 5. do 14. dne cyklu. Třetí fáze je fáze sekreční, kdy dochází k ovulaci, a tudíž ke zvýšené tvorbě progesteronu ze žlutého tělíska. V této fázi se sliznice připravuje na eventuelní uhnízdění oplozeného vajíčka. Čtvrtá fáze, charakterizována ukončením hormonální aktivity žlutého tělíska, působí vazokonstrikci děložních tepének, čímž je způsobena krátká ischemie sliznice, která odumírá a začíná se odlučovat. Čtvrtá fáze se označuje jako ischemická.<sup>3</sup>

### 1. 2. 4 Fyziologie poševního ekosystému

Poševní ekosystém zajišťuje přirozenou obranyschopnost genitálního ústrojí ženy před rozvojem a šířením zánětlivého onemocnění. Je tvořen několika faktory, které se vzájemně ovlivňují:<sup>3</sup>

- slizniční imunitní systém – hrdlo děložní produkuje velké množství sekrečního imunoglobulinu A, který společně s leukocyty, lymfocyty a makrofágy stéká do pochvy, kde vytváří cervikovaginální sekret;<sup>3</sup>
- kyselé pH v pochvě – je zajišťováno neustálým štěpením glykogenu na kyselinu mléčnou (pH=3,0-3,5); v průběhu menstruačního cyklu však pH kolísá;

při menstruačním krvácení se snižuje množství glykogenu v buňkách, čímž se zvyšuje pH, naopak pH je nejnižší uprostřed menstruačního cyklu;<sup>3,17</sup>

- hladina estrogenu během menstruačního cyklu – v prepubertálním období je velice nízká, díky čemuž má poševní sliznice velmi tenkou stěnu; minimální je i obsah glykogenu v buňkách, takže pH je spíše alkalické; estrogeny se začínají významně produkovat až v období puberty, čímž přispívají k pohlavnímu zrání, zesílení poševní stěny, zvyšují hladinu glykogenu v buňkách a podporují osídlení pochvy laktobacily; po menopauze, kdy opět klesá hladina estrogenů, poševní sliznice atrofuje, laktobacily mizí a pH je spíše neutrální;<sup>3,17</sup>
- endogenní poševní flóra – široká škála aerobních i anaerobních mikroorganismů, které jsou ve vzájemné rovnováze, a které slizniční imunita trpí; její složení je u každé ženy individuální a závisí na exogenních i endogenních vlivech (hladiny hormonů, sexuální aktivita, choroby ženy, antibiotická léčba aj.); regulace hladiny poševní flóry je přisuzována laktobacilům.<sup>3</sup>

### 1. 3 Vyšetřovací postupy v přednemocniční etapě se zaměřením na gynekologii

Každé gynekologické vyšetření v přednemocniční péči by mělo být zahájeno odběrem anamnézy. Získávání anamnestických údajů od pacientky s gynekologickým onemocněním se řídí stejnými zásadami jako u obecné klinické anamnézy, avšak navíc obsahuje některé specifické rysy, mezi něž patří zjišťování údajů týkajících se reprodukčních orgánů, při čemž je zapotřebí zachovat soukromí a diskrétní přístup.<sup>26</sup>

Anamnéza neboli předchorobí je soubor informací potřebných k bližší analýze zdravotního stavu pacientky. Anamnézu zahájíme odběrem osobních údajů, a to jména, příjmení, rodného čísla, stavu, zaměstnání a adresy trvalého bydliště. V osobní anamnéze se podrobně ptáme na veškeré dřívější a nynější onemocnění. Rodinná anamnéza slouží především k posouzení rizika vzniku dědičné choroby. Například se zaměřujeme na onkologická onemocnění v přímém příbuzenském vztahu k ženě, na genetické onemocnění a na vrozené vývojové vady vyskytující se v rodině.<sup>11,35</sup> V gynekologické anamnéze získáváme údaje o menstruačním cyklu – věk při první menstruaci, délku, intenzitu, bolestivost a pravidelnost menstruačního krvácení,

krvácení v období cyklu, datum poslední menstruace, věk ukončení menstruačního krvácení a eventuelně klimakterické obtíže.<sup>3</sup> Důležitou roli při odběru této anamnézy sehrávají i otázky týkající se těhotenství, gynekologických onemocnění a sexuálního života, kdy se zaměříme na komplikace v předchozích těhotenstvích a za porodu (včetně způsobu vedení porodu), průběhu šestinedělí, počtu samovolných potratů a interrupcí, na průběh a způsob ošetření při mimoděložním těhotenství a na gynekologické operace. Údaje ze sexuálního života jsou diskrétní, proto je získáváme jen s ohledem na současné obtíže pacientky, a mohou to být: věk prvního sexuálního styku, frekvence pohlavních styků, bolestivost při styku, počet partnerů a druh antikoncepce, včetně všech obtíží spojených se zvolenou antikoncepcí.<sup>26</sup> Při odběru anamnézy nesmíme opomenout ani anamnézu farmakologickou, alergologickou, pracovní a sociální.<sup>35</sup> Poslední důležitou částí anamnézy z pohledu přednemocniční péče, kde se diagnózy nejčastěji stanovují dle symptomatologie, je vylíčení povahy a trvání nynějších onemocnění.<sup>2</sup> U pacientek v alterovaném stavu získáváme informace od okolí, eventuelně ze zdravotnické dokumentace. V symptomatologii se nejčastěji objevuje bolest, krvácení a výtok. U bolesti uvádíme dobu a okolnosti vzniku bolesti, lokalizaci, intenzitu a propagaci bolesti. Vybidneme nemocnou, aby přesně ukázala místo nejvýraznější bolesti. Ptáme se, objevuje-li se bolest při pohlavním styku, při defekaci či při močení. U krvácení je nutno uvést délku, intenzitu, nepravidelnost či úrazový mechanismus, a v neposlední řadě výtok, kde se zaměříme na charakter výtoku, opakování, závislosti na pohlavním životě a na jiná onemocnění.<sup>3,26</sup>

Současně provádíme fyzikální vyšetření, v němž využíváme našich smyslů k zaznamenání údajů o pacientce. Začínáme posouzením vědomí, polohy, postoje, chůze, výživy, vzrůstu a stavu kůže. Pacientku oslovujeme jménem, popřípadě titulem a neopomínáme non-verbální komunikaci. Při fyzikálním vyšetření využíváme klasické čtveřice: pohled (inspekce), pohmat (palpace), poklep (perkuse) a poslech (auskultace). Pohledem zjišťujeme vzhled břicha a podbřišku ženy, jejich symetrii, dýchací vlny, vyklenutí, zarudnutí a jizvy. Na vnějších pohlavních orgánech si všímáme jejich celkového vzhledu, ochlupení, výšky hráze, zhojení porodních poranění a okolí řitního otvoru. Při inspekci se snažíme zachovat intimitu ženy a musíme respektovat její

přirozený stud. Pohmatem vyšetříme napětí břišní stěny, při hlubší palpaci lokalizujeme místo největší bolestivosti a případnou rezistenci v pánvi. Při palpaci dodržujeme všeobecná pravidla, která postup usnadňují, a to že ruce musí být teplé (studené dráždí kůži), palpace musí být jemná s mírným tlakem, přičemž začínáme na opačné straně, než kde pacientka udává bolestivost s postupným přecházením na postižené místo. Vyšetření palpací musí být symetrické a plánované. Poklepem lze ohraničit rezistence v malé pánvi. A poslechem prokazujeme vymizení peristaltiky. Mezi další možná vyšetření se řadí i vyšetření per rektum, a vyšetření čichem.<sup>26,35</sup>

### 1. 3. 1 Algoritmus diagnostiky a neodkladné péče při akutních stavech v gynekologii

Náhlé příhody v gynekologii mají široké spektrum zastoupení a jsou náročné i na diferenciální diagnostiku od náhlých příhod břišních jiného původu. Nejčastěji se vyskytují bolesti v podbříšku, v pánvi a kříži a nečekaná krvácení. „Jak uvádí Pokorný (2004, s. 441) akutní gynekologické příhody jsou ženami považovány za specifickou osobní záležitost se zvýšeným nárokem na respekt ke studu a k soukromí. Tomuto odpovídá často i velmi rezervovaná anamnéza a údaje o nynějším onemocnění nebo poranění.“ Zdravotnický záchranář by neměl být s vyšetřovanou ženou, dívkou či děvčátkem sám, vždy se doporučuje přítomnost další osoby - matky, dcery, sestry. Děvčátka vnímají tuto problematiku jen částečně, může jim však způsobit hluboký emocionální zážitek.<sup>22</sup>

V neodkladné péči bude věnována pozornost při akutním stavu zejména následujícím složkám:

- celkově zaměřená anamnéza včetně gynekologických údajů a nynějšího onemocnění (bolest v podbříšku a v kříži, výtok, krvácení z rodidel, menses, druh antikoncepce, styk a úrazový mechanismus);<sup>22</sup>
- při vyšetření celkového stavu je vždy indikováno pečlivé palpační vyšetření břicha a podbříšku; v přednemocniční diagnostice se často omezujeme pouze na zevní gynekologické vyšetření, kdy kontrolujeme výtok a krvácení z rodidel; dále měříme i tělesnou teplotu a speciální pozornost věnujeme při podezření na znásilnění, zneužití či náhodné poranění a to včetně nezletilých děvčátek;<sup>22</sup>

- na urgentním příjmu se vždy připojuje i klasické gynekologické vyšetření a specializované vyšetřovací postupy (ultrasonografie, vyšetření na graviditu, sérologické vyšetření na sexuálně přenosné choroby a kultivační vyšetření z hrdla děložního); diferenciální diagnostika se věnuje zejména odlišení od jiných náhlých příhod břišních; je možnost i připojení toxikologického vyšetření při podezření na zneužívání drog; často je gynekologické vyšetření indikováno i při traumatech břicha a polytraumatech při dopravních nehodách, pádech z výše a násilí.<sup>22</sup>

#### 1. 4 Přehled nozologických jednotek a syndromů

Nozologie neboli nauka o třídění nemocí zejména podle příčin a pochodů vedoucích ke vzniku onemocnění bude v následující kapitole zaměřena na záněty, endometriózu, krvácení z rodidel, nádory a znásilnění. Část nozologických jednotek a syndromů náleží k diagnostice v raném těhotenství, proto je úkolem zdravotnického záchranáře přesvědčit se o graviditě nebo ji vyloučit prakticky u všech žen s akutním nálezem v gynekologické oblasti, které jsou v reprodukční věkové kategorii. V této souvislosti je třeba vzít i v úvahu, že hormonální stimulační léčba může odsunout konec reprodukčního věku až k 60. roku života.<sup>22,28</sup>

##### 1. 4. 1 Záněty

Zánět je nejstarším typem obranné a reparativní reakce, kterou organismus odpovídá na poškození nejrůznějšími agens. Zánětlivá reakce destruuje a odstraňuje škodlivé mikroorganismy a podporuje i specifickou imunitní reakci včetně regenerace poškozené tkáně.<sup>19</sup> Záněty ženských pohlavních orgánů jsou onemocněním infekčního charakteru, vyvolaná nejčastěji mikroby a kvasinkami, méně často viry a parazity. Jejich diagnostika se dá přesně určit pouze kultivačními technikami. Postižena může být kterákoli část ženských pohlavních orgánů, proto je můžeme rozdělit na záněty zevních a vnitřních rodidel probíhající ve formě akutní nebo chronické. Akutní forma vzniká náhle, má výrazné klinické projevy a vyžaduje okamžité léčení. Chronickým typem zánětu můžeme označit buď latentně probíhající procesy, které mají nevýrazné klinické



příznaky, anebo následky po akutním zánětu, jež nebyl řádně doléčen. Pro záněty děložních přívěsků (vaječníky a vejcovody), vazů a pánevního peritonea se používá termín hluboký zánět pánevní = pelvic inflammatory disease (dále jen PID), což je nejzávažnější forma zánětlivého postižení genitálního ústrojí ženy.<sup>3</sup>

Zánětlivá onemocnění ženských pohlavních orgánů jsou častým důvodem návštěvy ženy u gynekologa. Toto souvisí s rozvojem nové skupiny sexuálně přenosných nemocí = sexually transmitted diseases (dále jen STD), které zahrnují všechny onemocnění přenášené pohlavním stykem. Zvýšený výskyt zánětlivých onemocnění s sebou přináší nejen medicínské, ekonomické a sociální problémy, ale především dochází k narušení partnerských vztahů. Velice často se můžeme setkat s nevhodným laickým přístupem postiženého jedince, který své onemocnění často tají, nebo mu nevěnuje dostatečnou pozornost. Avšak nejzávažnějším postižením po zánětu mohou trvalé následky, které se mohou projevit bolestmi při styku (dyspareunia), bolestmi při menstruaci (dysmenorrhoea), srůsty v břišní dutině (adhesiones), či neurčitými bolestmi v podbříšku nebo oblasti kříže. Toto vše může vést k poruše plodnosti postihující ženy i muže, a proto je povinností všech zdravotnických pracovníků náležitě poučit ženy o nebezpečí a prevenci těchto chorob, ale zároveň je povinností ženy mít snahu pečovat o své zdraví a vyvarovat se škodlivě působícím jevům.<sup>3,33</sup>

Šíření infekce může probíhat ascendentně (vzestupně), kdy přispívá k rozvoji infekce špatná hygiena, snížená obranyschopnost, hormonální porucha, krvácení z rodidel při menstruaci, které alkalizuje kyselé poševní prostředí, podvýživa ženy a přidružená onemocnění (onkologická, diabetes mellitus aj.). Infekce se může šířit i descendentně (sestupně), a to per continuitatem, kdy je zajištěn přímý kontakt zánětlivých ložisek v trávicím ústrojí, v močových cestách nebo na peritoneu, anebo hematogenně či lymfogenně.<sup>3,8</sup>

Záněty v gynekologii se vyznačují klasickými Celsovými znaky, a to dolor (bolest), calor (teplota), rubor (zčervenání) a tumor (otok), ke kterým Virchow přidal functio laesa (poškození funkce orgánu).<sup>12</sup>

#### *1. 4. 1. 1 Vulvitis*

Vulvitis je zánět zevních pohlavních orgánů. Setkáváme se s ním spíše u starších žen, často v souvislosti s poškozením povrchových vrstev kůže, která je za fyziologických podmínek vůči infekci odolná. Poškození může nastat mechanicky (škrábáním, úraz) nebo macerací močí, výtokem, u obézních žen potem a menstruační krví, kdy dochází ke změknutí kůže působením dané tekutiny. Odolnost kůže může být alterována i přidruženým onemocněním (diabetes mellitus, anémie, hepatopatie).<sup>3,28</sup>

Klinický obraz je pestrý a závisí na původci infekce. Ženy postižené tímto zánětem si stěžují na úporné svědění zevních rodidel, na pálení při a po močení a na potíže při pohlavním styku.<sup>3</sup> Celkové příznaky se mohou projevat teplotou, bolestmi hlavy a svalů, únavou a dyskomfortem.<sup>22</sup>

Při bakteriální infekci bývá kůže vulvy zarudlá, teplá, zduřelá, citlivá na dotyk. Infikované mohou být i vlasové váčky, které mohou vytvářet furunkly, což jsou vyvýšená a značně bolestivá zarudlá zduření s hnisavou čepičkou na vrcholu. Z furunklů může infekce proniknout do hlubších vrstev podkožní tkáně a vytvořit flegmónu. Při mykotické infekci vulvy se vytváří bělavé povlaky, jejichž obraz je vzhledem k intenzivnímu svědění doplněn drobnými defekty. Stále častěji se můžeme setkat s virovými infekcemi, které vytvářejí bradavičnaté výrůstky (condylomata), jež jsou ve většině případů způsobeny lidskými papilomaviry = human papillomavirus (dále jen HPV). Zevní rodidla mohou být zcela pokryta bradavičnatými výrůstky, ty však lze nalézt i v pochvě a na hrdle děložním. Dalším virovým vyvolavatelem zánětu je Herpes simplex, projevující se drobnými puchýřky na stydkých pyscích, v poševním vchodu i pochvě, které často svědí a pálí. Z puchýřku při prasknutí vytéká tekutina, která je vysoce infekční a puchýřek se dále bakteriálně infikuje. Můžeme se setkat i s alergickým typem vulvitidy, kdy postižená má zvýšenou citlivost na latex a výrobky, které jej obsahují.<sup>3,22,28</sup>

Terapie se liší dle původce vzniku onemocnění a spočívá v lokálním, či eventuelně celkovém podávání antiflogistik a antimykotik.<sup>3</sup> Základem zůstává důsledná hygiena, vyloučení nebo minimalizace rizika infekčního přenosu a doporučení k návštěvě gynekologa.<sup>22</sup> Lokálně se dále léčí obklady, zásypy a mastmi s kortikoidy.

Celkově se můžou podávat léky tišící bolest a svědění, a při rozsáhlejších zánětlivých změnách i antibiotika. Rozsáhlejší infekce může vyžadovat i chirurgické řešení.<sup>3</sup> Při alergické vulvitidě se doporučuje celková antialergická medikace.<sup>22</sup>

Většina infekcí postihuje současně vulvu i pochvu, kdy hovoříme o vulvovaginitidách, které se projevují výtokem, svěděním nebo pálením zevních rodidel.<sup>12</sup> Ty mohou být sexuálně přenosné a v takových případech je potřebné vyšetření sexuálního partnera.<sup>3</sup>

#### *1. 4. 1. 2 Inflammatio glandulae vestibularis Bartholini*

Bartholinitida je zánět celé nebo jen části vestibulární žlázy, nejčastěji způsobený *Neisseria gonorrhoeae* nebo chlamydiemi, který postihuje spíše mladší, sexuálně aktivní ženy. Onemocnění způsobuje vniknutí mikroorganismů z pochvy, které způsobí zánět vývodu žlázy, který posléze zduří a stává se neprůchodný, obsah stagnuje a infikuje se, a tím vznikne empyém. Nezačne-li v této fázi onemocnění léčba, zánět se začne šířit do okolí a vznikne absces. Toto onemocnění je typické častými recidivami, po kterých se vývod zúží a ucpává hustým hlenem, vzniká retenční cysta, která je označována za chronickou formu zánětu.<sup>3,22</sup>

Akutní zánět začíná zduřením a značnou bolestivostí v místě žlázy. Žena nevydrží sedět a obtížně chodí. Dolní třetina velkého stydkého pysku je zarudlá a infiltrována zánětem. Žena má vysokou teplotu, někdy doprovázenou třesavkou.<sup>12</sup>

Terapie je závislá na rozsahu onemocnění. V akutní fázi podáváme analgetika, nesteroidní antiflogistika, obklady a doporučíme návštěvu gynekologa. Při vzniku empyému či abscesu je nezbytné chirurgické ošetření (incize s drenáží), případně se podávají antibiotika.<sup>3,22</sup>

#### *1. 4. 1. 3 Colpitis*

Poševní zánět je jedno z nejčastějších onemocnění sexuálně aktivních žen. Je způsoben porušením rovnováhy poševního prostředí, jehož společným příznakem je výtok (*fluor genitalis*), který je uváděn jako nejčastější obtíž ženy při akutních i chronických zánětech rodidel.<sup>3</sup>

Zánět pochvy může mít různé původce, díky kterým je klinický obraz a terapie značně variabilní.<sup>3</sup> V přednemocniční etapě diagnostikujeme množství, vzhled a pach výtoku, a to i na vložce. V nemocniční etapě je zásadní vyšetření zrcadly a kultivační zhodnocení výtoku.<sup>22</sup>

Bakteriální kolpitida představuje klasický hnisavý zánět, kdy jsou často postiženy i děložní hrdlo a uretra. Projevuje se zvýšenou teplotou, hnisavým výtokem, dysurií, tlakem v podbřišku, zčervenáním poševního vchodu a dyspareunií.<sup>3</sup>

Mykotická kolpitida je časté onemocnění v létě, kdy ženy nosí těsné džíny, vlhké plavky, nemají dostatečnou hygienu při táboření apod. Mezi další predispoziční faktory řadíme těhotenství, hormonální antikoncepci, diabetes mellitus a antibiotika. Ženy si stěžují především na svědění a výtok, tělesná teplota nebývá zvýšená. V pochvě se tvoří bílé povlaky tvarohovitého rázu.<sup>3,12</sup>

Fluor při trichomoniáze je způsoben prvkem bičenkou poševní, která vyvolává hnisavý výtok. Ženy si v akutním stádiu stěžují na bolesti v podbřišku, řídký výtok a někdy i slabé svědění zevních rodidel.<sup>3,12,22</sup>

Terapie se liší dle původce vzniku onemocnění (antibiotika, antimykotika, antivirotika). Společným postupem zůstává důsledná hygiena, sexuální abstinence a pravidelné návštěvy gynekologického lékaře.<sup>3,22</sup>

#### *1. 4. 1. 4 Cervicitis*

Pro zánět hrdla děložního je typický purulentní či mukopurulentní výtok s nepříjemným zápachem. Zánět se často vyskytuje v kombinaci s vulvovaginálními infekcemi a může probíhat zcela asymptomaticky. Obvykle žena pociťuje tlak v podbřišku a v kříži, bolest při defekaci a při pohlavním styku, má zvýšenou teplotu a hojný fluor.<sup>12</sup> Terapie spočívá v podávání antibiotik či chemoterapeutik, a to dle výsledků citlivosti kultivačního vyšetření. Základem však stále zůstává prevence, která spočívá v dodržování správných zásad osobní a sexuální hygieny.<sup>3</sup>

#### *1. 4. 1. 5 Záněty dělohy*

Záněty dělohy mohou postihnout kteroukoli děložní vrstvu, podle níž se nazývají (endometritis, myometritis, perimetritis). Záněty dělohy nejčastěji vznikají po porodu či po potratu.<sup>12</sup> Dalším možným zdrojem infekce je hrdlo děložní, odkud se mikroorganismy ascendentně šíří především při instrumentálních či digitálních manipulacích (hysterosalpingografie, zavedení nitroděložního tělíška, revize dutiny děložní).<sup>3</sup> V klinickém obraze si ženy nejčastěji stěžují na bolesti v podbříšku, zvýšenou únavnost, nepravidelné špinění až krvácení z rodidel a výtok. Onemocnění se diagnostikuje na základě mikrobiologické kultivace z materiálu z hrdla či dutiny děložní. Při nepravidelném krvácení je třeba myslet i na karcinom. Terapie spočívá v léčbě antibiotiky, analgetiky a klidovém režimu.<sup>3,12</sup>

#### *1. 4. 1. 6 PID – hluboký pánevní zánět*

Jedná se o zánět vejcovodů, vaječníku či peritonea v pánevní oblasti (např. po ruptuře tuboovariálního abscesu).<sup>3</sup> Nejčastěji však vzniká ascendentní infekcí. Méně často se šíří cestami lymfatickými, přestupem z okolí (např. při apendicitidě) či hematogenně.<sup>12</sup> Zásadní podíl na vzniku onemocnění sehrávají z více než 80 % sexuálně přenosné infekce, tudíž jsou rizikovými faktory časté střídání sexuálních partnerů a nevhodné sexuální praktiky.<sup>3</sup>

Zánět vejcovodu (salpingitis) má velice bouřlivé příznaky. Zánět podráždí fimbrie vejcovodu, které se vchlípí a uzavrou abdominální ústí vejcovodu, aby se zánět nemohl šířit dále na peritoneum. Ve vejcovodu se hromadí zánětlivý exsudát, hnis nebo krev. Při současném postižení vejcovodu i vaječníku hovoříme o zánětu děložních přívěsků (adnexitis). Dojde-li k přestupu na peritoneum, mohou být postiženy střevní kličky, omentum nebo děloha, či se zánět může šířit mimo oblast malé pánve.<sup>3,12</sup>

Klinický obraz je dán rozvojem a rozsahem zánětlivého procesu. Mezi subjektivní příznaky řadíme bolest v podbříšku, teplotu, výtok, bolest hlavy a celkovou schvácenost. Některé ženy mohou mít i nauseu a zvracení.<sup>12</sup>

V diferenciální diagnostice je nutno odlišit akutní apendicitidu, mimoděložní těhotenství a torzy adnex. Při apendicitidě bývají příznaky schvácenosti výraznější,

maximum bolestivosti je v McBurneyově či Lanzově bodě (viz. příloha č. 7), zatímco u adnexitidy je bolestivost lokalizována níž a bilaterálně. V diagnostice se uplatní kromě odběru anamnézy, palpačního nálezu a stavu pacientky také laboratorní výsledky a laparoskopie.<sup>3</sup>

Terapie spočívá v punkční evakuaci nahromaděného hnisu z oblasti malé pánve a v podávání vhodných antibiotik, dále doplněných podáním analgetik, kortikoidů a infúzemi.<sup>12</sup>

