

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Jana Doleželová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE

Jana Doleželová

Synechie a fimóza v batolecím období

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Olomouc 2012

BAKÁLAŘSKÁ PRÁCE

Název práce:

Synechie a fimóza v batolecím období

Název práce v AJ:

Synechie and phimosis in a toddler period

Datum zadání: 2012-01-19

Datum odevzdání: 2012-05-04

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Jana Doleželová

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Tématem přehledové práce jsou synechie zevních rodidel u děvčat a výskyt fimóz u chlapců v batolecím období. Pomocí řešerší a odborných publikací bylo vyhledáno co nejvíc dostupných informací o těchto problémech. Cílem bylo sjednotit a ujasnit informace o příčinách vzniku, projevech a způsobu léčby synechie u děvčat a totéž v případě fimóz u chlapců. Dalším důležitým cílem, bylo dohledání a předložení

potřebných informací o prevenci, která v tomto případě znamená dostatečná a správně prováděná hygiena ze strany osob pečujících o dítě.

Abstract in English :

The theme of the survey work is synechia of external genitalia of girls and the incidence of phimosis of boys in the toddler period. Using researches, professional publications were searched for as much information available on these issues. The aim was to unify and clarify informations about the causes of, symptoms and method of treatment synechia for girls and the same in the case of phimosis for boys. Another important aim was the search for and provide necessary informations about prevention, which in this case is sufficient and proper hygiene by those caring for a child.

Klíčová slova v ČJ:

synechie, prevence, hygiena, léčba synechii, fimóza, prevence, léčba fimóz, trendy v léčbě 1996-2012

Klíčová slova v AJ:

synechia, prevention, hygiene, treatment of synechia, phimosis, prevention, treatment of phimosis, trends in the treatment in the years 1996-2012

Rozsah: 37 stran a 6 příloh

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

Olomouc 4. května 2012

Jana Doleželová

Děkuji Mgr. Věře Vránové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a poskytnuté informace.

Obsah

Úvod	7
1 Synechia vulvae infantum	10
1.1 Příčiny vzniku a příznaky.....	11
1.2 Diagnostika a léčba.....	12
2 Onemocnění předkožky	16
2.1 Konglutinace.....	17
2.2 Fimóza.....	19
3 Prevence synechií a fimóz	25
4 Hygienické péče a její význam v prevenci	27
4.1 Hygiena děvčat.....	27
4.2 Hygiena chlapců.....	29
Diskuze	30
Závěr	32
Seznam použité literatury	34
Přílohy	37

Úvod

Synechie a fimózy představují závažný problém v oblasti zevních pohlavních orgánů u obou pohlaví, a to konkrétně v batolecím období, ale i mladším předškolním věku.

Synechie jedná se o slepení či konglutinace protilehlých sliznic poševního vchodu dětského genitálu.(Hořejší, J, 2003, s. 43). Fimóza je stav kdy předkožku nelze volně přetáhnout přes glans penis a zpět.(Hora, M, 2004, s. 93)

Jsou to problémy, které jsou docela časté. Jsou odhalovány v ambulancích pediatrií při preventivních prohlídkách. Jejich výskyt nemá bohužel sestupný charakter, což dokazují četné výzkumy a studie.

Tvrzení, že správné hygienické návyky jsou skutečně nosné pilíře prevence, na kterých můžeme vystavět pevné základy pro zdravé a netraumatizované dítě, v tomto případě není pouhé klišé.

V neposlední řadě je potřeba připomenout psychologický aspekt tohoto problému. Jedná se o citlivé téma, o kterém i v 21. století má mnoho rodičů problém hovořit. Ohleduplný a citlivý přístup, který matce pomáhá o těchto problémech otevřeně hovořit, je naší profesionální i lidskou povinností.

Profese porodní asistentky, sebou nese obrovské poslání v řešení s tímto problémem s dětmi v batolecím období. Porodní asistentky mají v tomto případě nezastupitelnou roli rádkyň, pomocnic a hlavně edukatorek v informovanosti o správných hygienických návycích a technikách v péči o děti, které předávají maminkám.

Cílem této práce bylo obsáhnout příčiny vzniku těchto poruch, optimální postupy léčby, ale také zdůraznit nezastupitelný význam jejich prevence. Naším cílem byla snaha tyto informace shrnout a ucelit, aby byly dostatečně, přehledné, a srozumitelné.