#### *1. 4. 1. 7 Syndrom toxického šoku*

Syndrom toxického šoku (dále jen STS) je závažné, život ohrožující stafylokokové onemocnění, které je často spojováno s užíváním vaginálních tamponů.<sup>13</sup> Jedná se o syndrom šoku a multiorgánového selhání, kdy vysoký obsah železa v krvi nasáklých tamponech vede k proliferaci bakterií a k následnému rozvoji STS.<sup>16</sup> Mezi symptomy se řadí horečka, bolest hlavy, bolest v krku, zvracení, průjem a vyrážka jako při spálení pokožky na slunci. Při syndromu toxického šoku se může vyskytnout i hypotenze, která se může prohloubit až do šokového stavu. Terapie se skládá z nasazení účinného antibiotika. Výzkumy bylo zjištěno, že existují ženy k tomuto syndromu vnímavější, proto se u nich nedoporučuje užívání vaginálních tamponů.<sup>12,13</sup>

#### *1. 4. 1. 8 Gonorrhoea*

Kapavka se řadí mezi STD, které se přenášejí a získávají pohlavním stykem. Jedná se o hnisavé pohlavní onemocnění podléhající povinnému hlášení, které se u dospělých žen přenáší výhradně pohlavním stykem, a jehož původcem je *Neisseria gonorrhoeae*. Postiženy bývají především rektum, močová trubice, bartholiniho žlázy a endocervix, odkud může kapavka proniknout ascendentně do dutiny děložní a vejcovodů. V akutní fázi zánětu je zevní ústí uretry, bartholiniho žlázy a děložní hrdlo zarudlé s hojnou hnisavou sekrecí. Onemocnění se diagnostikuje dle mikrobiologického vyšetření a léčba spočívá v podávání penicilinových antibiotik.<sup>3,12</sup>

#### 1. 4. 1. 9 Syphilis (*lues*)

Jedná se o onemocnění způsobené mikroorganismem *Treponema pallidum*. V prvním stádiu onemocnění se za 30 – 60 dní zvětší tříselné uzliny a v místě vstupu infekce (vulva, pochva, cervix) se objeví tvrdý vřed, který se spontánně zcela zhojí. Neléčená choroba postupuje do dalšího stádia, kdy onemocnění generalizuje. Na celém těle se objevuje exantém, na vulvě a v ústí pochvy se mohou objevit ploché puchýřky – condylomata, které jsou velice infekční. Žena dále pociťuje bolesti hlavy, nechutenství, zvýšenou únavnost, což může připomínat chřipkové onemocnění. Ve třetím stádiu (může být po několika letech) se objeví kdekoli v těle, v kterékoli tkáni nebo orgánu uzel (gumma), který se zvětšuje, rozpadá a nekrotizuje. Postižená tkáň již nemá schopnost postižené místo zahojit. Léčba syphilisu spočívá v podávání penicilinu.<sup>3,12</sup>

#### 1. 4. 2 Endometrióza

Endometrióza je „jak uvádí Pokorný (2004, str. 444) definována jako hormonálně reagující, ale ektopicky umístěná sliznice endometria, a to nejčastěji ve tkáních malé pánve“ (vaječníky, vejcovody, děložní vazy a pánevní peritoneum), avšak s možností výskytu i v ureteru, močovém měchýři, trávicím ústrojí, appendixu, vulvě, žláze Bartholiniho, perineu a pooperačních jizvách. Jedná se o benigní onemocnění postihující ženy v reprodukčním věku s maximem výskytu mezi 30 – 40 rokem života. Je diagnostikována u 5 – 15% všech žen reprodukčního věku a u 15 – 20% žen, u nichž je diagnostikována neplodnost, vzhledem k faktu, že endometrióza je v dnešní době považována za samostatný faktor neplodnosti.<sup>3,12,22</sup>

Vznik endometriózy dosud není plně objasněn, proto existuje více teorií, z nichž nebyla žádná dosud plně potvrzena, avšak ani zcela vyvrácena.<sup>3</sup>

Diagnózu lze přesně stanovit pouze na základě laparoskopického vyšetření nebo biopsie.<sup>4</sup> Z anamnézy a palpačního vyšetření lze stanovit pouze suspektní nález. V klinickém obrazu se vyskytuje bolest v podbřišku, která má své maximum v období menses. Diferenciální diagnostika je nutná vzhledem k možnosti ektopicky umístěného těhotenství, avšak dále přichází v úvahu záněty či nádory.<sup>3,22</sup>

Terapie v přednemocniční péči zahrnuje klid a podání spasmolytického analgetika. V nemocniční fázi je léčba značně individuální, podle postižené tkáně, věku a obtíží pacientky a podle toho, jedná-li se o ženu neplodnou, respektive má-li žena stále zájem o zachování reprodukční funkce. Léčba tedy zahrnuje terapii hormonální až po chirurgické řešení onemocnění.<sup>3,22</sup>

#### 1. 4. 3 Krvácení z rodidel

Nejčastěji se s ním u děvčátek setkáváme při menarche a při poraněních, vzácně se může vyskytnout i při hormonální dysfunkci. U netěhotných žen v reprodukčním věku jsou příčinami hormonální dysfunkce a dysregulace, zánět, a trauma. U žen v raném období těhotenství je potřeba v diferenciální diagnostice především zvážit mimoděložní těhotenství a potrat. A u žen v klimakteriu je nejčastějším důvodem krvácení nádorové bujení.<sup>22</sup> Věk, ve kterém se krvácení vyskytuje, je výraznou náповědou z pohledu zdravotníka v přednemocniční etapě.<sup>24</sup>

V diagnostice se zaměřujeme na odběr anamnézy, ve které bude zahrnuto poslední menses, druh antikoncepce, souvislost s pohlavním stykem, poranění, intenzita krvácení (dle počtu vložek), délka krvácení, bolest nebo tlak v podbřišku a kříži, charakter bolesti a prekolapsový pocit. V objektivním nálezu se věnujeme celkovému stavu, a to srdeční frekvenci, tlaku, saturaci krve kyslíkem, počtu dechů, tělesné teplotě, bledosti a zhodnocení krvavého výtoku (množství, intenzita, příměsi).<sup>22</sup> Je-li příčinou krvácení spontánní potrat, krvácení může být hemodynamicky významné, a proto má být léčeno jako prodromální stádium hypovolemického hemoragického šoku.<sup>24</sup>

Diferenciální diagnóza v této souvislosti zahrnuje „jak uvádí Pokorný (2004, str. 443)

- a) krvavý výtok z pochvy bez bolesti při amenorei a suspektní graviditě = nejčastěji hrozící potrat
- b) krvavý výtok z pochvy současně s kolikovitými bolestmi při suspektní graviditě = nejčastěji počínající nebo inkompletní potrat
- c) krvavý výtok z pochvy při současném vzestupu teploty nad 38 °C = déle trávající inkompletní potrat, septický potrat, při němž nelze vyloučit zásah cizí osoby.“<sup>22</sup>



Terapie je závislá na celkovém stavu postižené. Při hypotenzi z důvodu větší krevní ztráty z rodidel nebo při hemoperitoneu zajišťujeme žilní vstup, podáváme roztoky krystaloidu a koloidu v kombinaci. Dále oxygenoterapie, analgetika a vzácně vazopresory (adrenalin, noradrenalin). Postižená, dle stavu, může být uložena v protišokové poloze a bude lačnit, z důvodu možné operace. V nemocnici může postižená být provedena revize dutiny děložní s evakuací při potratu, či při ektopické graviditě laparotomie.<sup>22</sup>

Další příčiny krvácení nebývají hemodynamicky významné a ve většině případů postačí stavění krvácení pomocí vložek, tamponády či sterilní roušky. V těchto případech je převoz zásadně prováděn vleže.<sup>6,24</sup>

#### *1. 4. 3. 1 Některé poruchy menstruačního krvácení*

Průměrná délka menstruačního cyklu je 28 dnů, přičemž krevní ztráta se pohybuje kolem 1 ml/kg celkové tělesné hmotnosti, a je-li krevní ztráta do 80 ml, krvácení neovlivňuje koncentraci hemoglobinu a plazmatického železa.<sup>3</sup>

Změna délky menstruačního cyklu pod 21 dnů se označuje jako polymenorrhea, a nad 35 dnů jako oligomenorrhea.<sup>2</sup>

Při změně intenzity menstruace může nastat slabé menstruační krvácení, kdy spotřeba vložek či tampónů nepřevyšuje 2 denně, tudíž hovoříme o hypomenorrhea. Může nastat i opačná situace, kdy je spotřeba vložek či tampónů vyšší než 5 denně, a krvácení je delší než 7 – 8 dnů, což označujeme jako hypermenorrhea. Menorrhagie je označení pro silné menstruační krvácení, které netrvá déle než 7 dní.<sup>3</sup>

Předčasná první menstruace před 10. rokem života je menarché praecox. Při absenci menstruačního krvácení do 15. roku života hovoříme o amenorrhea primaria. Amenorrhea secundaria je označení pro nedostavení se menstruačního krvácení u ženy, která již menstruovala, s výjimkou těhotenství (např. pro stres, jiné onemocnění – anorexie atd.).<sup>2,3</sup>

Metrorhagie je nepravidelné krvácení z dělohy v době mimo menstruaci.<sup>28</sup> Je charakteristické střídáním krátkodobé amenorey s obdobím vleklého děložního krvácení různé intenzity. Často se vyskytuje na začátku a konci fertlního období ženy.<sup>3</sup>

Dysmenorrhoea je syndrom, pro nějž je charakteristická bolest v podbřišku a celkové příznaky, jako jsou křeče vystřelující do dolních končetin, průjem, bolesti hlavy, nauzea, zvracení a kolapsové stavy. Objevuje se těsně před menstruací a končí zpravidla druhý až třetí den krvácení.<sup>3</sup> Postihuje asi 40 % žen, a to více mladých a dosud nerodivších. Léčí se spasmolytiky a analgetiky.<sup>2</sup>

Premenstruační syndrom je termín označující soubor obtíží, objevujících se vždy před menstruací.<sup>4</sup> Tyto obtíže vždy s nástupem prvního dne krvácení ustanou a mohou být zcela různé, jako např. nervozita, malá výkonnost, bolest hlavy, migrény, napětí prsů, deprese, nespavost, plačtivost, častější nucení na močení, otoky, bolesti v zádech. Terapie je shodná jako u dysmenorey.<sup>2,3</sup>

#### *1. 4. 3. 2 Vulvovaginální poranění*

U dětí vzniká poranění nejčastěji při hrách. Například při pádu z kladiny, břevna, pádu na plot, při jízdě na úzkém sedle kola, nebo si děvčátko může samo do pochvy zavést cizí těleso. V dospělém věku se nejčastěji jedná o pád z výše s roztaženýma nohama na tvrdý předmět, pád při vodním lyžování (vodní tlaková vlna), traumatické sexuální praktiky (zavedení cizího tělesa při masturbaci) a kriminální potrat. U žádné věkové kategorie se nesmí vyloučit znásilnění.<sup>15,22</sup>

Při získávání anamnézy je nutné brát v úvahu psychotrauma, díky čemuž může být anamnéza zcela zkreslená či úplně deficitní.<sup>22</sup>

V klinickém obrazu se anatomicky jedná o tržně zhmožděné rány zevních rodidel, o tržné rány hymenu a vaginy. Rány silně krvácejí a jsou provázeny značnou bolestivostí.<sup>10</sup> Krytá poranění se projeví jako vulvární hematoma.<sup>15</sup> Možný je i výskyt výtoku se zvýšenou teplotou svědčící pro zánět. Dokonce je i možnost výskytu hemoragického šoku.<sup>22</sup>

Terapie se samozřejmě liší dle klinického stavu pacientky. Skládá se z tělesného klidu a podání analgetik. Při traumatickém krvácení ze zevních rodidel se použije kompresivní obvaz, zajistí se pečlivé gynekologické a ultrazvukové vyšetření, chirurgické ošetření, eventuelně protitetanová prevence a antibiotické zajištění. Větší krevní ztráty se nahrazují roztoky krystaloidů a koloidů. Dále je pacientce zajištěn

rychlý a šetrný transport se směřováním na gynekologické oddělení. Při podezření na účast další osoby, nedbalost rodičů, zavinění či trestný čin je zdravotník pověřen oznamovací povinností.<sup>22</sup>

#### 1. 4. 4 Náhlé příhody v gynekologii

Náhlé příhody v gynekologii jsou stavy vyznačující se vznikem obvykle uprostřed plného zdraví. Rychlý průběh a dynamika změn klinického obrazu ohrožují základní životní funkce pacientky a zpravidla vyžadují neodkladný operační výkon s následnou intenzivní pooperační péčí. Téměř vždy se jedná o různý stupeň buď hrozícího, nebo rozvíjejícího se šokového stavu provázeného dalšími možnými komplikacemi, jako je diseminovaná intravaskulární koagulopatie (dále jen DIC) nebo šokový stav působící změny v orgánech, zejména plicích a ledvinách. Diagnostika těchto stavů připadá zpravidla na přednemocniční etapu, kdy zdravotník musí na základě zhodnocení anamnézy, klinických příznaků a fyzikálního vyšetření rozhodnout, zdali se skutečně jedná o náhlou příhodu. Současně musí zajistit neodkladná opatření k zajištění základních životních funkcí a urychlený transport do lůžkového zařízení.<sup>3</sup>

##### *1. 4. 4. 1 Graviditas extrauterina (dále jen GEU)*

Mimoděložní těhotenství je nejčastější náhlou příhodou břišní v gynekologii. Přesnější název je ektopická gravidita, vzhledem k možné nidaci oplozeného vajíčka, například v istmické části dělohy, jejíž následky jsou spíše závažnější než u skutečné extrauterinní gravidity. Vajíčko ektopicky niduje přibližně v 0,5 % všech gravidit, a to nejčastěji ve vejcovodu – 95 % (viz. příloha č. 8). Fyziologicky a nejvhodnější místo pro usídlení je sice děloha, avšak nidace je možná téměř kdekoli ve vnitřních pohlavních orgánech, nebo dokonce i v dutině břišní. Příčiny zvyšující se incidence GEU lze přisoudit zvyšujícímu se množství gynekologických zánětů, avšak dalšími významnými faktory podílejícími se na výskytu GEU jsou nitroděložní antikoncepce, hormonální antikoncepce a endometrióza.<sup>3,12,21</sup>

Vývoj usídleného vajíčka je závislý na místě nidace. Embryo může krátce po usídlení odumřít a být vstřebáno, respektive způsobí následné krvácení, které je

považováno za opožděnou menstruaci. Usídli-li se plodové vejce ve vejcovodu, může nahlodat stěnu vejcovodu, který následně praskne (ruptura vejcovodu) a vzniká obraz náhlé příhody břišní s náhle vzniklou bolestí a rychlým rozvojem šokového stavu. Může nastat i situace, kdy větší plodové vejce naruší cévy vejcovodu s následným krvácením do vejcovodu, což může způsobit kontrakce vejcovodu s vypuzením vejce do dutiny břišní. Tato situace se označuje jako abortus tubarius. Krvácení může být pozvolné, kdy se krevní sraženiny hromadí v Douglasově prostoru, avšak může dojít i k velkému krvácení podobající se klinickým průběhem ruptury vejcovodu.<sup>3,4</sup>

Diagnóza se stanovuje na základě anamnestických údajů a klinických příznaků. Vyskytují se poruchy cyklu s přibližně šestitýdenní amenoreou, bolest a nepravidelné krvácení. Častým varovným příznakem je tlak v podbříšku s jednostrannou bodavou bolestí v rameni (viz. příloha č. 9). Při ruptuře vejcovodu má akutní příhoda obraz kolapsu s rozvojem hemoragického šoku. Jde-li o tubární abort, jsou stahy svaloviny vejcovodu vnímány jako kolikovitě stupňující se bolesti v podbříšku. V závislosti na síle krvácení se rozvíjí hemoperitoneum se známkami anémie a kardiopulmonální dekompenzace. Vyvíjí se typický obraz hemoragického šoku – pokles tlaku, zrychlený nitkovitý až nehmatný puls, rychlé povrchní dýchání, poruchy vědomí, snížený kapilární návrat, bledost a opocení.<sup>2,3,6,22</sup>

Terapie při akutním průběhu se šokem zahrnuje zabezpečení přístupu do žíly s následnou intravenózní náhradou roztoků v kombinaci krystaloidu a koloidu, oxygenoterapie, analgésie, protišoková poloha, lačnění a rychlý transport na gynekologické oddělení za stálé monitorace vitálních funkcí.<sup>6,22</sup> V nemocniční fázi se terapie skládá z operačního výkonu, o jehož radikalizaci rozhoduje současný stav pacientky, věk, parita a požadavek na zachování generačních funkcí ženy. Jeden z nejkonzervativnějších výkonů je odstranění plodového vejce laparoskopicky.<sup>3,12</sup>

#### *1. 4. 4. 2 Torze adnex*

Druhá nejčastější náhlá příhoda břišní gynekologického původu je torze pohyblivého ovariálního tumoru, avšak může dojít i k torzi zdravého vejcovodu (viz. příloha č. 10). Torze adnex vyvolá u dospělé ženy prudkou peritoneální bolest s *défense musculaire*

a se zástavou střevní pasáže, což přivede pacientku do nemocnice včas. Zatímco u dětí bývá počáteční fáze méně dramatická a její příznaky brzy pominou, takže dítě se do nemocnice dostává po značně dlouhé době, kdy adnexa jsou již nekrotická a je nutno je odstranit.<sup>3,15</sup>

Klinické příznaky mají intenzivní charakter a zahrnují bolest v podbřišku s možností přejít na celé břicho, nauzeu a zvracení, zástavu odchodu plynů a stolice a často i rozvoj šokového stavu. Zrychlený nitkovitý tep s chladnou opocnou kůží.<sup>3,22</sup>

Terapie zahrnuje tělesný klid, podání analgetik, lačnění a směřování na gynekologické oddělení, kde je následně provedeno ultrasonografické vyšetření, předoperační vyšetření a operační výkon.<sup>22</sup>

#### 1. 4. 5 Nádory

Nádor (novotvar, tumor, neoplasma) neboli místní abnormální a nadměrné bujení buněk bez regulace a bez koordinace s růstem v okolních tkáních a celém organismu. Podle biologické aktivity nádory dělíme na benigní a maligní. Benigní se vyznačují pomalým růstem, ohraničením a obvykle nemetastazují. Obtíže jsou dány velikostí, uložením a tlakem na okolní tkáň. Maligní rostou rychleji, mohou prorůst do okolních tkání a mohou generalizovat, tj. tvořit druhotná ložiska (metastázy) v mízních cestách, uzlinách i v dalších orgánech. Prekancerózy jsou tkáň, které samy o sobě nejsou maligním nádorem, ale mohou ve zhoubný nádor přejít. Histologicky jde o tkáň s vyšší růstovou aktivitou a atypickou strukturou.<sup>32</sup>

Včasná diagnostika nádorů je i v dnešní době velice obtížná, vzhledem k faktu, že v prvních stádiích onemocnění většina pacientek nevykazuje klinické příznaky. V diagnostice se uplatňují biochemická vyšetření (stanovení HCG), imunologická vyšetření, kdy se stanovují nádorové markery či vyšetření rentgenologická. Poté následují diagnostické postupy, jejichž cílem je získat morfológickou stavbu nádoru. Terapii lze rozdělit na chirurgickou (operační) a konzervativní. Konzervativní léčba obsahuje terapii zářením, chemoterapii, hormonální léčbu, imunologickou léčbu a mnohé další podpůrné a symptomatické terapie. V terapii se opět bere ohled i na další možné těhotenství u žen, které ještě plánují rodičovství.<sup>3,32</sup>

#### *1. 4. 5. 1 Vybrané gynekologické nádory*

Na vulvě jsou benigní nádory velice dobře detekovatelné a řadíme mezi ně lipom, fibrom, condylomata a mnohé další dle morfologie. Prekancerózy vulvy jsou označovány jako dysplazie nebo vulvární intraepitelové neoplazie (VIN). Nejčastější výskyt je mezi 30. a 45. rokem života a jsou charakterizovány buněčnými atypiiemi v epitelové vrstvě. Z maligních nádorů se nejčastěji vyskytuje spinocelulární karcinom, který často vzniká na podkladě HPV infekce. Druhým nejčastějším nádorem vulvy je melanom.<sup>3</sup>

Na pochvě můžeme identifikovat identické benigní i maligní nádory jako na vulvě (lipom, fibrom, spinocelulární karcinom), avšak jejich primární výskyt je vzácný. Častěji se setkáváme se sekundárními nádory, které prorůstají z okolí (hrdlo děložní, močový měchýř, rektum).<sup>3,12</sup>

Hrdlo děložní prochází během života řadou změn, na jejichž podkladě mohou vznikat prekancerózy a následně i zhoubné nádory, nicméně epidemiologické studie prokázaly, že ke vzniku onemocnění existují rizikové faktory. Nejvýznamnější negativní vliv na vznik nádoru byl prokázán u žen s infekcí HPV virem. S nádorovým onemocněním na děložním hrdle je spojena i diagnostika, která se opírá o údaje z kolposkopie a následné cytologie. Příkladem nádorů je karcinom, fibrom a polyp.<sup>3</sup>

Zhoubné nádory děložního těla jsou jedny z nejčastějších mezi nádory ženských reprodukčních orgánů. Karcinom endometria se většinou vyskytuje v šestém decenniu. Ženy trpící tímto nádorem jsou často obézní, trpí diabetem, hypertenzí a jsou bezdětné. Mezi hlavní příznak karcinomu se řadí nepravidelné krvácení.<sup>12</sup> Z benigních nádorů těla děložního si uvedeme myom, který se též vyskytuje velice často a u kterého jsou nejčastějšími příznaky nepravidelné krvácení, bolest a pocit tlaku v podbřišku.<sup>3</sup>

Nádory vejcovodů jsou vzácnou záležitostí, kdy se nejčastěji setkáváme s adenokarcinomem.<sup>3</sup>

Nádory ovaria se mohou dlouho rozvíjet asymptomaticky vzhledem k anatomickému uložení vaječnicků. Tyto nádory mají tendenci metastazovat do peritonea a do okolních orgánů, a to zejména do močového měchýře a do

rektosigmoidea. Terapie je komplexní v kombinaci chirurgické a chemoterapeutické léčby.<sup>3,12</sup>

#### 1. 4. 6 Znásilnění a zneužití

Znásilnění je trestný čin spočívající ve vynucení si pohlavního styku či jiné sexuální aktivity. Znásilnění působí somatické a psychické trauma, které poškozuje zdraví ženy, a za určitých okolností dokonce může ženu ohrozit na životě, když se žena brání nebo je vystavena komplexnějšímu útoku. Zneužití je vykonání soulože nebo pokus o ni s osobou mladší 15 let, avšak spadá sem i zneužití jinými způsoby, jako je ohmatávání či olizování zevních rodidel, či ohmatávání a sání prsů.<sup>1,6,22</sup>

Stav ženy po znásilnění je ve většině případů spojen s fyzickými traumaty (vulvovaginální poranění, poranění hráze, rekta, prsů, ale i hlavy, hrudníku, břicha a jiných tělesných struktur). Ženy po znásilnění jsou anxiózní, depresivní a plačtivé, proto se ke znásilněné ženě chováme taktně, ohleduplně a empaticky. Postup zdravotnického záchranáře spočívá v šetrném odebrání anamnézy, posouzení klinického stavu a eventuelním podání farmak. Diagnózu znásilnění při primárním vyšetření zaznamenáme do dokumentace pouze jako suspektní. Převažují-li závažnější poranění, postupujeme podle platných algoritmů pro mnohočetné úrazy. Zvláštní pozornost je nutno věnovat i materiálu pro následné kriminalistické vyšetřování, proto se pacientka nesmí před jeho provedením sprchovat ani měnit spodní prádlo. S prádlem a oblečením se pracuje v rukavicích a uschovává se v plastovém vaku.<sup>1,21,22</sup>

Ohlášení na policii musí žena podat osobně, v jiném případě musí dát žena písemný souhlas za svědectví třetí osoby, která tak učiní. V případě ublížení na zdraví je záchranář povinen ohlásit tuto událost v rámci oznamovací povinnosti, přičemž oznamovací povinnost má být splněna i v případě podezření na zneužívání dítěte.<sup>1,22</sup>

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### 2.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda-li zdravotnický záchranář, na výjezdech s gynekologickou diagnózou, postupuje dle doporučených schémat.
2. Zjistit teoretické vědomosti zdravotnických záchranářů v gynekologické tématice.
3. Zmapovat konkrétní praktické zkušenosti zdravotnických záchranářů v gynekologické oblasti.

### 2.2 Hypotézy

1. Zdravotnický záchranář provádí činnosti na výjezdech s gynekologickou diagnózou dle doporučených postupů.
2. Zdravotnický záchranář má odpovídající teoretické vědomosti v gynekologické tématice.
3. Zdravotnický záchranář nemá dostatečné praktické zkušenosti v gynekologické oblasti.



### 3. METODIKA

#### 3. 1 Metodika práce

Při sběru dat pro bakalářskou práci byla využita kvantitativní metoda výzkumu, přičemž data byla získána dotazníkovou metodou určenou zdravotnickým záchranářům Jihočeského kraje. Celkový počet otázek v dotazníku byl 22 (viz. příloha č. 11). Z tohoto celkového počtu bylo 18 otázek tvořeno uzavřenou formou, dvě polootevřenou a dvě otázky formou otevřenou, kde záchranáři vypisovali své odpovědi. Pro zpracování výsledků byly použity sloupcové grafy, kde jsou v číslech vyjádřeny výsledky. Procentuelní zastoupení odpovědí je uvedeno v textu pod grafem.

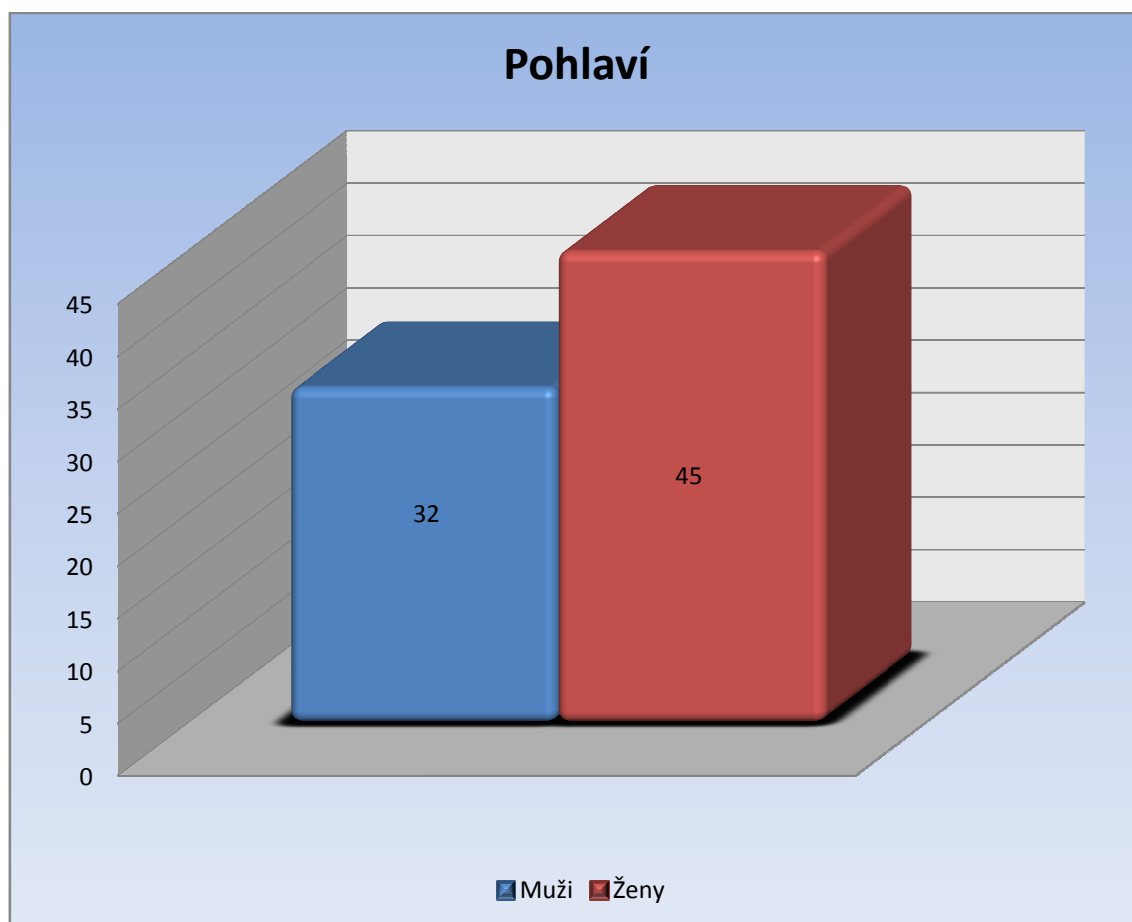
#### 3. 2 Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazníky byly rozdány na sedm oblastních středisek Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje (České Budějovice, Český Krumlov, Jindřichův Hradec, Písek, Prachatice, Tábor a Strakonice), kde cílový soubor tvořili zdravotničtí záchranáři.

Vyplňování dotazníku bylo zcela anonymní a sběr dat probíhal od 22. 2. 2010 do 24. 3. 2010. Celkově bylo rozdáno 150 dotazníků, a to v následujícím poměru: České Budějovice – 25, Český Krumlov – 20, Jindřichův Hradec – 20, Písek – 20, Prachatice – 25, Tábor – 20 a Strakonice – 20. Toto rozložení bylo zvoleno na základě očekávané návratnosti, přičemž návratnost byla 81 vyplněných dotazníků (54 %). Při zpracovávání výsledků museli být 4 dotazníky (5 %) vyřazeny vzhledem k jejich neúplnosti, tudíž celkově bylo graficky zpracováno 77 dotazníků (51 %).

## 4. VÝSLEDKY

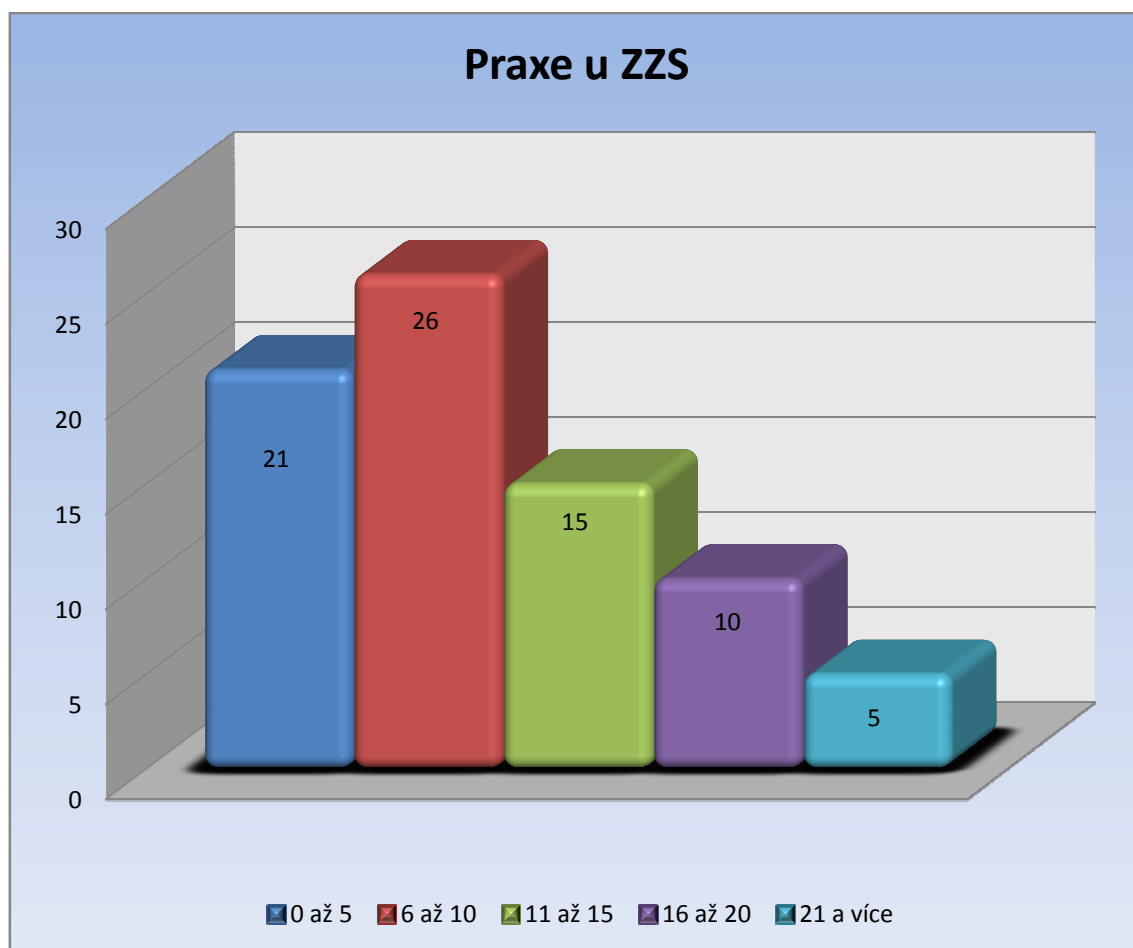
Graf 1 – rozdělení respondentů podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů bylo 32 mužů (42 %) a 45 žen (58 %).

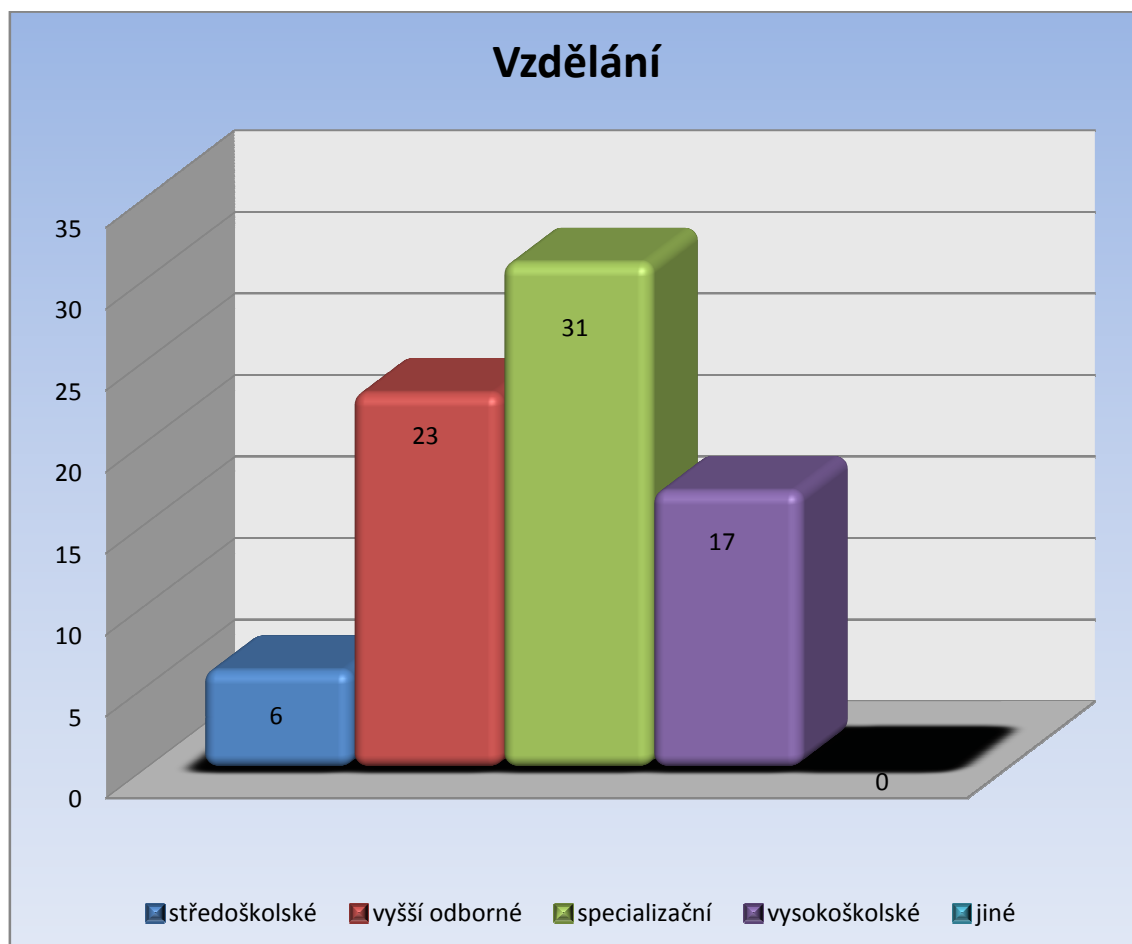
**Graf 2 – rozdělení respondentů podle délky praxe u ZZS (zdravotnická záchranná služba)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů pracovalo u ZZS 26 záchranářů (35 %) mezi šesti až deseti lety, 21 záchranářů (27 %) do pěti let, 15 záchranářů (19 %) mezi jedenácti až patnácti roky, 10 záchranářů (13 %) mezi šestnácti až dvaceti roky a 5 záchranářů (6 %) více než jednadvacet let.

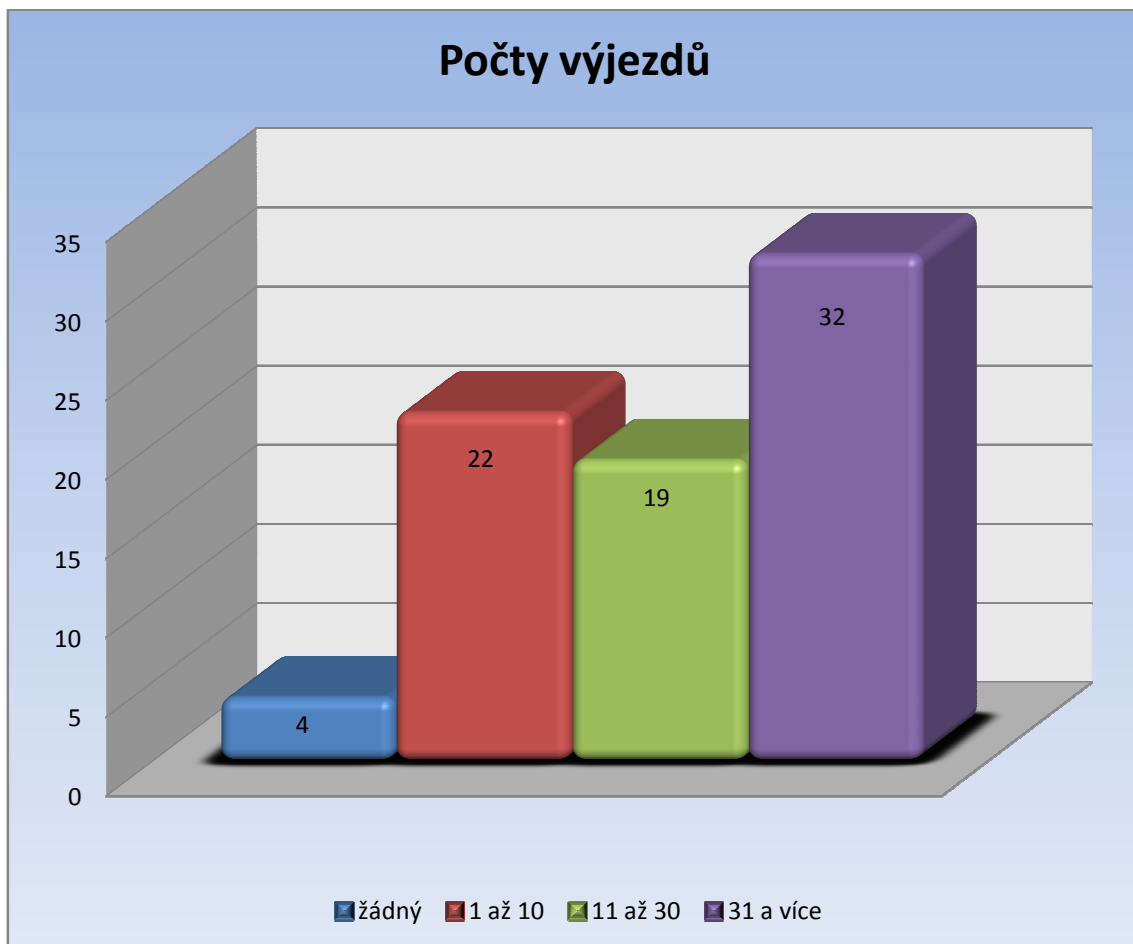
**Graf 3 – rozdělení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů má 31 záchranářů (40 %) specializační vzdělání, 23 záchranářů (30 %) vyšší odbornou školu, 17 záchranářů (22 %) vysokoškolské vzdělání a 6 záchranářů (8 %) uvedlo vzdělání středoškolské. Žádný respondent neuvedl v této otázce vzdělání jiné.

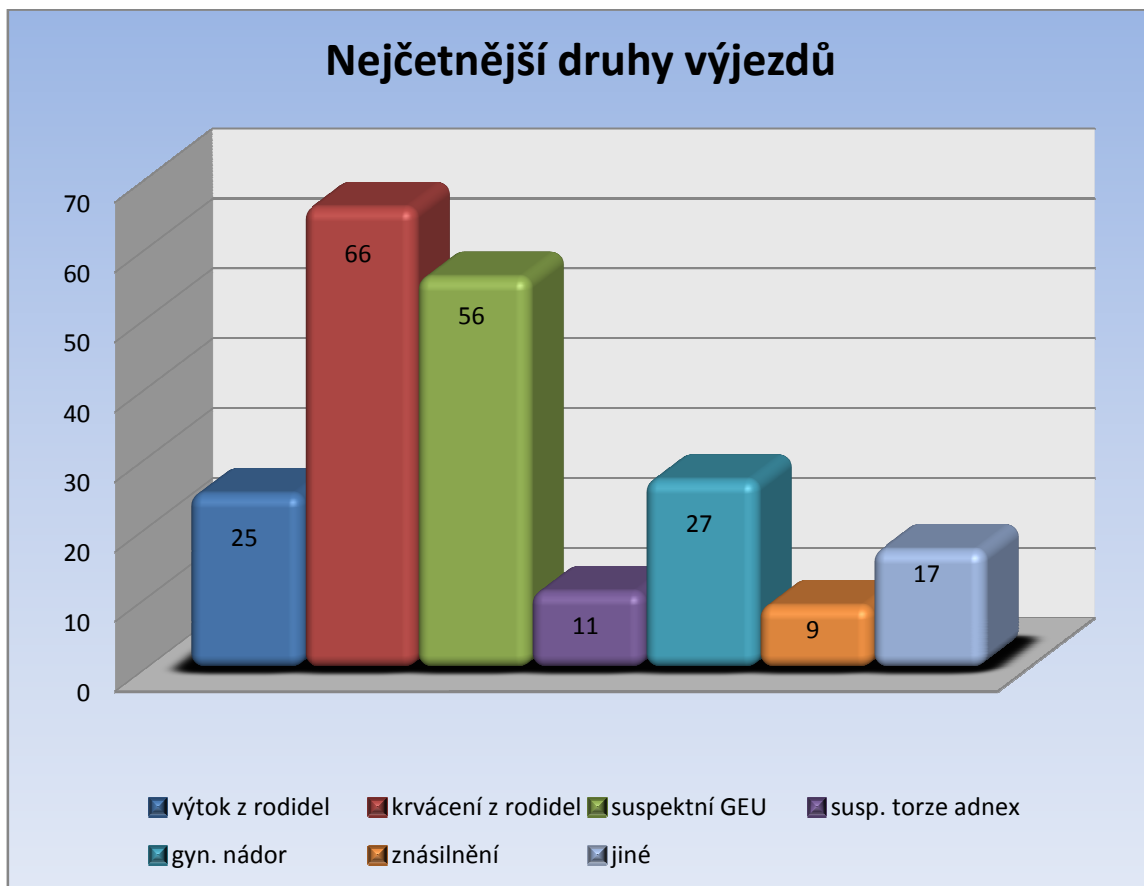
**Graf 4 – rozdělení respondentů dle četnosti gynekologických výjezdů**



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce respondenti odpovídali, kolika výjezdů s gynekologickou diagnózou se během své praxe účastnili. Nejzastoupenější odpověď byla 31 a více, přičemž tuto možnost zvolilo 32 záchranářů (41 %), 22 záchranářů (29 %) označilo možnost jednoho až deseti, 19 záchranářů (25 %) udalo účast u jedenácti až třiceti výjezdů a 4 záchranáři (5 %) se nezúčastnili žádného výjezdu s gynekologickou diagnózou.

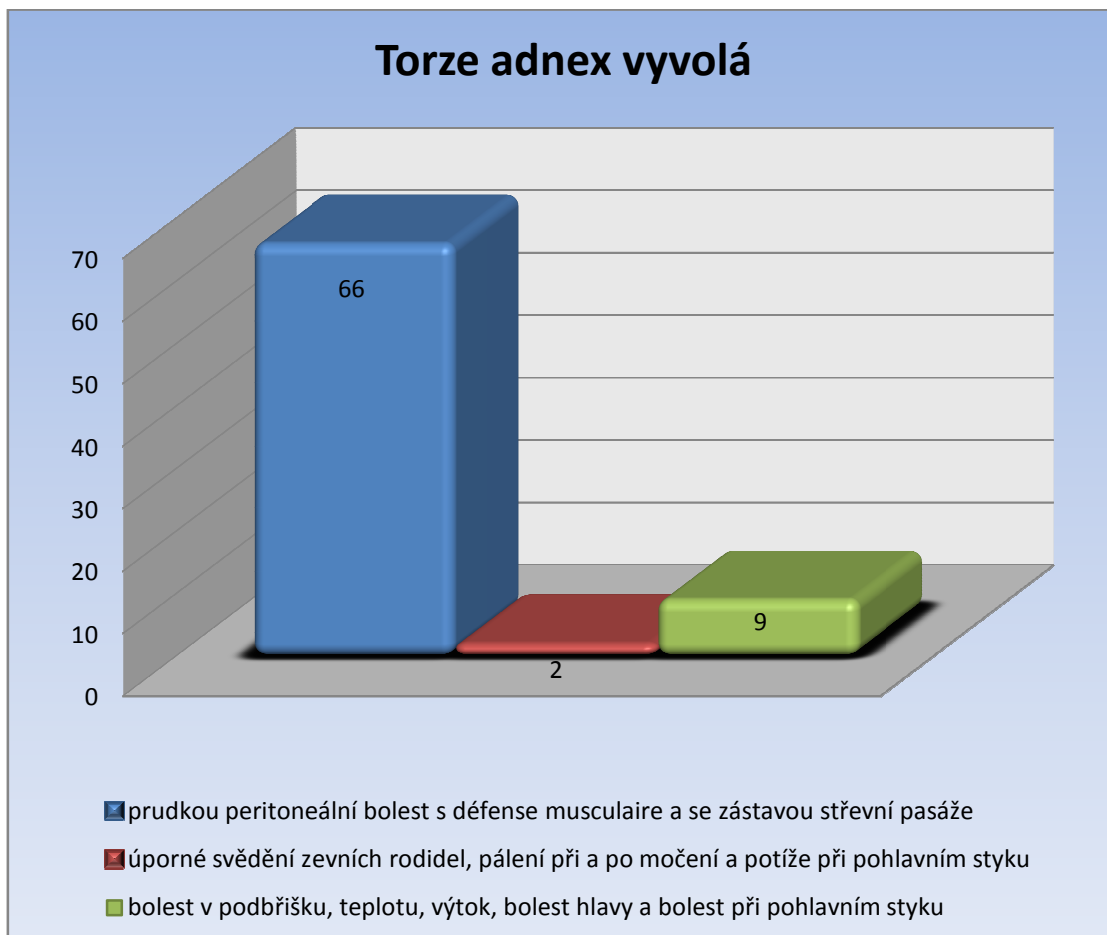
**Graf 5 – nejčtenější gynekologické stavy z pohledu zdravotnického záchranáře**



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce záchranáři odpovídali, se kterými gynekologickými stavy se během výkonu svého povolání setkali, přičemž mohli označit více odpovědí. Na tuto otázku odpovídalo 73 záchranářů, přičemž nejčastější zastoupení v odpovědích má krvácení z rodidel, které označilo 66 záchranářů (90 %), dále podezření na mimoděložní těhotenství 56 záchranářů (77 %), gynekologický nádor 27 záchranářů (37 %), výtok z rodidel 25 záchranářů (34 %), podezření na torzy adnex 11 záchranářů (15 %) a znásilnění uvedlo 9 záchranářů (12 %). Možnost jiné vypsalo 17 záchranářů (23 %), z čehož zde uvedli 15x porod (21 %), 1x výhřez dělohy a 1x potrat (1 %).

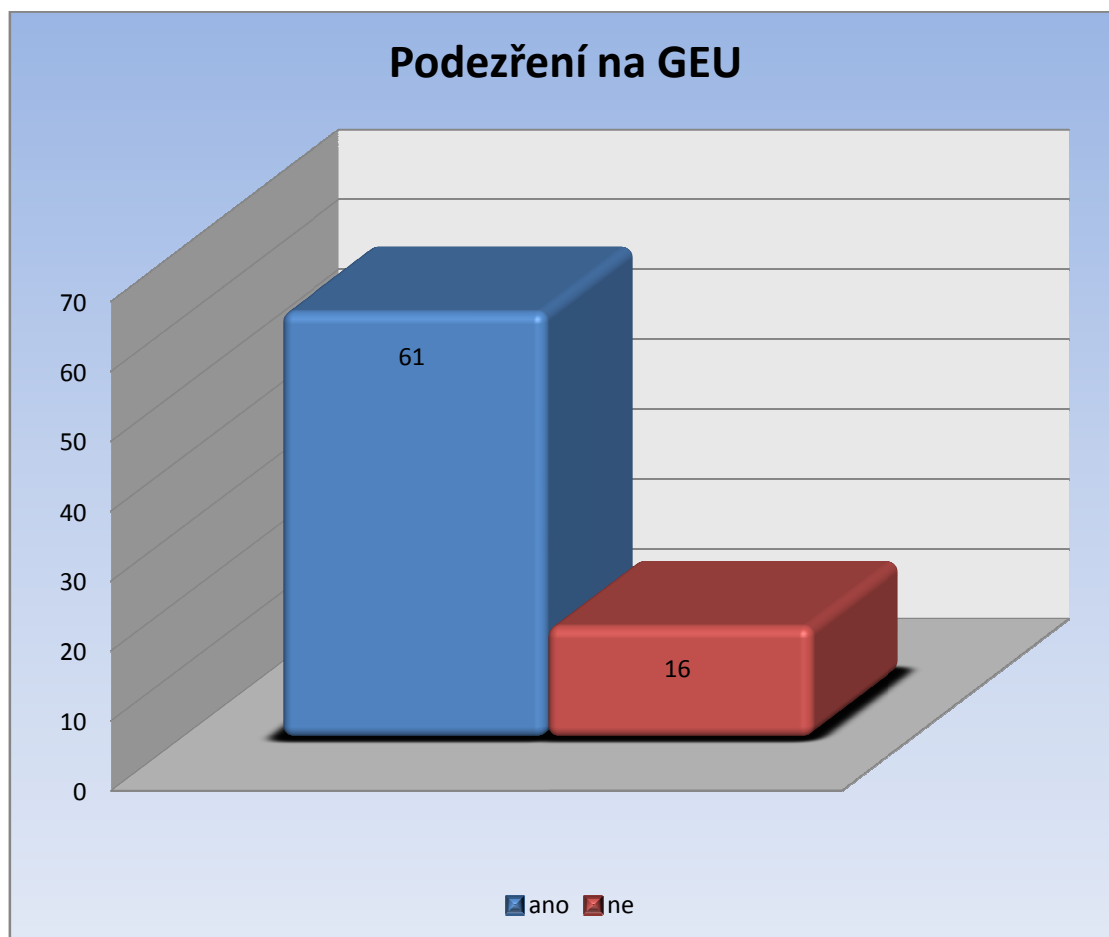
**Graf 6 – co vyvolá torze adnex u dospělé ženy**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 záchranářů odpovědělo 66 (85 %) možnost prudkou peritoneální bolest s deféense musculaire a se zástavou střevní pasáže. Další 2 záchranáři (3 %) uvedli, že torze adnex vyvolá úporné svědění zevních rodidel, pálení při a po močení a potíže při pohlavním styku. Možnost bolest v podbřišku, teplotu, výtok, bolest hlavy a bolest při pohlavním styku označilo 9 záchranářů (12 %).

**Graf 7 – podezření na mimoděložní těhotenství zdravotnickým záchranářem**

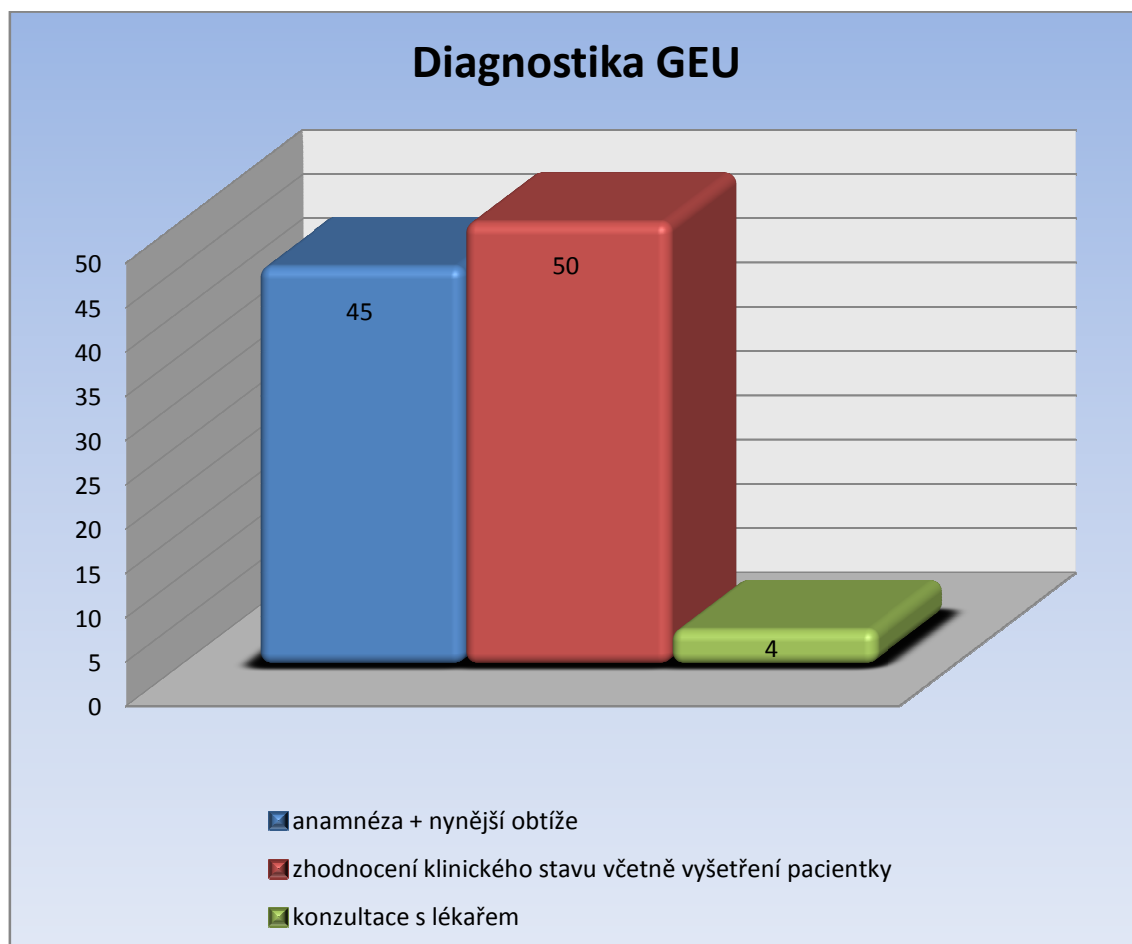


Zdroj: Vlastní výzkum

U této otázky odpovídali zdravotničtí záchranáři, jestli měli někdy během výkonu povolání podezření, že pacientka trpí mimoděložním těhotenstvím. Z celkového počtu dotazovaných, se 61 záchranářů (79 %) vyjádřilo, že toto podezření měli. Zbylých 16 záchranářů (21 %) toto podezření nikdy nemělo.



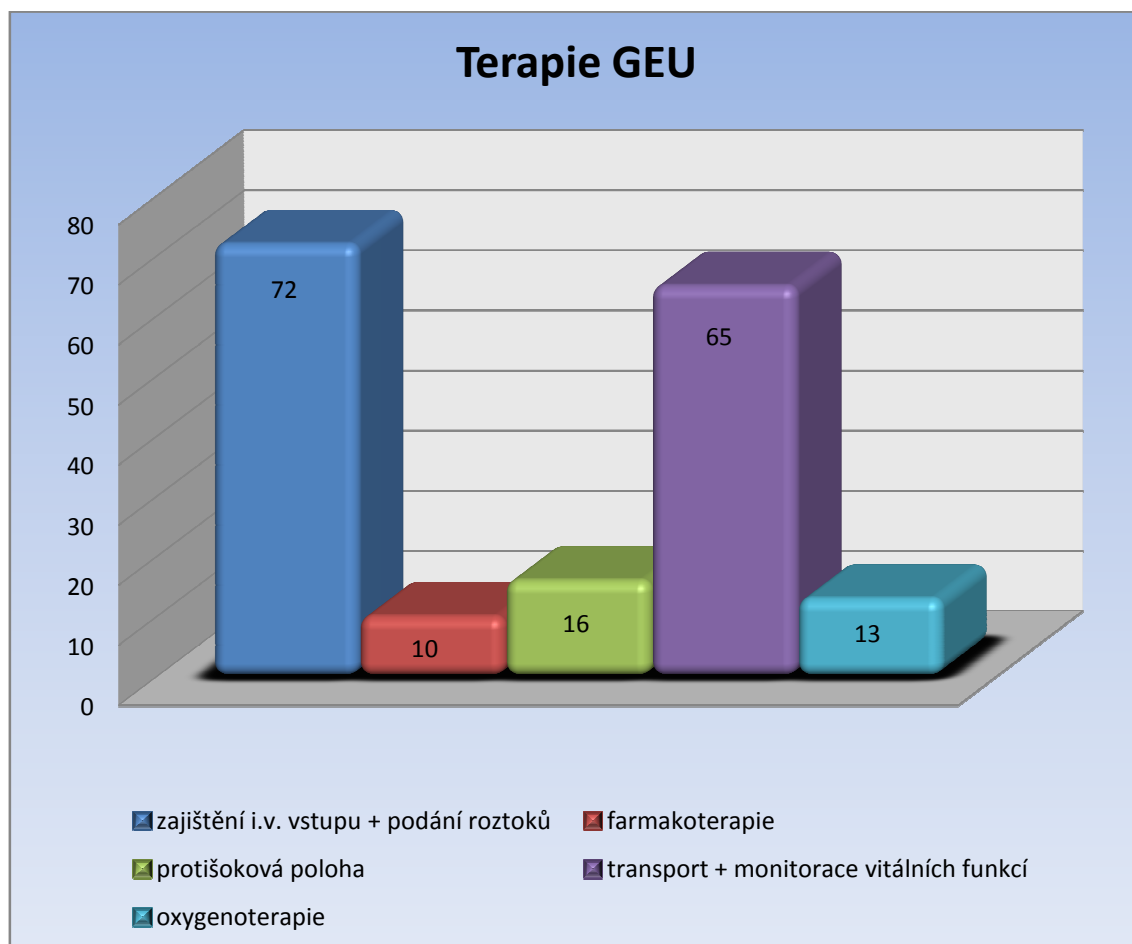
**Graf 8 – postup při diagnostice GEU**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů uvedlo 50 záchranářů (65 %), že při diagnostice mimoděložního těhotenství by hodnotilo klinický stav včetně vyšetření pacientky. Anamnézu a nynější obtíže při diagnostice uvedlo 45 záchranářů (58 %) a konzultaci s lékařem by využili 4 záchranáři (5 %).

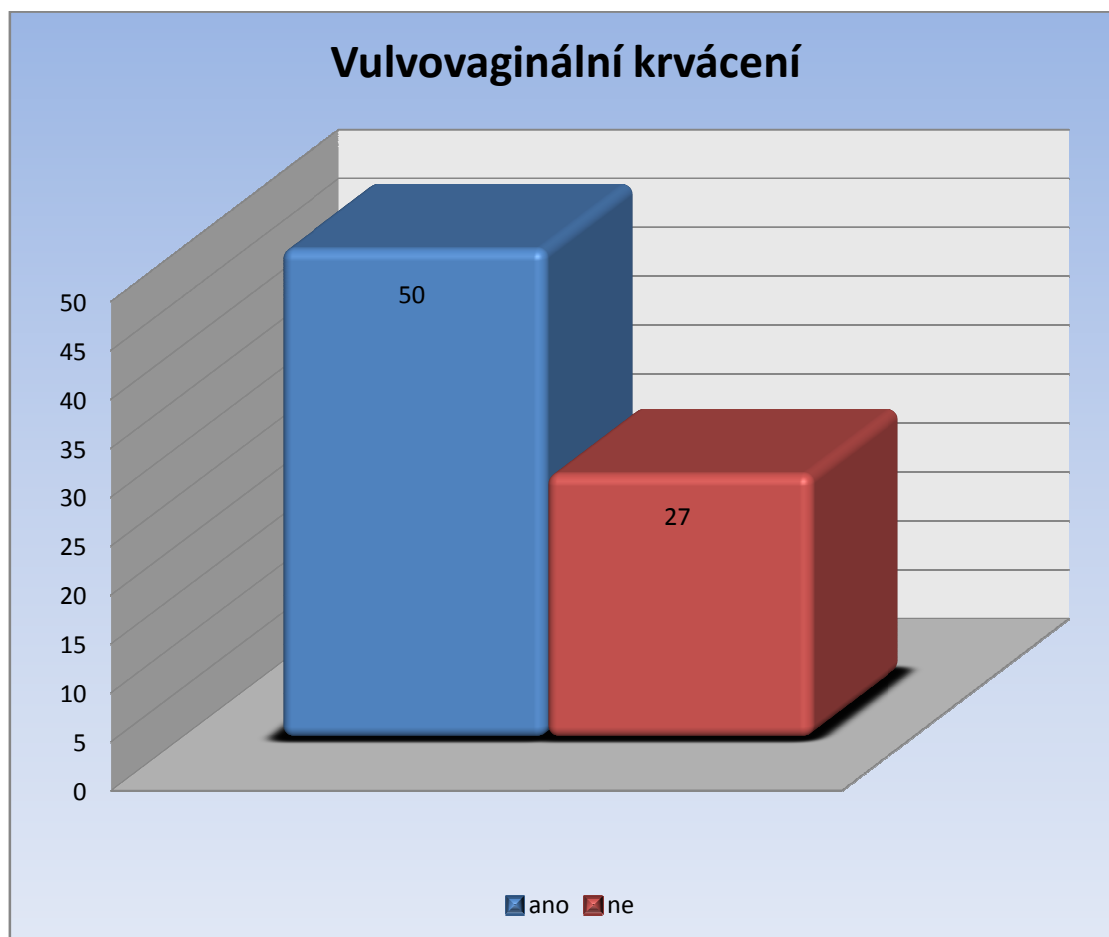
**Graf 9 – terapie při podezření na GEU**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů by 72 záchranářů (94 %) při terapii mimoděložního těhotenství zajistilo žilní vstup včetně podání infuzních roztoků. 65 záchranářů (84 %) by pacientku transportovalo za kontinuální monitorace vitálních funkcí, 16 záchranářů (21 %) by při terapii zvolilo protišokovou polohu, 13 záchranářů (17 %) by pacientce podalo kyslík a 10 záchranářů (13 %) by při léčbě využilo farmakoterapii.

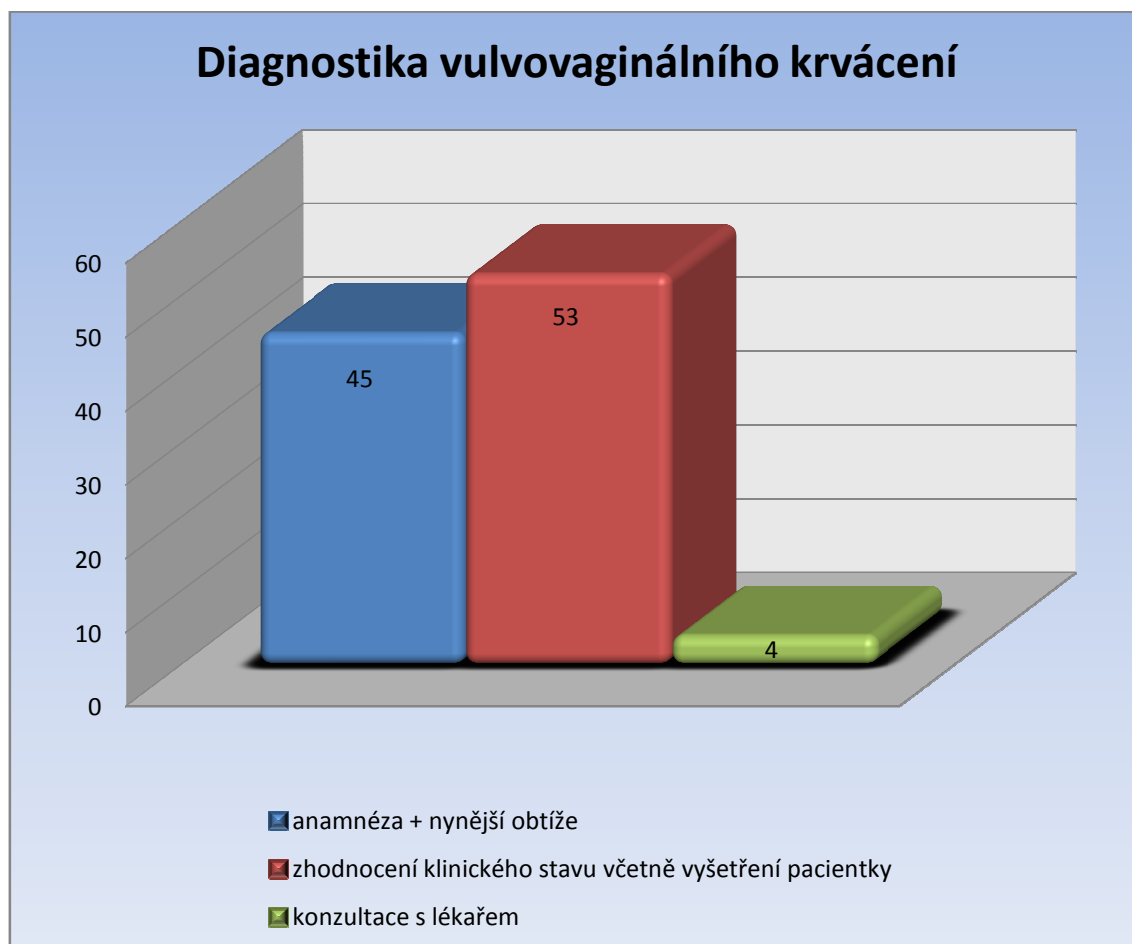
**Graf 10 – ošetřoval/a jste někdy vulvovaginální krvácení?**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů uvedlo 50 záchranářů (65 %), že ošetřovali ženu s vulvovaginálním krvácením. Naproti tomu 27 záchranářů (35 %) uvedlo, že tento stav nikdy neošetřovali.

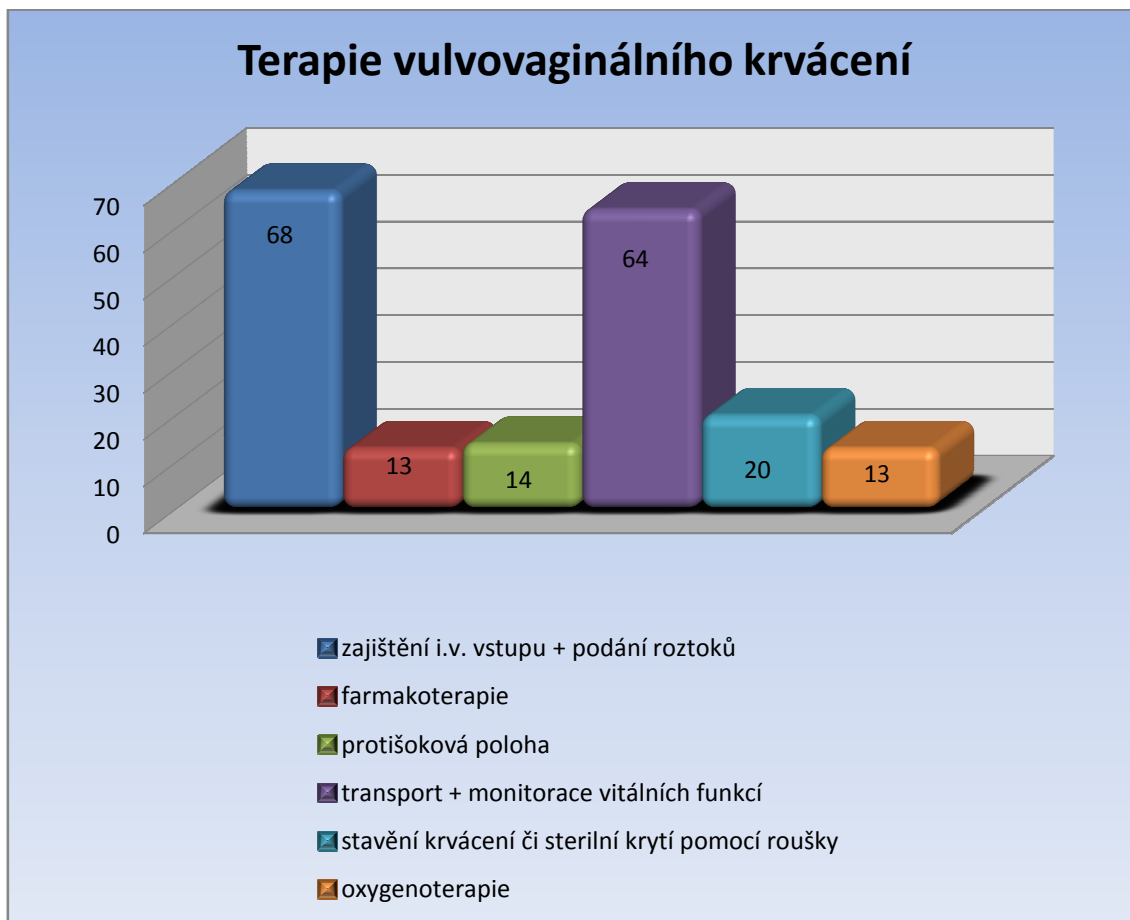
**Graf 11 – diagnostika vulvovaginálního krvácení**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů uvedlo 53 záchranářů (69 %), že při diagnostice vulvovaginálního krvácení by hodnotilo klinický stav včetně vyšetření pacientky. Anamnézu a nynější obtíže při diagnostice uvedlo 45 záchranářů (58 %) a konzultaci s lékařem by dále využili 4 záchranáři (5 %).

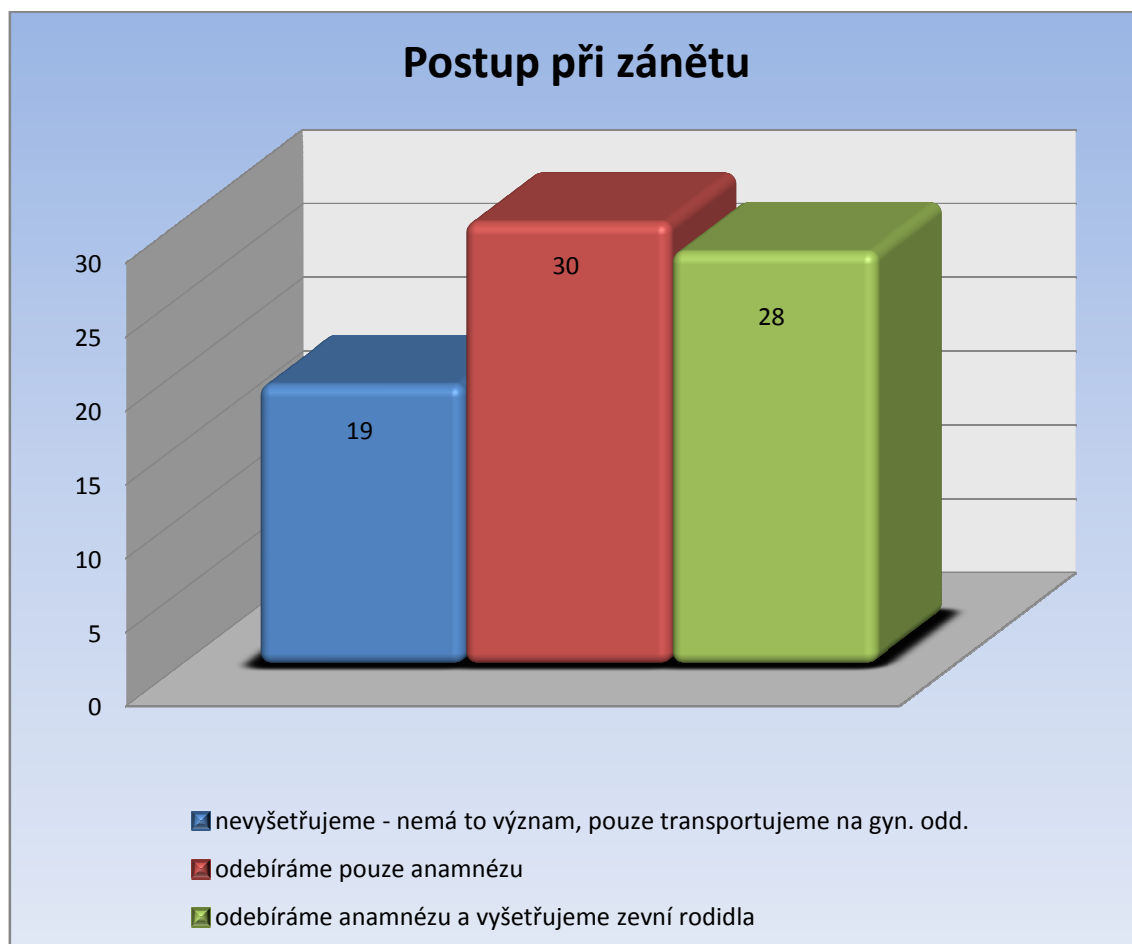
**Graf 12 – terapie vulvovaginálního krvácení**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů, 68 záchranářů (88 %) by při terapii vulvovaginálního krvácení zajistilo žilní vstup včetně podání roztoků, 64 záchranářů (83 %) by pacientku transportovalo za kontinuální monitorace vitálních funkcí, 20 záchranářů (26 %) by při terapii využilo i možnosti stavění krvácení či sterilního krytí zevních rodidel, 14 záchranářů (18 %) by využilo protišokovou polohu, 13 záchranářů (17 %) by využilo farmak a 13 záchranářů (17 %) by pacientce podalo kyslík.

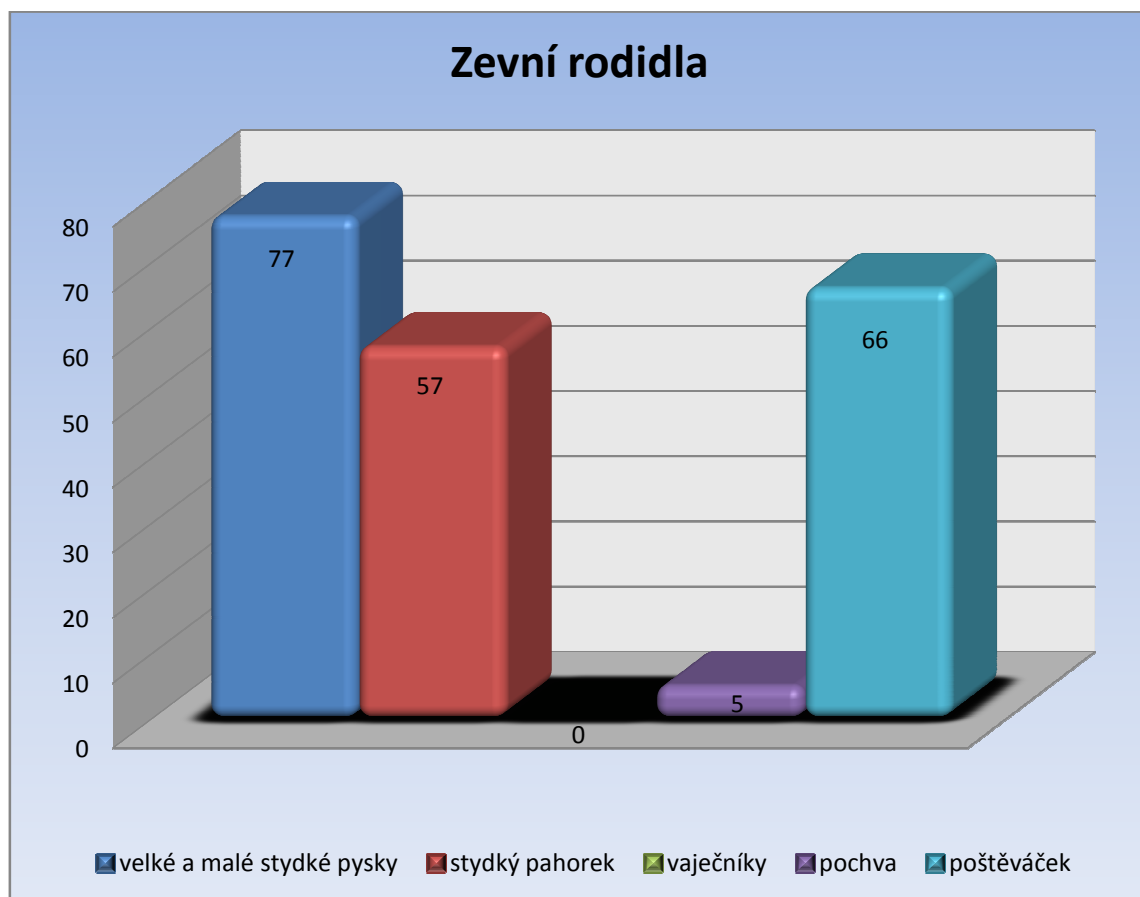
**Graf 13 – při suspektním zánětu ženu**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů by 30 záchranářů (39 %) při podezření na gynekologický zánět od ženy odebralo pouze anamnézu, 28 záchranářů (36 %) by od pacientky odebralo anamnézu včetně vyšetření zevních rodidel a 19 záchranářů (25 %) by ženu nevyšetřovalo a pouze ji transportovalo na gynekologické oddělení.

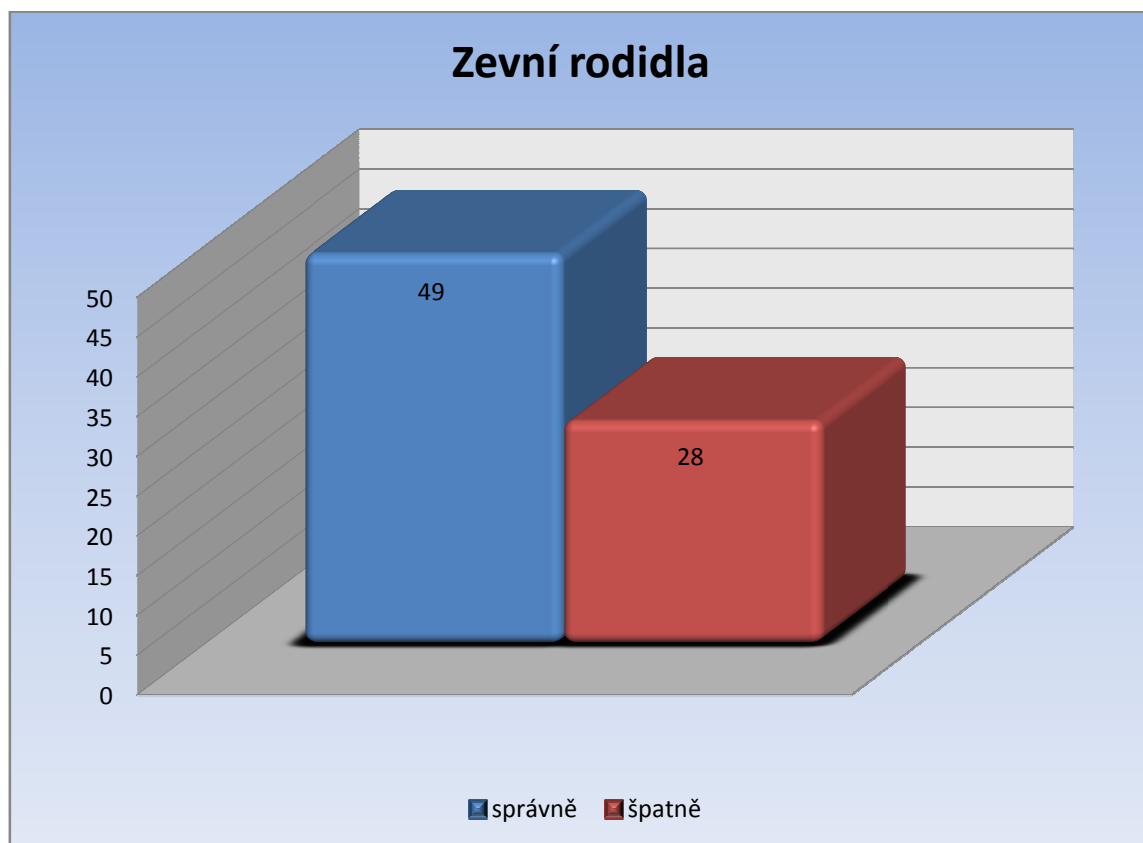
**Graf 14 – zevní pohlavní orgány ženy jsou:**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů označilo 77 (100 %) velké a malé stydké pysky, 66 (86 %) klitoris, 57 (74 %) stydký pahorek, 5 pochvu (6 %) a nikdo neoznačil možnost vaječnicků.

**Graf 15 - správnost odpovědí na vnější pohlavní orgány**

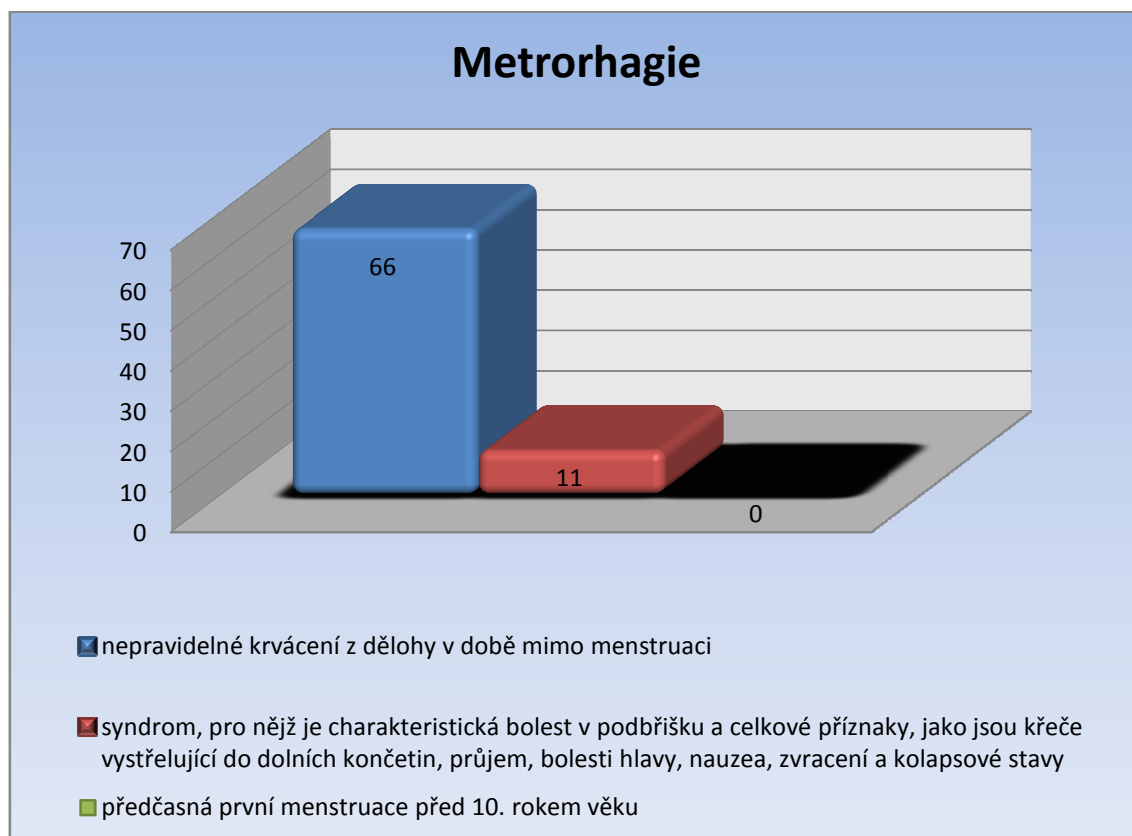


Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf označuje správné odpovědi na otázku číslo 12, které orgány se řadí mezi zevní pohlavní orgány ženy. Správně odpovědělo 49 respondentů (64 %), špatně odpovědělo 28 respondentů (36 %).



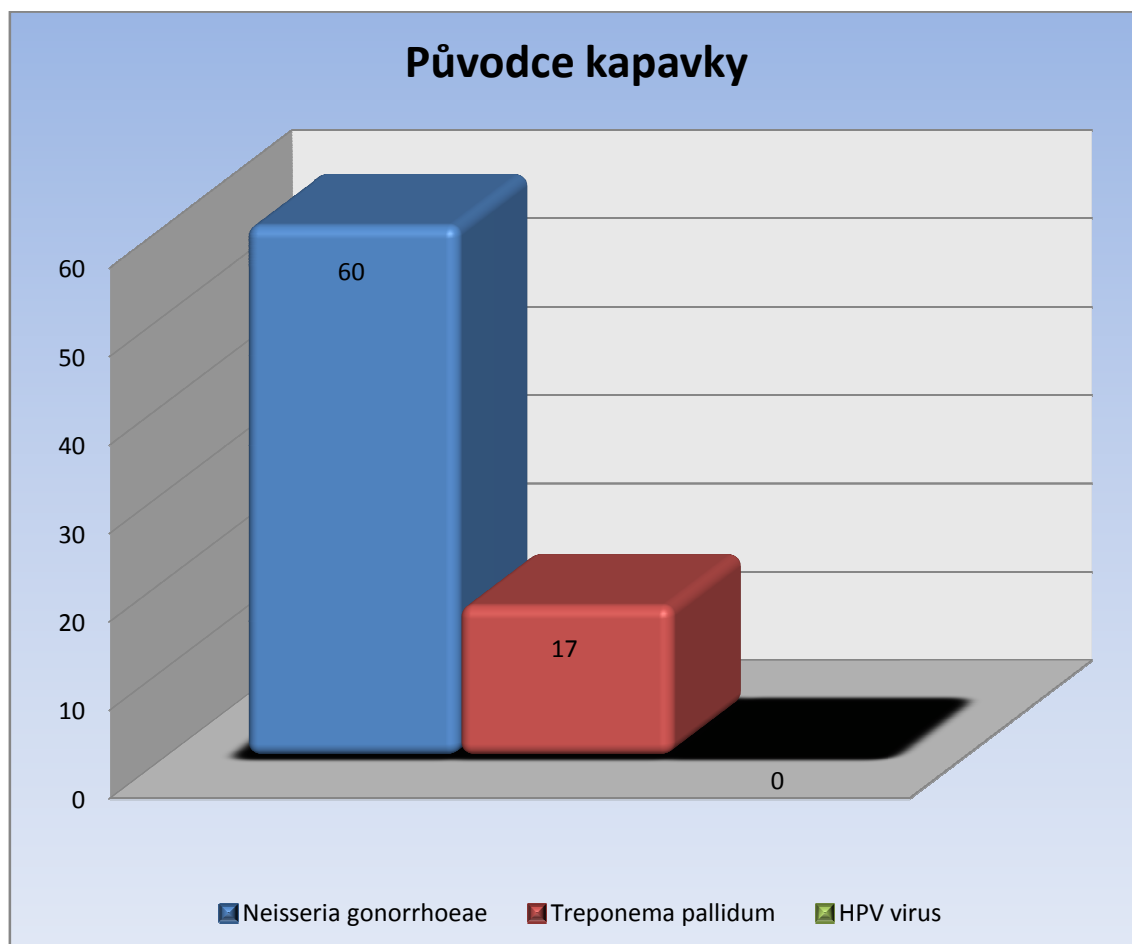
**Graf 16 – co je to metrorrhagie**



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce číslo 13, co je to metrorrhagie, uvedlo 66 respondentů (86 %) nepravidelné krvácení z dělohy v době mimo menstruaci. 11 respondentů (14 %) uvedlo syndrom, pro nějž je charakteristická bolest v podbřišku a celkové příznaky, jako jsou křeče vystřelující do dolních končetin, průjem, bolesti hlavy, nauzea, zvracení a kolapsové stavy. Žádný záchranář neuvedl možnost předčasné první menstruace před 10. rokem věku.

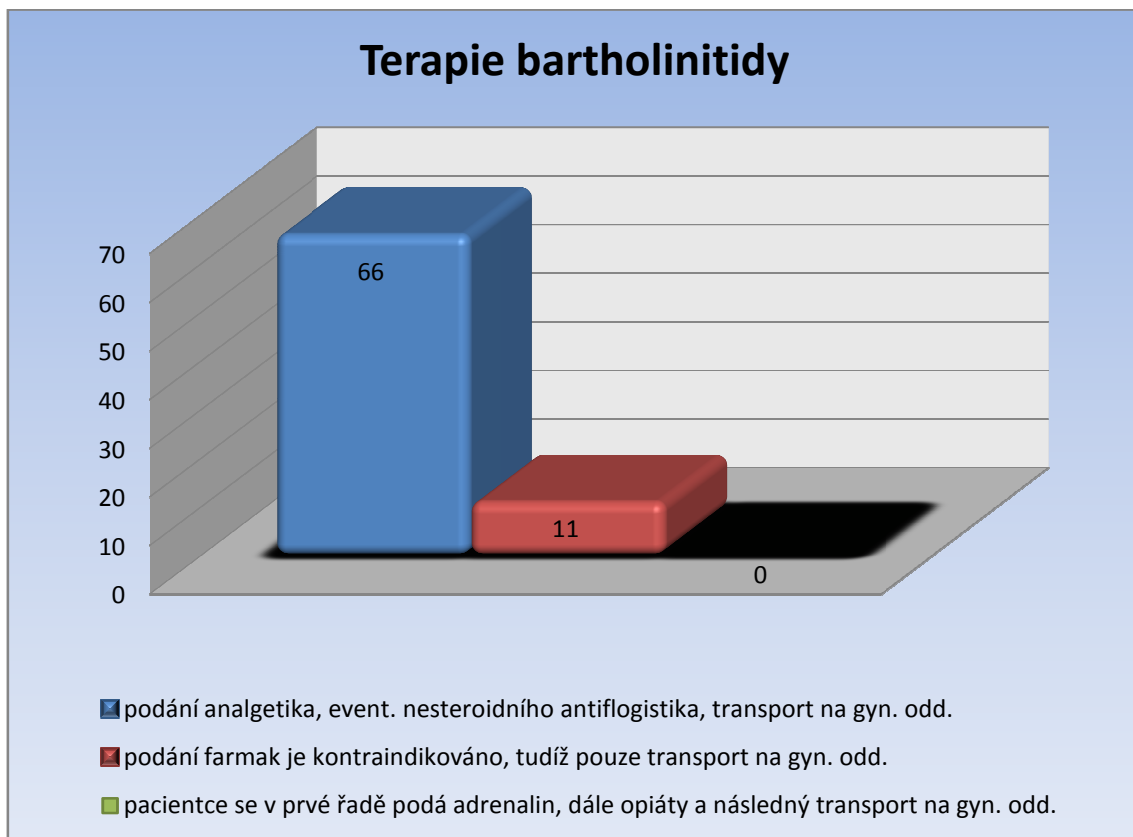
**Graf 17 – původcem kapavky je**



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce označilo odpověď *Neisseria gonorrhoeae* 60 dotazovaných záchranářů (78 %). Možnost *Treponema pallidum* zvolilo 17 záchranářů (22 %) a možnost HPV virus ne zvolil nikdo.

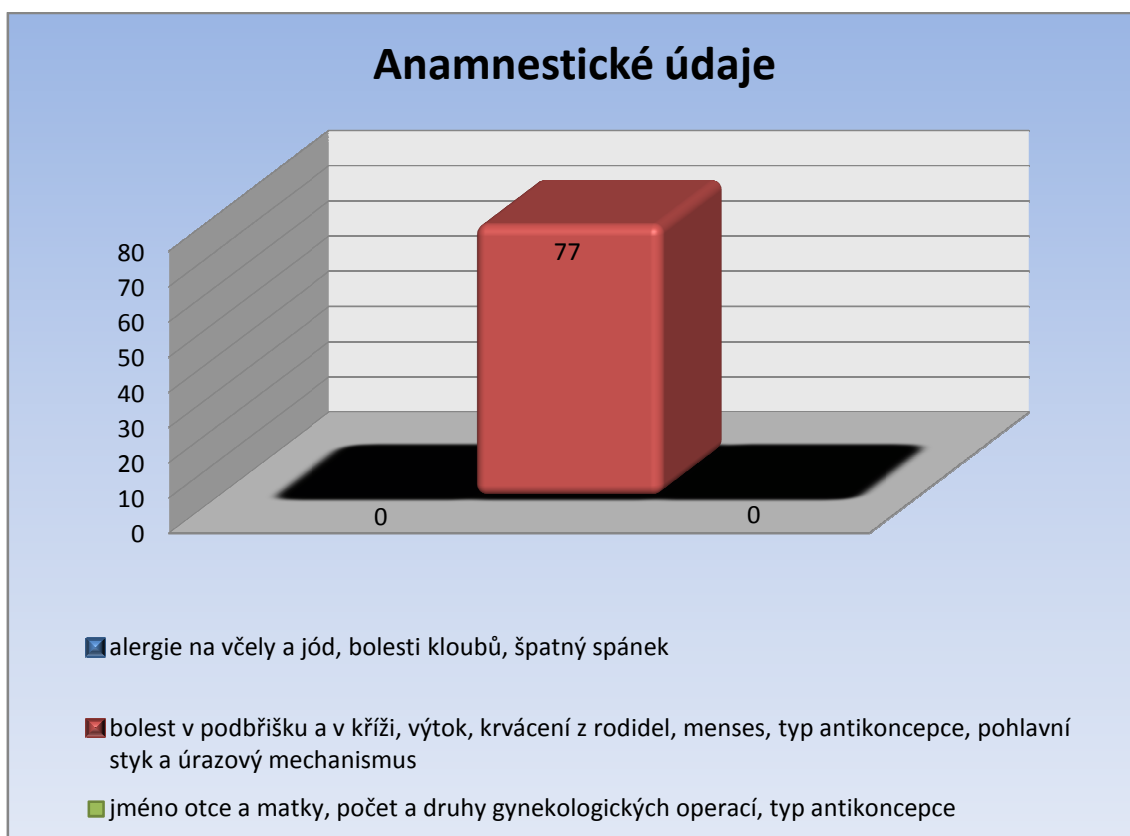
**Graf 18 – terapie v akutní fázi bartholinitidy**



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce číslo 15, jakou terapii zvolíte v akutní fázi bartholinitidy, odpovědělo 66 záchranářů (86 %), že by podalo analgetikum, event. nesteroidní antiflogistikum včetně transportu na gynekologické oddělení. Odpověď, podání farmak je kontraindikováno, tudíž pouze transport na gynekologické oddělení uvedlo 11 záchranářů (14 %). A možnost, že pacientce se v první řadě podá adrenalin, dále opiáty a následný transport na gynekologické oddělení, neuvedl žádný záchranář.

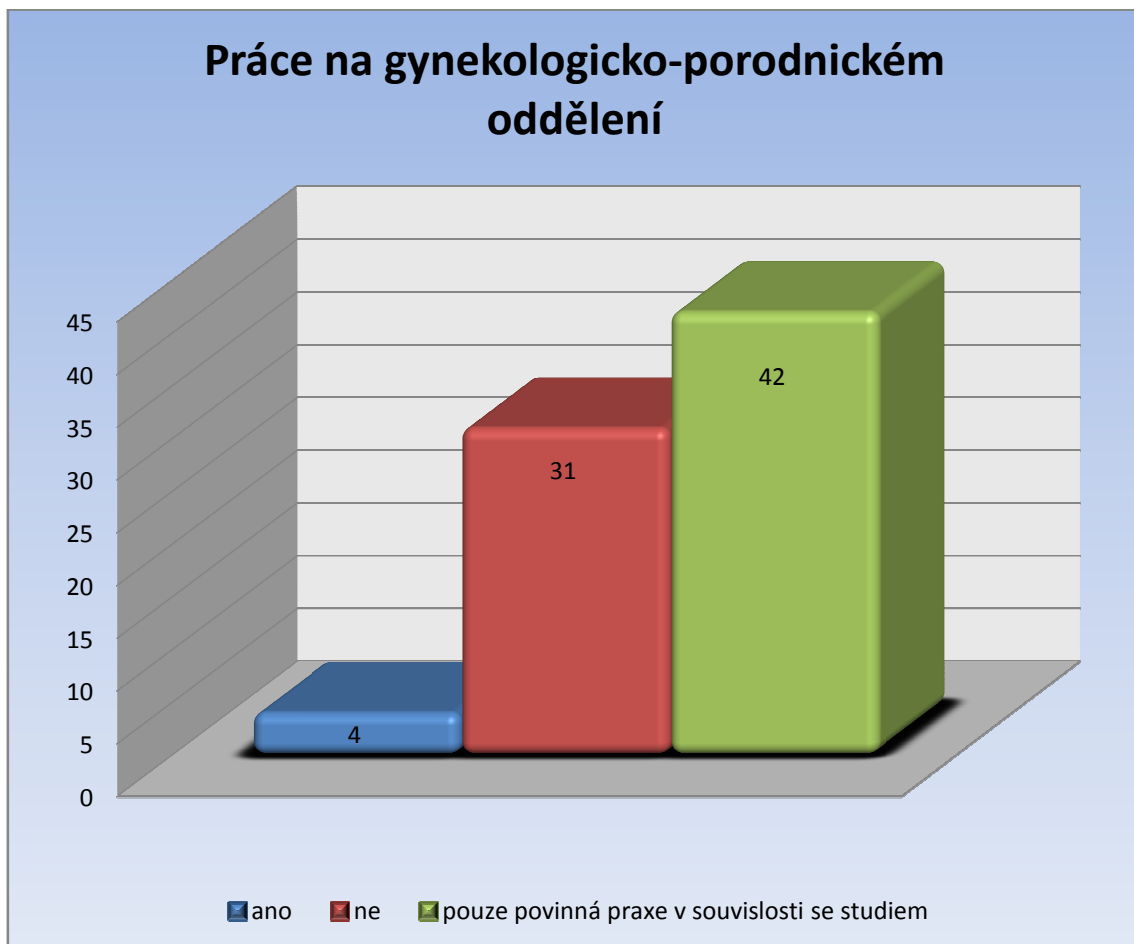
**Graf 19 – nejdůležitější z anamnestických údajů u pacientky s gynekologickou diagnózou v přednemocniční etapě je**



Zdroj: Vlastní výzkum

U otázky číslo 16, při akutním stavu pacientky s gynekologickou diagnózou v přednemocniční etapě má pro záchranáře z anamnestických údajů největší význam bolest v podbřišku a v kříži, výtok, krvácení z rodidel, menses, typ antikoncepce, pohlavní styk a úrazový mechanismus, což uvedlo všech 77 záchranářů (100 %). Další možnosti jako byli, alergie na včely a jód, bolesti kloubů, špatný spánek a jméno otce a matky, počet a druhy gynekologických operací a typ antikoncepce, neuvedl žádný z dotazovaných záchranářů.

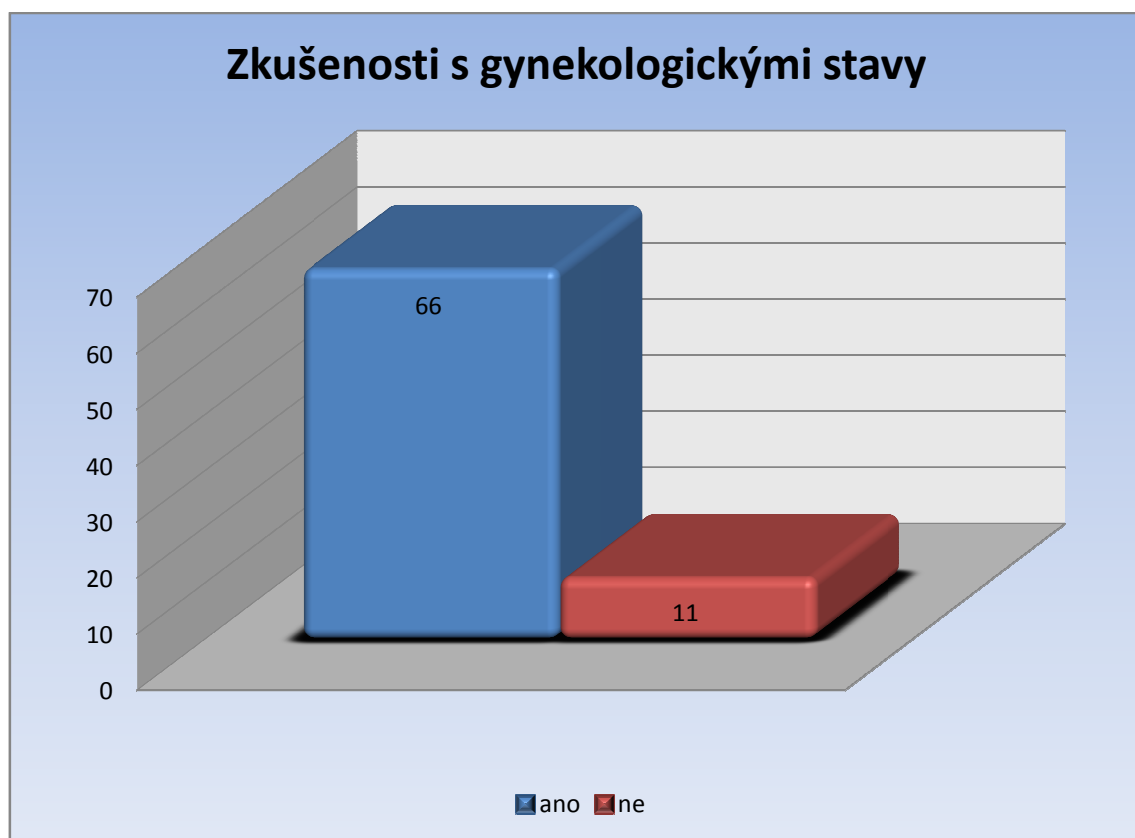
**Graf 20 – pracovní zkušenosti z gynekologicko-porodnického oddělení**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů má 42 záchranářů (55 %) zkušenost z gynekologicko - porodnického oddělení v souvislosti s povinnou praxí během studia. Dále 31 záchranářů (40 %) uvedlo, že na gynekologicko-porodnickém oddělení nikdy nepracovali a ani zde neabsolvovali žádnou praxi. Zbylí 4 záchranáři (5 %) uvedli, že na gynekologicko-porodnickém oddělení pracovali.

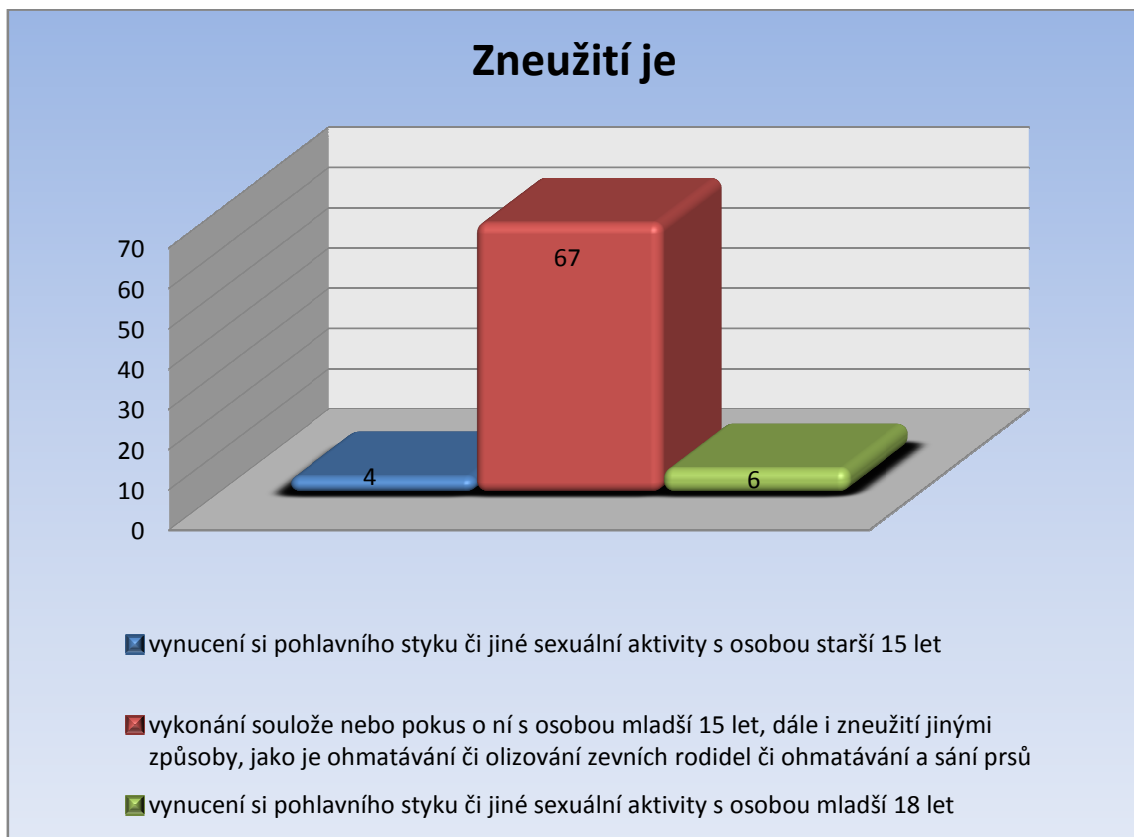
**Graf 21 – myslíte si, že máte dostatečné zkušenosti s gynekologickými stavy v přednemocniční etapě**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů si 66 (86 %) myslí, že má dostatečné zkušenosti s gynekologickými stavy v přednemocniční etapě. Oproti tomu si 11 respondentů (14 %) myslí, že jejich zkušenosti jsou nedostačující.

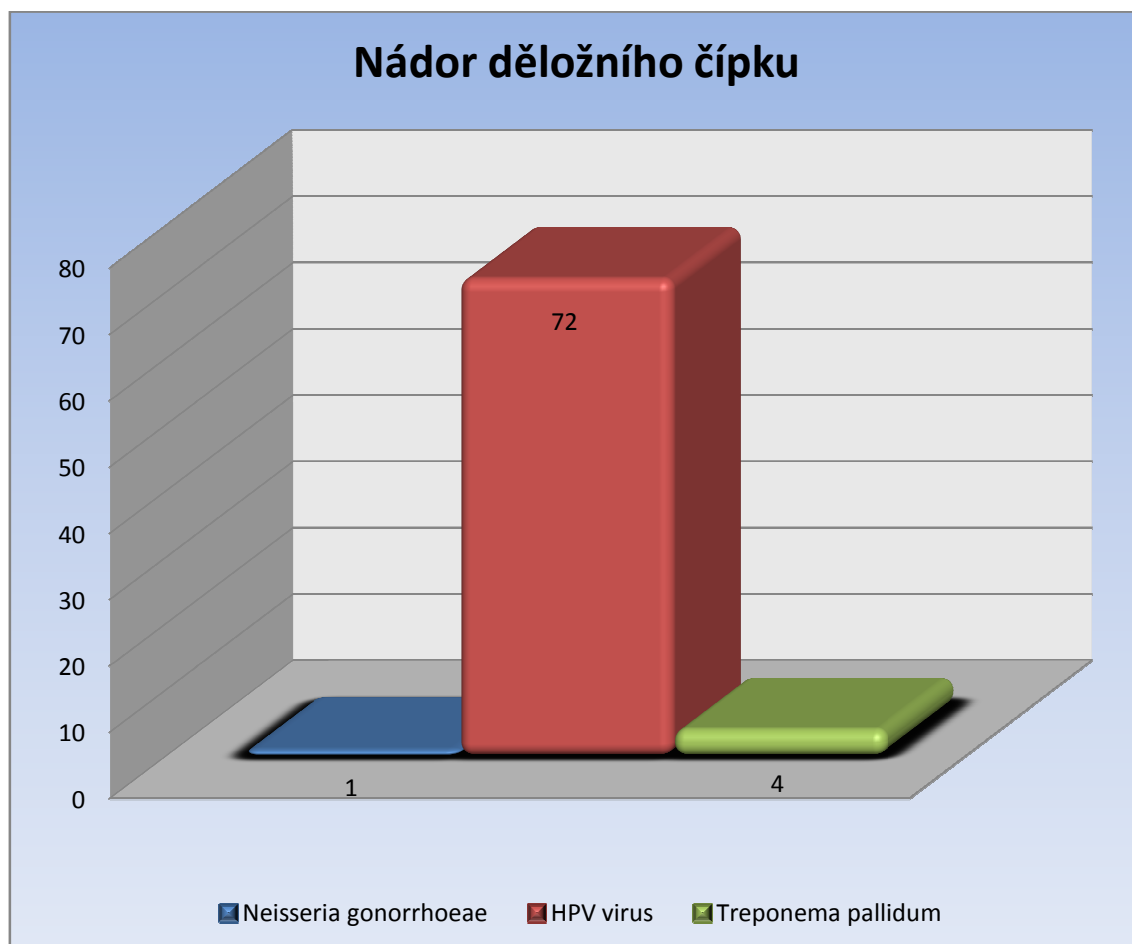
**Graf 22 – pojem zneužití znamená**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů uvedlo 67 záchranářů (87 %) možnost, že zneužití je vykonání soulože nebo pokus o ní s osobou mladší 15 let, dále i zneužití jinými způsoby, jako je ohmatávání či olizování zevních rodidel či ohmatávání a sání prsů. 6 záchranářů (8 %) uvedlo, že zneužití je vynucení si pohlavního styku či jiné sexuální aktivity s osobou mladší 18 let a možnost zneužití je vynucení si pohlavního styku či jiné sexuální aktivity s osobou starší 15 let uvedli 4 záchranáři (5 %).

**Graf 23 – nejvýznamnější vliv na vznik nádoru děložního čípku nese**

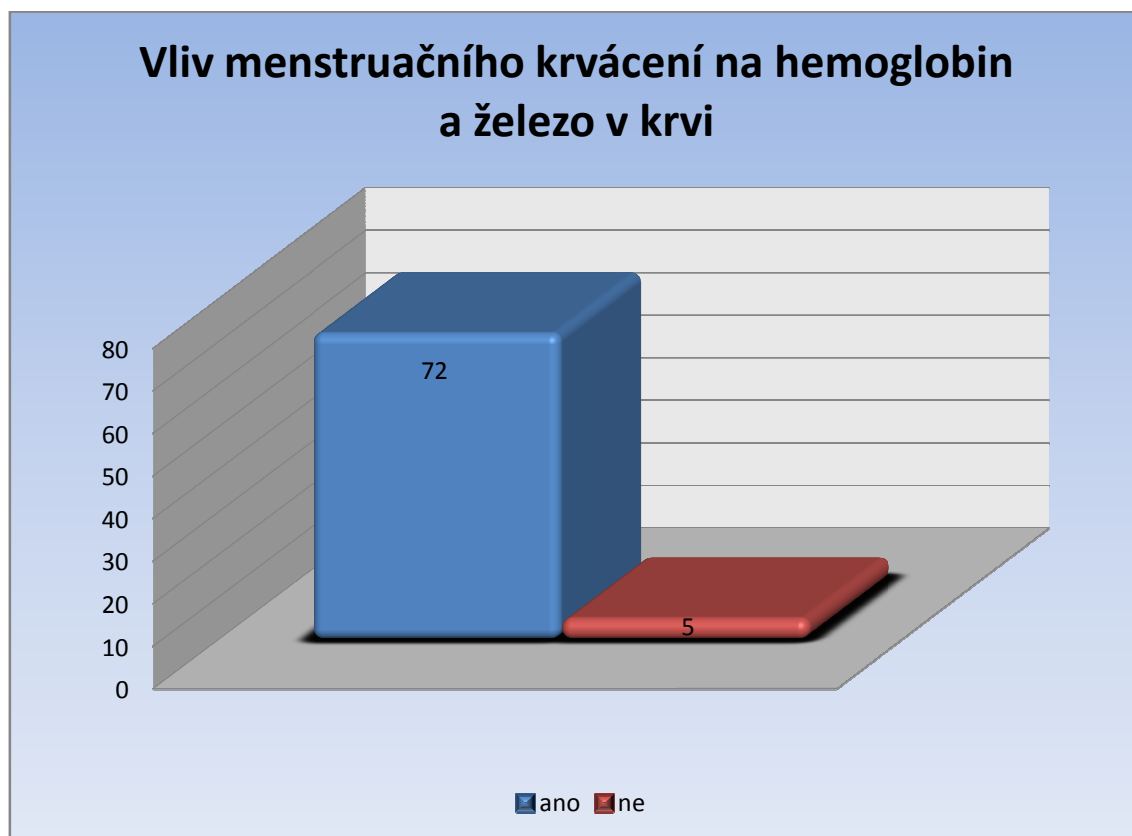


Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce číslo 20, ve které jsem se dotazoval, který faktor nese nejvýznamnější vliv na vzniku nádoru děložního čípku označilo 72 záchranářů (94 %) HPV virus, 4 záchranáři (5 %) Treponema pallidum a pouhý jeden záchranář (1 %) označil možnost Neisseria gonorrhoeae.



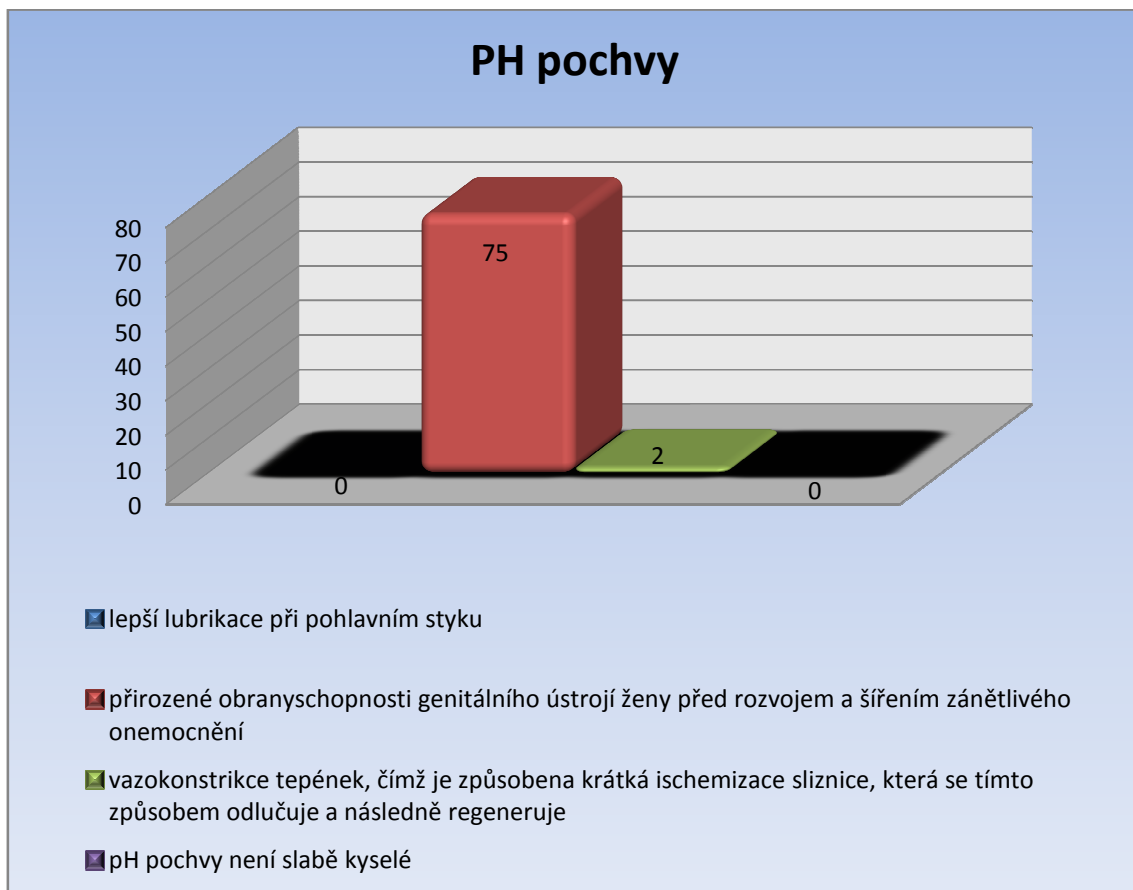
**Graf 24 – vliv menstruačního krvácení na hladinu hemoglobinu a železa v krvi**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů odpovědělo 72 (94 %), že menstruační krvácení může mít vliv na hladinu hemoglobinu a železa v krvi. Zbýlých 5 záchranářů (6 %) uvedlo, že menstruační krvácení nemůže mít vliv na hladinu hemoglobinu a železa v krvi.

**Graf 25 – pH pochvy je slabě kyselé z důvodu**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 77 respondentů odpovědělo na otázku číslo 22, že pH pochvy je slabě kyselé z důvodu přirozené obranyschopnosti genitálního ústrojí ženy před rozvojem a šířením zánětlivého onemocnění 75 záchranářů (97 %). Odpověď, z důvodu vazokonstrikce tepének, čímž je způsobena krátká ischemizace sliznice, která se tímto způsobem odlučuje a následně regeneruje, označili 2 záchranáři (3 %). Ostatní odpovědi nezvolil žádný záchranář.

## 5. DISKUZE

Vzhledem ke specifické výjezdů s gynekologickou tematikou jsem se po dohodě s vedoucí práce, rozhodl pro následující cíle mé bakalářské práce. Byly jimi: zjistit, zda zdravotnický záchranář, na výjezdech s gynekologickou diagnózou, postupuje dle doporučených schémat; zjistit teoretické vědomosti zdravotnických záchranářů v gynekologické tematice a zmapovat konkrétní praktické zkušenosti zdravotnických záchranářů s těmito stavy v přednemocniční etapě. V dotazníkovém šetření jsem se, právě s ohledem na cíle práce, zaměřil na okruhy otázek ke stanovené problematice. V diskuzi se soustředím na komparaci mnou získaných výsledků s výsledky a názory jiných autorů včetně komparace s názorem svým vlastním.

První tři dotazníkové otázky sloužily k identifikaci respondentů, kde první otázka zjišťovala, zda-li se jedná o muže či ženu (viz. graf č. 1). Ženy tvořily 58 % respondentů oproti mužům, kteří se na výzkumu podíleli ve 42 %. Zde jsem očekával, vzhledem ke specifiku gynekologického tématu, že ženy budou tvořit větší část výzkumného vzorku, což se potvrdilo. Druhá otázka zjišťovala délku působení zdravotnického záchranáře u zdravotnické záchranné služby (viz. graf č. 2). Zde měla největší zastoupení praxe s délkou šesti až deseti let, což uvedlo 35 % záchranářů. Praxi s délkou do pěti let uvedlo 27 % záchranářů, praxi v rozmezí jedenácti až patnácti let 19 % záchranářů a praxi mezi šestnácti až dvaceti roky 13 % záchranářů. Praxi delší než jednadvacet let uvedlo pouze 6 % záchranářů. Tyto údaje dokazují, že záchranáři pracující u zdravotnické záchranné služby mají nejčastěji praxi do deseti let a po uplynutí této doby se počty zkušených záchranářů snižují. Z otázky číslo tři vyplývá, že na záchranné službě pracuje nejvíce záchranářů se specializačním vzděláním, jako je například ARIP (viz. graf č. 3). Vyšší odborné vzdělání má 30 % respondentů a vysokoškolské 22 % respondentů. Zbývajících 8 % respondentů uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání střední školu, což je dle mého názoru v dnešní době již nedostačující, a tito záchranáři by si měli pro výkon povolání zdravotnického záchranáře kvalifikaci zvýšit.

Otázky číslo čtyři a pět (viz. grafy č. 4 a 5) mapovaly konkrétní praktické zkušenosti zdravotnického záchranáře na výjezdech s gynekologickou problematikou. Graf číslo 4 ukazuje, kolika výjezdů s gynekologickou diagnózou se respondenti účastnili, přičemž 41 % záchranářů uvedlo účast u více než jednatřiceti gynekologických výjezdů. Dále 29 % záchranářů se účastnilo do deseti gynekologických výjezdů, 25 % jedenácti až třiceti gynekologických výjezdů a zbylých 5 % záchranářů doposud nebylo přítomno žádného výjezdu s gynekologickou diagnózou. Tuto četnost považuji za dostatečnou a domnívám se, že zdravotníci záchranáři by měli mít s těmito stavy v přednemocniční etapě dostatečné praktické zkušenosti. Graf číslo 5 mapuje, které konkrétní gynekologické stavy záchranáři ošetřovali, tudíž se kterými mají zkušenosti. Nejvyšší zastoupení zde nese krvácení z rodidel, se kterým se setkalo 90 % záchranářů, dále se záchranáři v 77 % případů setkali s podezřením na mimoděložní těhotenství, z čehož lze usuzovat na vysokou četnost výjezdů s těmito diagnózami. Z ostatních možností se záchranáři setkali v 37 % případů s gynekologickým nádorem, v 34 % případů s výtokem z rodidel a překvapivě pouze v 15 % případů s podezřením na torzy adnex. Dle Citterbarta se jedná o druhou nejčastější náhlou příhodu břišní gynekologického původu. Očekával bych tedy, že torze adnex bude mít vyšší zastoupení jako je tomu u podezření na mimoděložní těhotenství. Avšak torze adnex je specifická příhoda břišní nutně zjištěitelná ultrasonografickou diagnostikou, tudíž se domnívám, že zdravotníci záchranáři spíše „transportují“ ženy s diagnózou náhlá příhoda břišní než torze adnex, proto je zastoupení odpovědí pouhých 15 %. Znásilnění uvedlo 12 % záchranářů a dále 23 % záchranářů uvedlo možnost jiné, kde vypsali i stavy, které nebyly v nabízených možnostech. Zde byl nejčastěji zastoupen porod. S výhřezem dělohy a potratem se zdravotníci záchranáři setkávají jen v ojedinělých případech.

Otázka číslo šest ověřuje teoretické vědomosti záchranářů, v souvislosti s torzí adnex u dospělé ženy (viz. graf č. 6). Zde 85 % záchranářů označilo správnou odpověď, tedy prudkou peritoneální bolest s défense musculaire a se zástavou střevní pasáže, jak uvádí Citterbart. Zbylých 15 % uvedlo špatné odpovědi.

V sedmé otázce (viz. graf č. 7) jsem zjišťoval, jestli měl zdravotnický záchranář během výkonu svého povolání podezření, že pacientka trpí mimoděložním těhotenstvím. Zde 79 % záchranářů uvedlo, že ano, což potvrzuje, jak uvádí Citterbart, že mimoděložní těhotenství je nejčastější náhlou příhodou břišní gynekologického původu.

Otázka číslo osm dávala záchranářům možnost vypsát postup při diagnostice a terapii při podezření na mimoděložní těhotenství (viz. grafy č. 8 a 9). U této otevřené otázky jsem promýšlel kritéria, podle kterých se odpovědi na tuto otázku budou hodnotit. Nakonec jsem se po domluvě s vedoucí práce rozhodl pro následující položky, které měly být záchranáři uvedeny. V diagnostice to je: anamnéza včetně nynějších obtíží pacientky; zhodnocení klinického stavu záchranářem včetně vyšetření pacientky a konzultace s lékařem. V terapii mělo být záchranáři uvedeno: zajištění intravenózního vstupu včetně podání infuzních roztoků; farmakoterapie; protišoková poloha; transport za kontinuální monitorace fyziologických funkcí a oxygenoterapie. Z výsledků vyplývá, že anamnézu a nynější obtíže uvedlo 58 % záchranářů, zhodnocení klinického stavu a vyšetření vypsalo 65 % záchranářů a konzultaci s lékařem pouhých 5 % záchranářů. Myslím, že tyto výsledky nejsou moc povzbuzující, protože získání anamnézy a vyšetření celkového stavu by mělo být pro každého záchranáře prvořadou prioritou. Otázkou zůstává, zda by si zdravotničtí záchranáři ve skutečnosti, při výjezdu s gynekologickou diagnózou, dovolili neodebrat anamnézu a klinicky pacientku nevyšetřit. Věřím, že u této otázky byli záchranáři pouze neochotni vypisovat své odpovědi, ale v reálné situaci postupují lege artis. V terapii při podezření na mimoděložní těhotenství uvedlo 94 % záchranářů zajištění žilní linky včetně podání infuzních roztoků a 84 % transport za kontinuální monitorace fyziologických funkcí, jak uvádí Pokorný a Dobiáš. Je s podivem, že tyto hodnoty nejsou 100 %, což opět přisuzuji neochotě vypisovat vlastní odpovědi. Co mě však zaráží je fakt, že pouhých 17 % záchranářů uvedlo oxygenoterapii a 13 % farmakoterapii, přičemž by dle Dobiáše měly být podány analgetika. Posledním kritériem byla protišoková poloha, kterou uvedlo 21 % záchranářů. Uvědomuji si, že jsem záchranářům nenastínil konkrétní

situaci, například že je pacientka v šoku, tudíž chápu, že tato eventualita napadla jen každého pátého záchranáře.

Otázka číslo devět zjišťovala, kolik záchranářů ošetřovalo ženu s vulvovaginálním krvácením (viz. graf č. 10). Zde uvedlo 65 % záchranářů, že toto krvácení již ošetřovalo a zbylých 35 %, že nikoli. Tato otázka byla do jisté míry i teoretická, nýbrž z ní lze usoudit, zda-li záchranáři ví, co je to vulvovaginální krvácení. U otázky číslo pět mi 66 záchranářů uvedlo, že ošetřovali krvácení z rodidel, avšak u otázky číslo devět mi vyplnilo pouhých 50 záchranářů, že ošetřovali pacientku s vulvovaginálním krvácením. Jediné vysvětlení v rozdílnosti odpovědí si vysvětlují tím, že záchranáři přesně netušili, co si pod pojmem vulvovaginální krvácení představit.

Desátá otázka dávala záchranářům opět možnost vypsát postup při diagnostice a terapii při vulvovaginálním krvácení (viz. grafy č. 11 a 12). Zde jsem se obdobně, jako u otázky číslo osm, zamýšlel nad hodnotícími kritérii, která jsou nakonec při diagnostice stejná, a to: anamnéza včetně nynějších obtíží pacientky; zhodnocení klinického stavu záchranářem včetně vyšetření pacientky a konzultace s lékařem. V terapii pak měli záchranáři uvést: zajištění intravenózního vstupu včetně podání infuzních roztoků; farmakoterapii; protišokovou polohu; transport za kontinuální monitorace fyziologických funkcí; oxygenoterapii a stavění krvácení pomocí vložek, tamponády či sterilní roušky, jak uvádí Pokorný a Dobiáš. Výsledky jsou obdobné jako u otázky číslo osm. Anamnézu a nynější obtíže uvedlo 58 % záchranářů, zhodnocení klinického stavu a vyšetření vypsalo 69 % záchranářů a konzultaci s lékařem opět 5 % záchranářů. V terapii vulvovaginálního krvácení uvedlo 88 % záchranářů zajištění intravenózního vstupu včetně podání infuzních roztoků a 83 % transport za kontinuální monitorace vitálních funkcí. Další možnosti, jako je stavění krvácení, uvedlo 26 % záchranářů, protišokovou polohu, která se využívá pouze u hemodynamicky významného krvácení, jak uvádí Pokorný, vypsalo 18 % záchranářů. Farmakoterapii, kdy lze podat analgetika, uvedlo 17 % záchranářů a oxygenoterapii rovněž 17 % záchranářů.

U těchto stavů, jako je podezření na mimoděložní těhotenství či vulvovaginální krvácení, je zajisté příhodné hodnotit diagnózu a následnou terapii dle symptomů

a aktuálního stavu pacientky, přičemž věřím, že zdravotníci záchranáři jsou schopni správně a adekvátně v těchto situacích reagovat. Myslím si, kdyby otázky číslo osm a deset nebyly voleny formou otevřenou, ale uzavřenou, kde by bylo více správných odpovědí, tak by výsledky byly naprosto odlišné a to ve prospěch záchranářů.

Z otázky číslo jedenáct (viz. graf č. 13), kde jsem se dotazoval na postup při podezření na gynekologický zánět vyplynulo, že 39 % záchranářů by odebralo pouze anamnézu, 36 % by k odběru anamnézy připojilo vyšetření zevních pohlavních orgánů a 25 % záchranářů by ženu nevyšetřovalo, ale pouze by ji transportovali na gynekologické oddělení. Uvědomuji si, že tato otázka nebyla zcela správně formulována, proto data z této otázky mohou být zavádějící, ve smyslu, co si každý z nás představí pod pojmem gynekologický zánět. Může se jednat o zánět zevních rodidel, ale i zánět například vaječníků, kdy by vyšetření zevních rodidel záchranářem nemělo značného významu. Výsledek, kdy 25 % záchranářů, kteří by ženu vůbec nevyšetřovali a pouze by ji transportovali na gynekologické oddělení je špatný a poukazuje na neochotu zdravotnického záchranáře vyšetřovat ženu s gynekologickou diagnózou.

Otázky číslo dvanáct, třináct, čtrnáct, devatenáct, dvacet, jednadvacet a dvaadvacet (viz. grafy č. 14, 15, 16, 17, 22, 23, 24 a 25) zjišťovaly teoretické znalosti zdravotnických záchranářů v gynekologické problematice. Graf číslo 15 poukazuje na správnost odpovědí v otázce dvanáct: Co řadíme mezi zevní pohlavní orgány? Správnost odpovědí byla 64 %, kdy mezi tyto orgány řadíme velké a malé stydké pysky, stydký pahorek a poštváček, jak uvádí Čihák. V ostatních otázkách se správnost odpovědí pohybovala od 80 % do 100 %, z čehož lze vyvodit, že zdravotníci záchranáři mají dostatečné teoretické znalosti týkající se gynekologické problematiky.

Otázky patnáct a šestnáct (viz. grafy č. 18 a 19) zjišťují, zda-li zdravotnický záchranář postupuje na výjezdech s gynekologickou tematikou dle doporučených schémat. V otázce patnáct: Jakou terapii zvolíte v akutní fázi bartholinitidy? Správně uvedlo 86 % záchranářů podání analgetik, eventuelně nesteroidních antiflogistik a transport na gynekologické oddělení, jak uvádí Pokorný. Zbýlých 14 % záchranářů si myslí, že farmaka jsou kontraindikována a pacientku by pouze transportovali na

gynekologické oddělení. A v otázce číslo šestnáct: Při akutním stavu pacientky s gynekologickou diagnózou v přednemocniční etapě má z anamnestických údajů největší význam? Bolest v podbřisku a v kříži, výtok, krvácení z rodidel, menses, typ antikoncepce, pohlavní styk a úrazový mechanismus, což uvedli všichni záchranáři správně.

V otázkách číslo sedmnáct a osmnáct (viz. grafy č. 20 a 21) jsem mapoval konkrétní praktické zkušenosti zdravotnických záchranářů s gynekologickou tematikou. Z otázky sedmnáct vyplývá, že 60 % záchranářů absolvovalo praxi nebo přímo pracovali na gynekologicko-porodnickém oddělení. Zbylých 40 % záchranářů nemá s gynekologicko-porodnickým oddělením žádné zkušenosti. A otázka osmnáct se dotazuje záchranářů, jestli si myslí, že mají s gynekologickými stavy v přednemocniční etapě dostatečné zkušenosti. 86 % záchranářů si myslí, že jejich zkušenosti s gynekologickými stavy v přednemocniční etapě jsou dostatečné. Naproti tomu pouhých 14 % si myslí, že jejich zkušenosti dostatečné nejsou. Z tohoto výsledku lze vyvodit, že záchranáři se ve většině domnívají, že jejich vědomosti a dovednosti, potřebné pro gynekologické výjezdy v podmínkách přednemocniční péče, jsou dostačující.

Z celkového pohledu na výsledky výzkumu, včetně diskuze, se domnívám, že zdravotničtí záchranáři mají s gynekologickými stavy v přednemocniční etapě dostatečné zkušenosti a potřebné teoretické znalosti. Bohužel mi z výsledků i vyplývá, že mnoho zdravotnických záchranářů není ochotno si od pacientky odebrat podrobnou gynekologickou anamnézu a mnoho z nich nemá ani zájem pacientku vyšetřovat. V této souvislosti se potvrzuje to, co uvádí Pokorný, že gynekologické příhody jsou ženami považovány za specifickou osobní záležitost se zvýšeným nárokem na respekt ke studu a na soukromí, čemuž odpovídá často i velmi rezervovaná anamnéza a údaje o nynějším onemocnění anebo poranění.



## 6. ZÁVĚR

Bakalářská práce se převážně zabývala problematikou gynekologických stavů z pohledu zdravotnického záchranáře v přednemocniční etapě. Cílem práce bylo zjistit, zda-li zdravotnický záchranář, na výjezdech s gynekologickou diagnózou, postupuje dle doporučených schémat, dále zjistit teoretické vědomosti zdravotnických záchranářů v gynekologické tématice a též zmapovat konkrétní praktické zkušenosti zdravotnických záchranářů s těmito stavy v přednemocniční etapě.

K dosažení cílů práce byly stanoveny následující hypotézy. Hypotéza číslo jedna tvrdí, že zdravotnický záchranář provádí činnosti na výjezdech s gynekologickou diagnózou dle doporučených postupů. Tato hypotéza byla potvrzena, což vyplývá z otázek číslo 8, 10, 15 a 16. Otázku 16 zodpovědělo správně všech 77 záchranářů a u otázky 15 vybralo správnou odpověď 66 záchranářů. V otevřených otázkách 8 a 10 nebyly výsledky zcela přesvědčivé, ale z celkového pohledu na danou problematiku se potvrzuje, že zdravotnický záchranář na výjezdech s gynekologickou diagnózou postupuje dle doporučených postupů.

Druhá hypotéza tvrdí, že zdravotnický záchranář má odpovídající teoretické vědomosti v gynekologické tématice, což naprosto potvrzují otázky číslo 6, 12, 13, 14, 19, 20, 21 a 22. Tato hypotéza byla jednoznačně potvrzena.

A hypotéza číslo tři byla definována tak, že zdravotnický záchranář nemá dostatečné praktické zkušenosti v gynekologické oblasti. Na tuto hypotézu odpovídají otázky číslo 4, 5, 7, 9, 17 a 18, přičemž bych hlavně vyzdvihl otázku číslo 18, kde se 66 záchranářů domnívá, že jejich zkušenosti s gynekologickými stavy v přednemocniční etapě jsou dostatečné a dále otázku číslo 4, kde pouze čtyři záchranáři uvedli, že se doposud neúčastnili výjezdu s gynekologickou diagnózou. Tato hypotéza tedy potvrzena nebyla.

Domnívám se, že výsledky bakalářské práce mohou být využity k prohloubení praktických dovedností zdravotnických záchranářů v problematice gynekologických stavů v přednemocniční etapě, zvláště s ohledem na odebrání anamnézy a klinického vyšetření, na což usuzuji z výsledků prováděného výzkumu.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALEŠ, J. Stav po znásilnění – postup lékaře zdravotnické záchranné služby. *Urgentní medicína* [online]. 2000, roč. 3, č. 3 [cit.2010-1-8]. Dostupné z: < [http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM\\_2000\\_03.pdf](http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM_2000_03.pdf) >. ISSN 1212-1924
2. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. První vydání Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6
3. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. První vydání Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0
4. ČEPICKÝ, P. – KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. První vydání Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0677-1
5. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. Druhé, upravené a doplněné vydání Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X
6. DOBIÁŠ, V. *Urgentní zdravotní péče*. První vydání Martin: Osveta s.r.o., 2007. ISBN 978-80-8063-258-8
7. ERTLOVÁ, F. – MUCHA, J. a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. Druhé přepracované vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 368 stran. ISBN 80-7013-379-1.
8. HANÁKOVÁ, T. *Gynekologická ordinace MUDr. Taťány Hanákové* [online]. 2007 [cit.2009-12-16]. Dostupné z: < [http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/1\\_01.html](http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/1_01.html) >.

9. *Integrovaný portál MPSV* [online]. 29.10.2006 [cit.2009-11-23]. Dostupné z:  
<[http://portal.mpsv.cz/sz/local/cv\\_info/ips/ch\\_povolani/zdravot\\_sp/zdravotnicky\\_zachranar.pdf](http://portal.mpsv.cz/sz/local/cv_info/ips/ch_povolani/zdravot_sp/zdravotnicky_zachranar.pdf)>.
10. JANYŠKOVÁ, M. *Náhlé příhody v gynekologii dětí a dospívajících* [online]. 2004 [cit.2010-1-5]. Dostupné z:  
<[http://209.85.135.132/search?q=cache:Ua\\_Z0vdc-wJ:www.detskagynekologie-cgps.cz/pages/subkatedra/janyskova.doc+N%C3%A1hl%C3%A9+p%C5%99%C3%A9dhody+v+gynekologii+d%C4%9Bt%C3%AD+a+dosp%C3%ADvaj%C3%ADc%C3%ADch&cd=1&hl=cs&ct=clnk](http://209.85.135.132/search?q=cache:Ua_Z0vdc-wJ:www.detskagynekologie-cgps.cz/pages/subkatedra/janyskova.doc+N%C3%A1hl%C3%A9+p%C5%99%C3%A9dhody+v+gynekologii+d%C4%9Bt%C3%AD+a+dosp%C3%ADvaj%C3%ADc%C3%ADch&cd=1&hl=cs&ct=clnk)>.
11. KLENER, P. et al. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. Druhé vydání Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-429-6
12. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. První vydání Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X
13. KŘÍŽOVÁ, P. *Státní zdravotní ústav* [online]. 29.8.2008 [cit.2010-2-3]. Dostupné z:  
<<http://www.szu.cz/tema/prevence/syndrom-toxickeho-soku>>.
14. KUBEŠOVÁ, H. *Klinická propedeutika – Vyšetření břicha* [online]. [cit.2010-04-21]. Dostupné z:  
<<http://portal.med.muni.cz>>.
15. MACKŮ, F. – ČECH, E. *Gynekologie pro střední zdravotnické školy*. První vydání Praha: Informatorium s.r.o., 2002. ISBN 80-7333-001-6
16. MARINELLA, M. *Často přehlédnuté diagnózy v akutní péči*. První vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 140 stran. ISBN 978-80-247-1735-7

17. MERKUNOVÁ, A. – OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. První vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6
18. NAŇKA, O. – ELIŠKOVÁ, M. *Přehled anatomie*. Druhé, doplněné a přepracované vydání Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-612-0
19. NOUZA, K. *Odborné fórum lékařů a farmaceutů* [online]. 1.2.2002 [cit.2009-12-15]. Dostupné z:  
< <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0202/med0233.html>>.
20. PETROVICKÝ, P. a kol. *Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi*. Druhé vydání Martin: Osveta spol. s r. o., 2001. ISBN 80-8063-046-1
21. POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*. První vydání Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-214-5
22. POKORNÝ, J. et al. *Urgentní medicína*. První vydání Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-259-5
23. *Porodnice.cz* [online]. 2006 [cit.2010-04-21]. Dostupné z:  
< <http://www.porodnice.cz/anatomie-pohlavnich-organu-zeny-muze>>.
24. ŠOBEK, D. Akutní stavy v gynekologii a porodnictví v PNP. *Urgentní medicína* [online]. 2000, roč. 3, č. 3 [cit.2010-1-6]. Dostupné z:  
< [http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM\\_2000\\_03.pdf](http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM_2000_03.pdf) >. ISSN 1212-1924
25. TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie*. Čtvrté, přepracované a doplněné vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 772 s. ISBN 80-247-0512-5

26. TŘEŠKA, V. a kol. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. První vydání  
Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 460 stran. ISBN 80-247-0239-8
27. *University of California - Sex info* [online]. 1. 3. 2010 [cit.2010-04-21].  
Dostupné z:  
< <http://www.soc.ucsb.edu/sexinfo/article/the-menstrual-cycle>>.
28. VOKURKA, M. – HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. Osmé rozšířené  
vydání Praha: Maxdorf s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7345-123-3
29. *Vyhláška číslo 39/2005 Sb. o požadavcích na studijní programy nelékařských  
zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů.*
30. *Vyhláška číslo 424/2004 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných  
odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.*
31. *Vyhláška číslo 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění  
pozdějších předpisů.*
32. VYHNÁNEK, F. et al. *Chirurgie I*. Druhé přepracované vydání Praha:  
Informatorium s.r.o., 2003. ISBN 80-7333-005-9
33. *Zákon číslo 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.*
34. *Zákon číslo 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění  
pozdějších předpisů.*
35. ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. Druhé, přepracované a doplněné  
vydání Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 524 stran. ISBN 80-7169-705-2

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Anatomie a fyziologie pohlavních orgánů ženy

Gynekologie

Přednemocniční neodkladná péče

Vyšetřovací postupy

Zdravotnický záchranář

Znásilnění a zneužití

## **9. PŘÍLOHY**

***Příloha číslo 1 – Ženské zevní a vnitřní pohlavní orgány***

***Příloha číslo 2 – Ženské pohlavní orgány (pohled zředu)***

***Příloha číslo 3 – Pochva***

***Příloha číslo 4 – Děloha***

***Příloha číslo 5 – Vejcovod***

***Příloha číslo 6 – Menstruační cyklus***

***Příloha číslo 7 – McBurneyův a Lanzův bod***

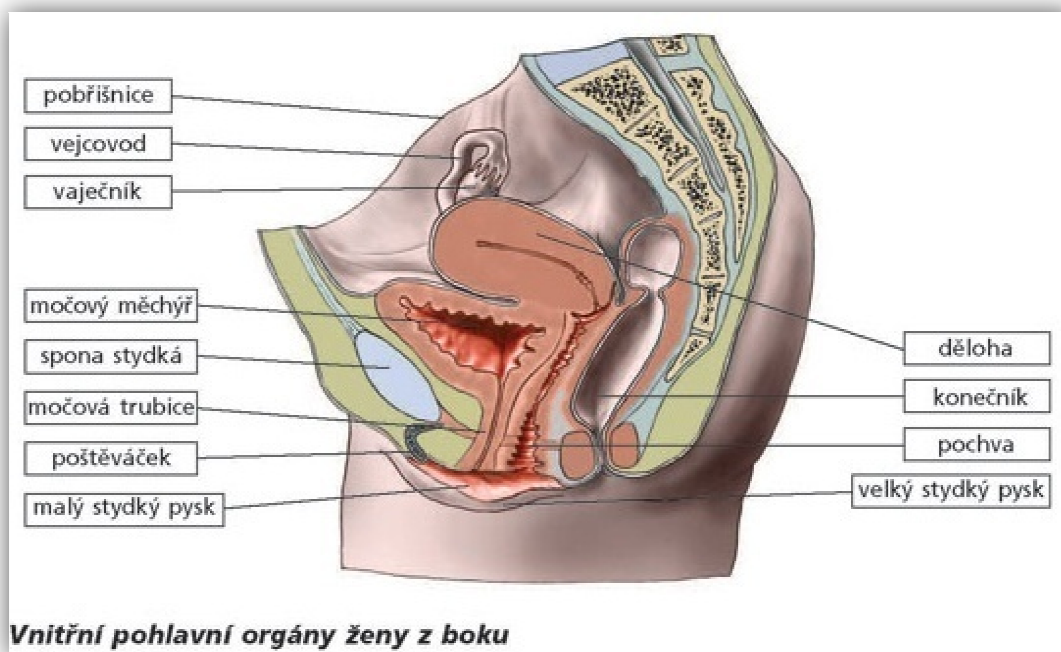
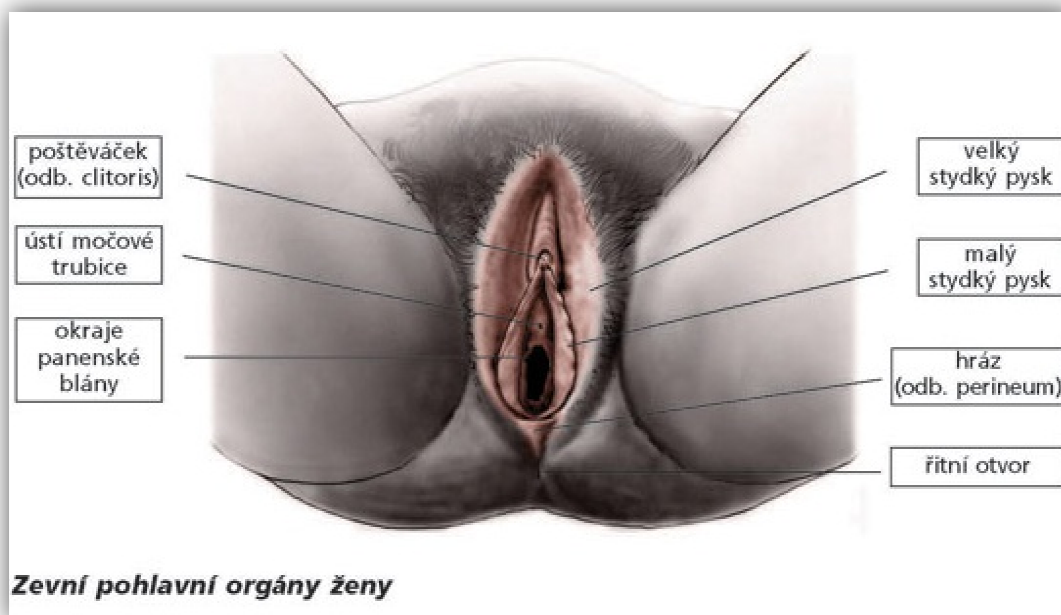
***Příloha číslo 8 – Lokalizace a frekvence ektopické gravidity***

***Příloha číslo 9 – Lokalizace a frekvence bolesti u ektopické gravidity***

***Příloha číslo 10 – Torze adnex***

***Příloha číslo 11 – Dotazník***

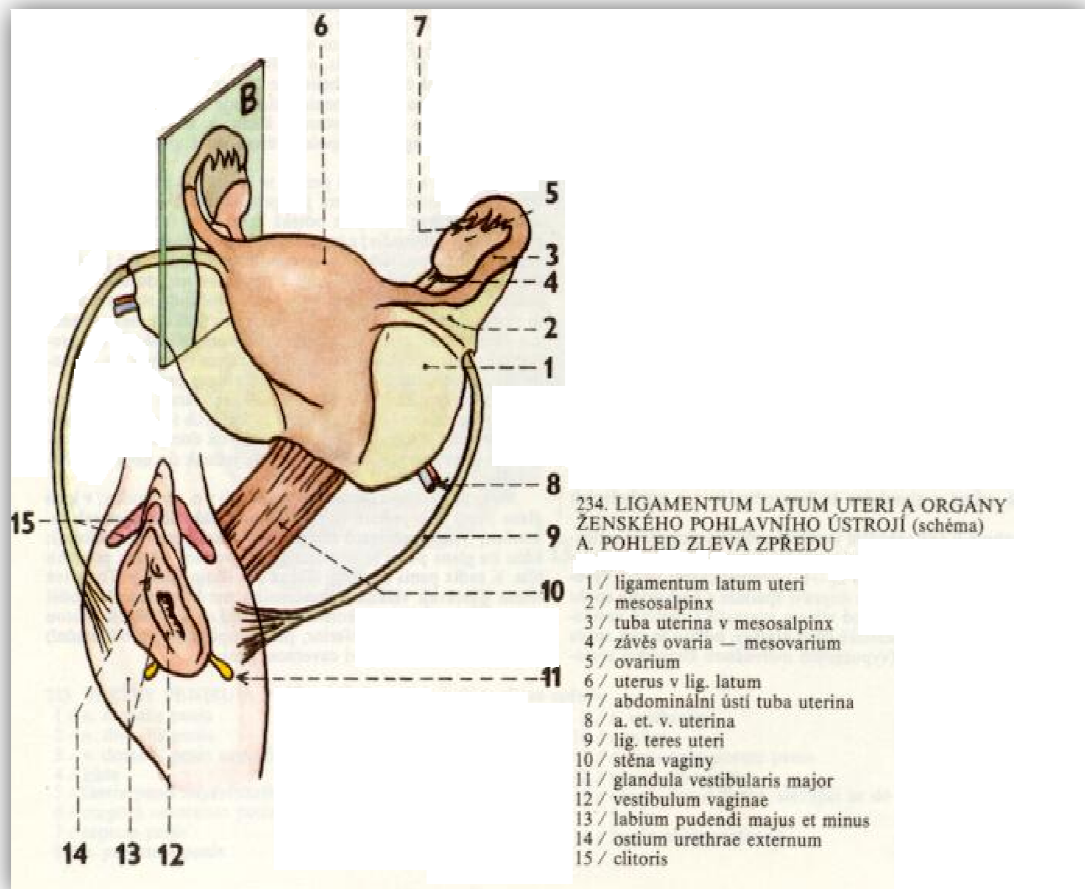
**Příloha číslo 1 – Ženské zevní a vnitřní pohlavní orgány**



Zdroj: *Porodnice.cz* (viz. zdroj číslo 23)

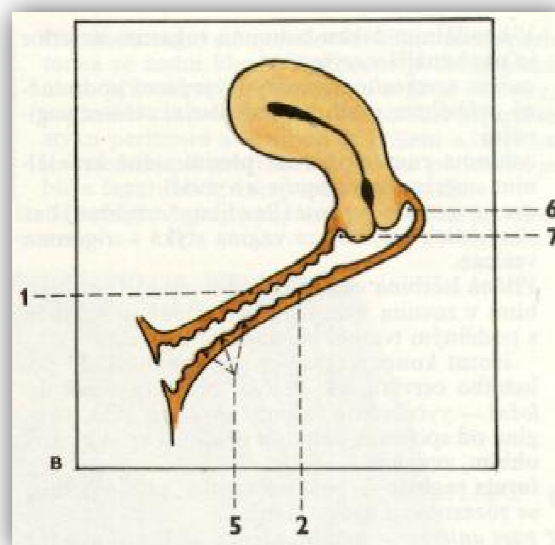
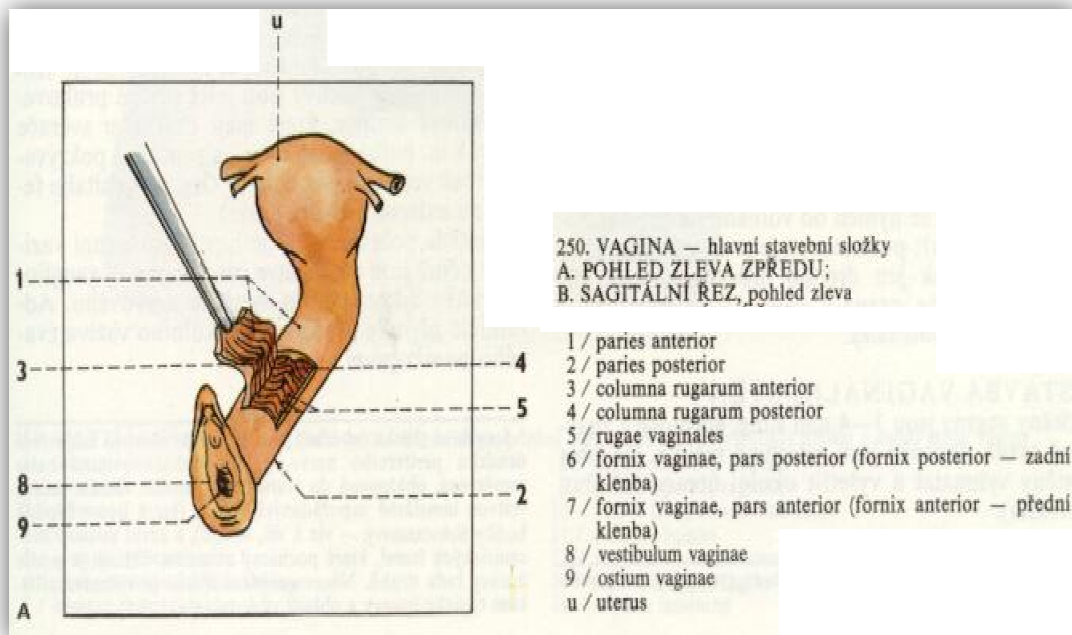


**Příloha číslo 2 – Ženské pohlavní orgány (pohled zředu)**



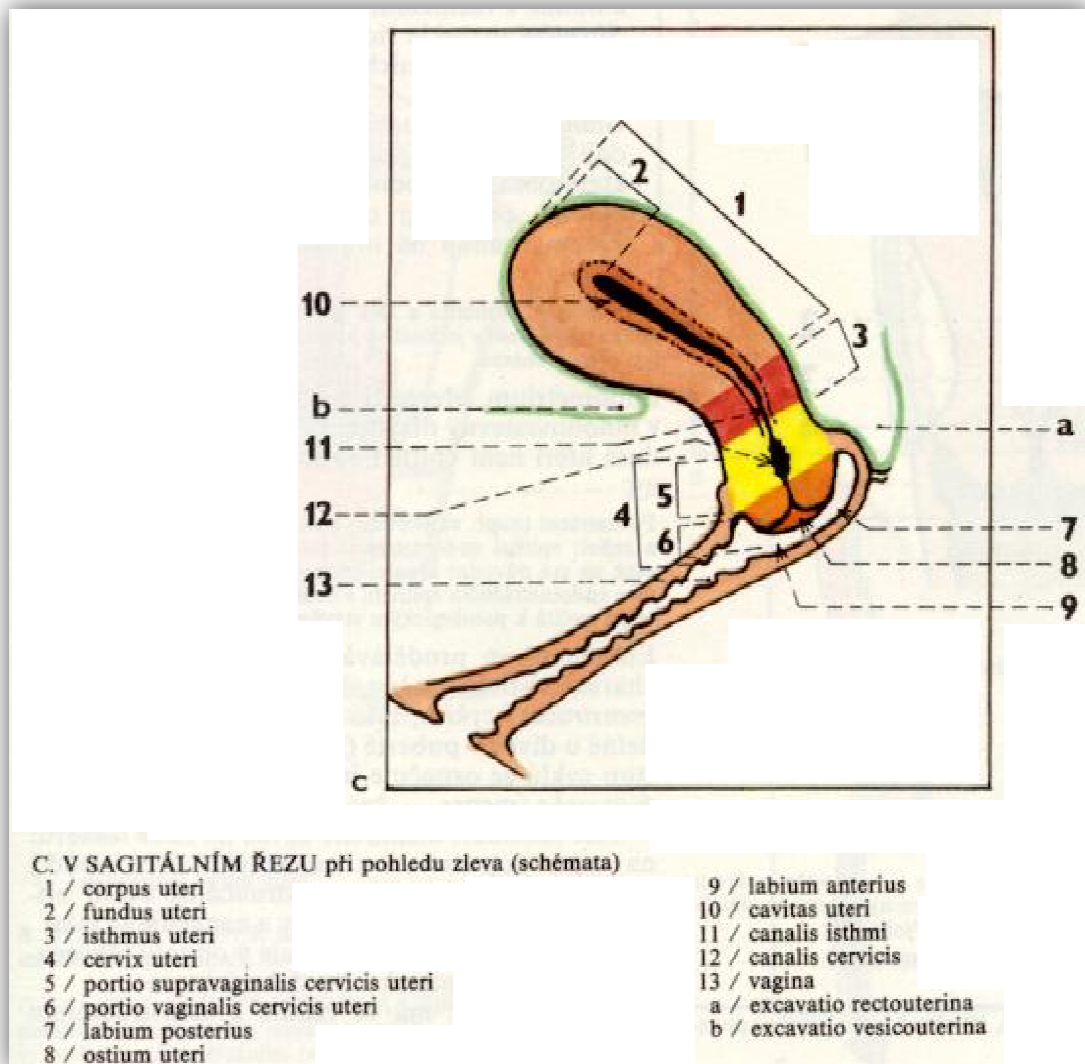
Zdroj: ČIHÁK, R. *Anatomie 2* (viz. zdroj číslo 5)

**Příloha číslo 3 – Pochva**



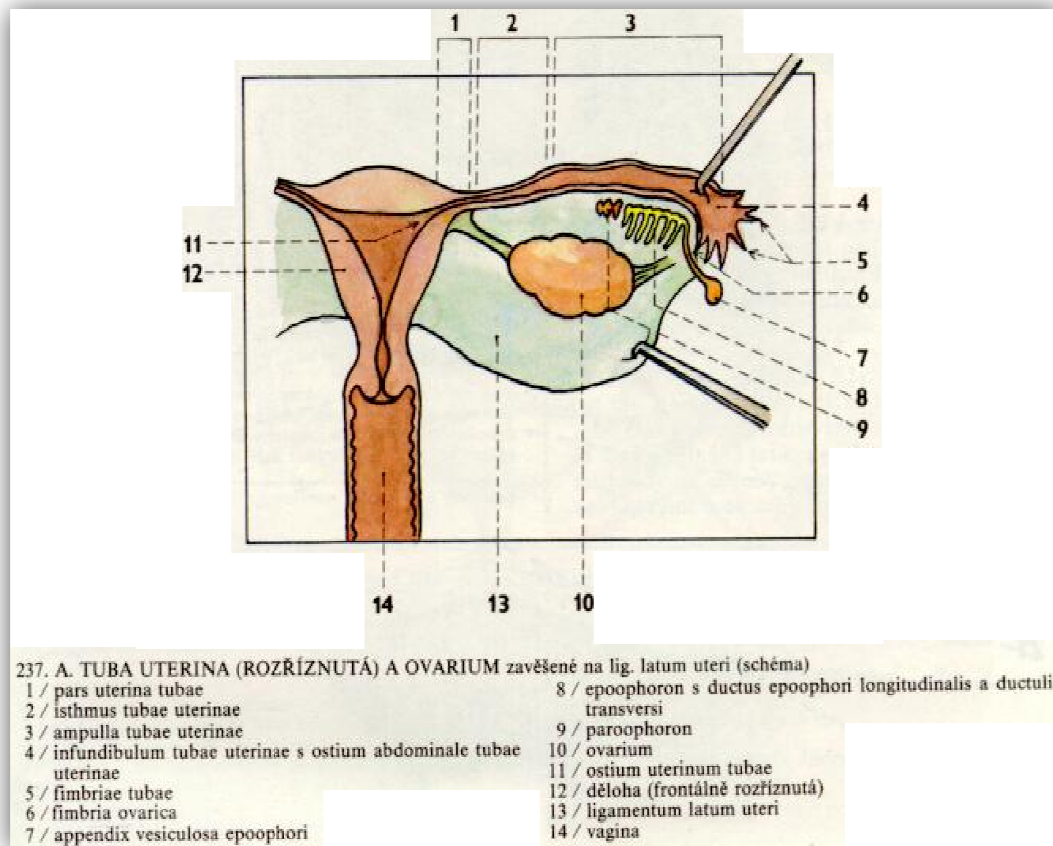
Zdroj: ČIHÁK, R. *Anatomie 2* (viz. zdroj číslo 5)

**Příloha číslo 4 – Děloha**



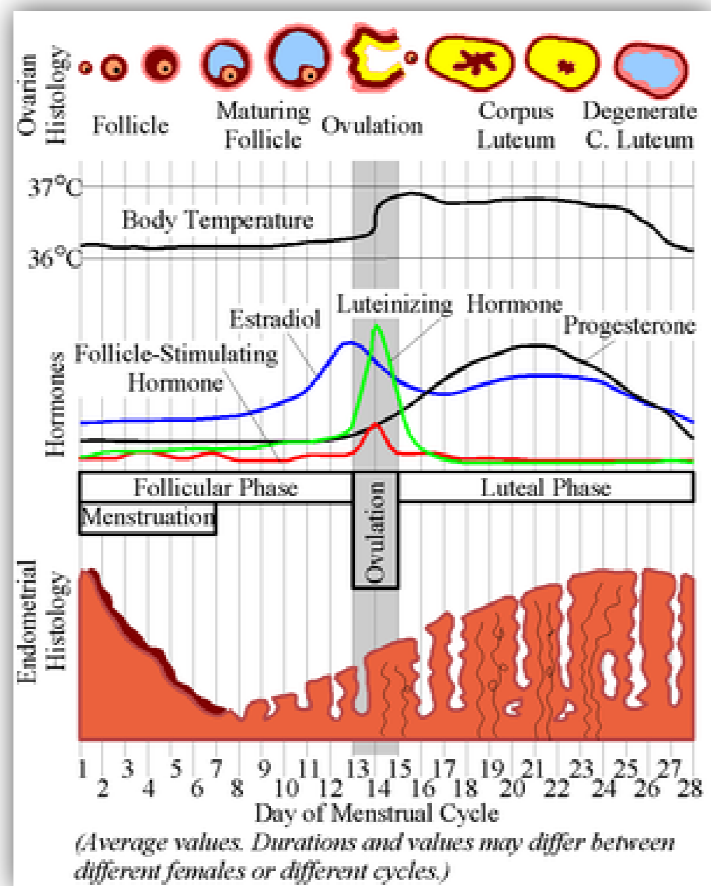
Zdroj: ČIHÁK, R. *Anatomie 2* (viz. zdroj číslo 5)

**Příloha číslo 5 – Vejcovod**



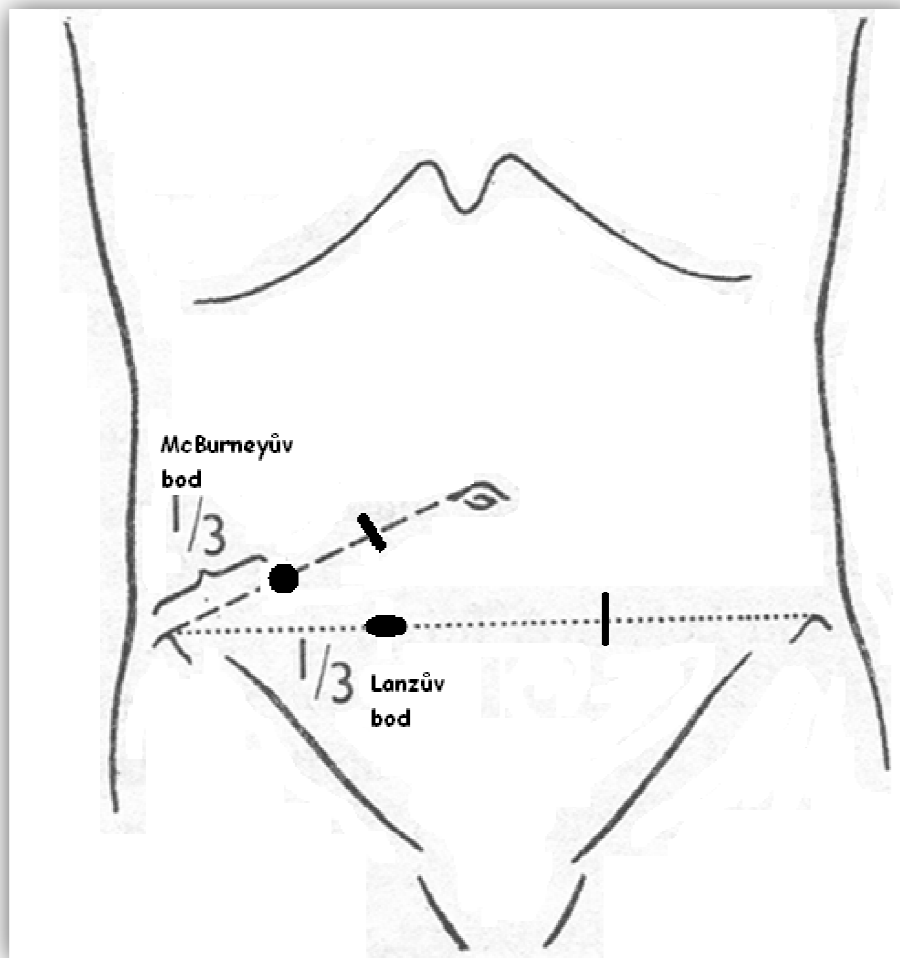
Zdroj: ČIHÁK, R. *Anatomie 2* (viz. zdroj číslo 5)

**Příloha číslo 6 – Menstruační cyklus**



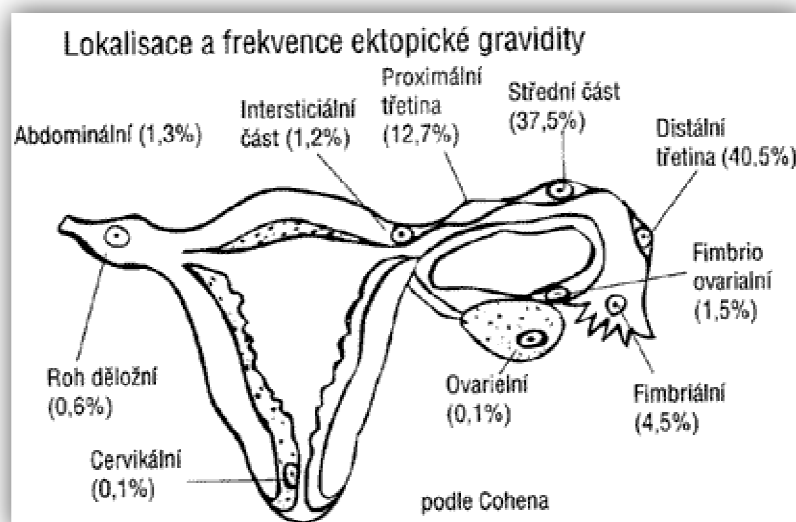
Zdroj: University of California *Sex info* (viz. zdroj číslo 27)

**Příloha číslo 7 – McBurneyův a Lanzův bod**

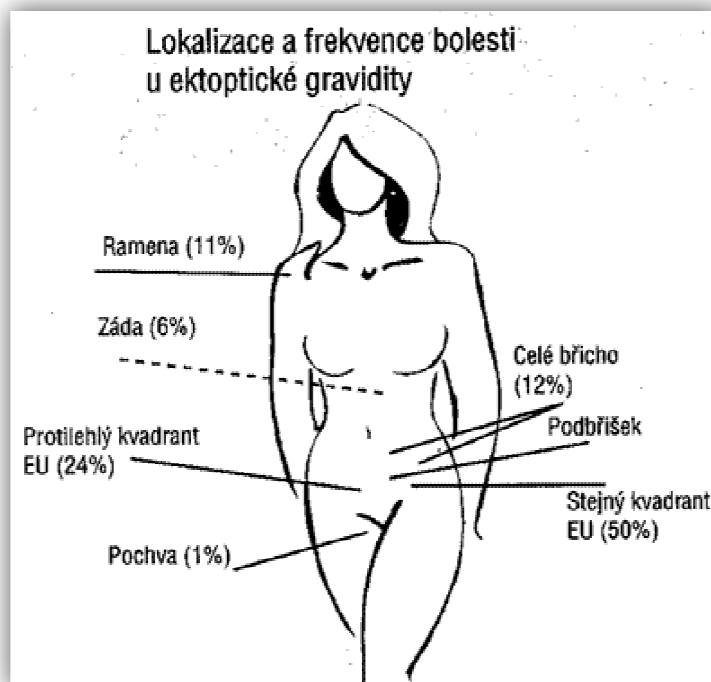


Zdroj: KUBEŠOVÁ, H. *Klinická propedeutika – Vyšetření břicha* (viz. zdroj číslo 14) + vlastní úpravy obrázku

### Příloha číslo 8 – Lokalizace a frekvence ektopické gravidity

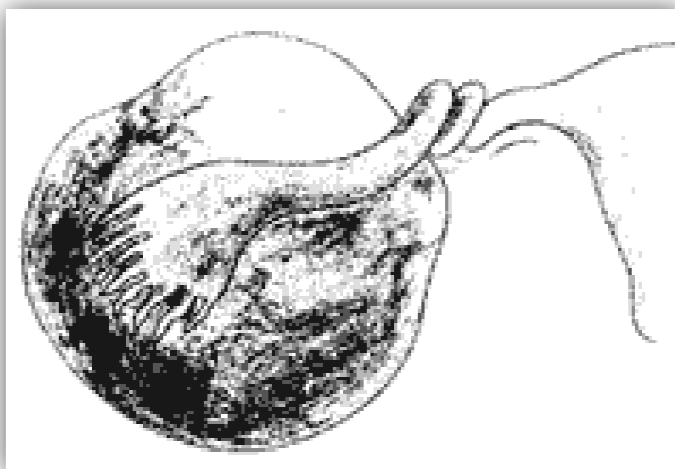


### Příloha číslo 9 – Lokalizace a frekvence bolesti u ektopické gravidity



Zdroj: HANÁKOVÁ, T. *Gynekologická ordinace MUDr. Taťány Hanákové* (viz. zdroj číslo 8)

***Příloha číslo 10 – Torze adnex***



Zdroj: HANÁKOVÁ, T. *Gynekologická ordinace MUDr. Taťány Hanákové* (viz. zdroj číslo 8)



## **Příloha číslo 11 – Dotazník**

### **Dotazník**

Dobrý den,

jmenuji se Oldřich Šíma a jsem studentem Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, kde studuji obor Zdravotnický záchranář. Dovolil bych si Vás, zdravotnické záchranáře, požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma „*Úkoly zdravotnického záchranáře při gynekologických stavech v přednemocniční etapě.*“ Dotazník je samozřejmě zcela anonymní a výsledky v něm obsažené budou využity výhradně pro zpracování mé bakalářské práce. Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte, avšak u několika otázek je více možných odpovědí.

Předem Vám velmi děkuji za čas strávený při vyplňování dotazníku.

1. Jste muž/žena?

- a) muž
- b) žena

2. Jak dlouho pracujete u zdravotnické záchranné služby?

- a) 0-5
- b) 6-10
- c) 11-15
- d) 16-20
- e) 21 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné zdravotnické (VOŠ)
- c) specializační (ARIP,...)
- d) vysokoškolské
- e) jiné (uved'te jaké).....

4. Kolika výjezdů s gynekologickou diagnózou jste se během výkonu Vašeho povolání účastnil/a?

- a) žádného (přeskočte k otázce číslo 6)
- b) 1-10
- c) 11-30
- d) 31 a více

5. Který z gynekologických stavů jste při výkonu Vašeho povolání ošetřoval/a? (lze označit více odpovědí)

- a) výtok z rodidel
- b) krvácení z rodidel
- c) podezření na mimoděložní těhotenství
- d) podezření na torzy adnex
- e) gynekologický nádor
- f) znásilnění
- g) jiný (uved'te jaký).....

6. Torze adnex vyvolá u dospělé ženy:

- a) prudkou peritoneální bolest s défense musculaire a se zástavou střevní pasáže
- b) úporné svědění zevních rodidel, pálení při a po močení a potíže při pohlavním styku
- c) bolest v podbřišku, teplotu, výtok, bolest hlavy a bolest při pohlavním styku

7. Měl/a jste někdy během výkonu Vašeho povolání podezření, že pacientka trpí mimoděložním těhotenstvím?

- a) ano
- b) ne

8. Popište Váš postup při diagnostice a terapii při podezření na mimoděložní těhotenství. (pište prosím hůlkovým písmem)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Ošetřoval/a jste někdy během výkonu Vašeho povolání pacientku, která trpěla vulvovaginálním krvácením?

- a) ano
- b) ne

10. Popište Váš postup při diagnostice a terapii vulvovaginálního krvácení. (pište prosím hůlkovým písmem)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Při suspektním gynekologickém zánětu ženu:

- a) nevyšetřujeme – nemá to význam, pouze transportujeme na gynekologické oddělení
- b) odebíráme pouze anamnézu
- c) odebíráme anamnézu a vyšetřujeme zevní pohlavní orgány

12. Mezi zevní pohlavní orgány řadíme? (lze označit více správných odpovědí)

- a) velké a malé stydké pysky
- b) stydký pahorek
- c) vaječníky
- d) pochvu
- e) poštváček

13. Co je to metrorhagie?

- a) nepravidelné krvácení z dělohy v době mimo menstruaci
- b) syndrom, pro nějž je charakteristická bolest v podbřišku a celkové příznaky, jako jsou křeče vystřelující do dolních končetin, průjem, bolesti hlavy, nauzea, zvracení a kolapsové stavy
- c) předčasná první menstruace, před 10. rokem života

14. Původcem kapavky je?

- a) Neisseria gonorrhoeae
- b) Treponema pallidum
- c) HPV virus

15. Jakou terapii zvolíte v akutní fázi bartholinitidy?
- podání analgetika, ev. nesteroidního antiflogistika, transport na gynekologické oddělení
  - podání farmak je kontraindikováno, tudíž pouze transport na gynekologické oddělení
  - pacientce v první řadě podáte adrenalin, dále opiáty a zajistíte následný transport na gynekologické oddělení
16. Při akutním stavu pacientky s gynekologickou diagnózou v přednemocniční etapě pro Vás bude mít z anamnestických údajů největší význam:
- alergie na včely a jód, bolesti kloubů, špatný spánek
  - bolest v podbříšku a v kříži, výtok, krvácení z rodidel, menses, typ antikoncepce, pohlavní styk a úrazový mechanismus
  - jméno otce a matky, počet a druhy gynekologických operací, typ antikoncepce
17. Pracoval/a jste někdy na gynekologicko-porodnickém oddělení?
- ano
  - ne
  - absolvoval/a jsem zde pouze povinnou praxi v souvislosti se studiem
18. Myslíte si, že máte dostatečné praktické zkušenosti s gynekologickými stavy v přednemocniční etapě?
- ano
  - ne
19. Zneužití je:
- vynucení si pohlavního styku či jiné sexuální aktivity s osobou starší 15 let
  - vykonání soulože nebo pokus o ní s osobou mladší 15 let, dále i zneužití jinými způsoby, jako je ohmatávání či olizování zevních rodidel či ohmatávání a sání prsů
  - vynucení si pohlavního styku či jiné sexuální aktivity s osobou mladší 18 let
20. Nejvýznamnější vliv na vznik nádoru děložního čípku nese:
- Neisseria gonorrhoeae
  - infekce HPV virem
  - Treponema pallidum

21. Může mít menstruační krvácení vliv na hladinu hemoglobinu a železa v krvi?

- a) ano
- b) ne

22. pH pochvy je slabě kyselé z důvodu:

- a) lepší lubrikace při pohlavním styku
- b) přirozené obranyschopnosti genitálního ústrojí ženy před rozvojem a šířením zánětlivého onemocnění
- c) vazokonstrikce tepének, čímž je způsobena krátká ischemizace sliznice, která se tímto způsobem odlučuje a následně regeneruje
- d) pH pochvy není slabě kyselé