Základní otázkou práce je: „ *Jaké informace lze získat o této problematice z dostupných zdrojů, způsob léčby a především prevence synechií a fimóz.* “

Pro přehledovou bakalářskou práci byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1.

Zjistit příčinu vzniku a léčbu synechií.

Cíl 2.

Zjistit příčinu vzniku a léčbu fimózy.

Cíl 3.

Přiblížit význam správné hygienické péče v prevenci synechií a fimóz.

Jako vstupní literaturu k vysvětlení daného problému jsem použila:

Gregora, M. 2007. Péče o dítě od kojeneckého do školního věku. 2. Vyd. Praha: Grada. 2007. 139. s. ISBN 978-80-247-2030-2.

Hora, M. 2004. Urologie pro studenty všeobecného lékařství. 1 vyd. Praha: Karolinum, 2004. 115 s. ISBN 80-246-0857-X.

Hořejší, J. 2003. Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek, informace pro rodiče. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 132 s. ISBN 80-247-0553-2.

Pomocí rešerží se vyhledávání rozšířilo na přehledové články, plnotexty a sborníky k danému tématu. Při vyhledávání dostupných přehledových článků bylo spolupracováno s Národní lékařskou knihovnou v Praze, která dané články poskytla i v tištěné formě a na spolupráci se podílela také Univerzitní knihovna v Hradci Králové a Vědecká knihovna v Olomouci. Celkem bylo nalezeno 36 článků v českém jazyce, a to jak k synechiím, tak fimózám. V angličtině pak 26 článků k oběma tématům.

V práci bylo využito 14 přehledových článků a 3 zahraniční. Tyto získané informace byly využity ke zpracování cíle jedna a dvě. U cíle tři byly použity i informace z některých diskuzních internetových portálů pro rodiče.

K rešeršní strategii byly použity databáze BMČ (Bibliographia medica Čechoslovaca), PubMed, Medline, vyhledávače Google – rozšířené vyhledávání a Scholar Google

Klíčovými slovy byla:

synechie, prevence, hygiena, léčba synechií, fimóza, prevence, léčba fimóz, trendy v léčbě v období let 1996 -2012

1 Synechia vulvae infantum

Synechia vulvae infantum , jedná se o slepení, t.j. konglutinaci protilehlých sliznic poševního vchodu u děvčátek. Je nutno podotknout, že toto slepení vzniká výhradně v klidovém období, obvykle kolem 5 let věku. V tomto klidovém období jsou rodidla, bez jakéhokoli vlivu estrogenů a povrchový epitel je tvořen pouze několika vrstvami parabazálních buněk. (Vetešníková-Koubová, R, 2001, s. 429-430) Hořejší zmiňuje, synechie vulvae je stav, při kterém srostou rodidla děvčátek, přičemž se jedná o normálně vyvinutá rodidla bez známek vrozených vývojových vad. Tento stav je často označován za srůst malých stydkých pysků a to i v anglické literatuře, i když tento pojem je chybný. (Hořejší, J, [2003], s. 14-15)

Topografické rozdělení synechií dle Vetešníkové – Koubové:

Synechia vulvae dorsalis- srůst zadní

Jedná se o srůst protilehlých laterárních okrajů sliznice. Dochází k postupnému uzavírání poševního vchodu od zadní komisury dopředu. Tyto srůsty mohou být v rozsahu několika mm až dokonce uzavírat celý poševní vchod. V případě, kdy dorsální synechie kryjí i zevní ústí močové trubice a uzavírají, skoro celou vulvu hovoříme o synechia vulvae subtotalis. Tady je potřeba věnovat pozornost, tomu aby nedošlo k záměně s vrozenou vývojovou vadou genitálu. Při důkladném vyšetření, u subtotální formy nalézáme malý otvůrek těsně pod klitoris, ze kterého dívka močí. Toto je nejčastější forma synechií, a tvoří až 90% všech synechií.

Synechia vulvae media- srůst střední

Tvoří se můstek mezi oběma stranami genitálu, šířka můstku je variabilní a nedochází k překrytí vyústění poševního vchodu ani uretry. Jedná se o nejvzácnější variantu synechií.

Synechia vulvae ventralis- srůst přední

Je to typ synechii, kdy dochází ke slepení nebo pozdějšímu srůstu malých stydkých pysků. Tato forma je poměrně vzácná. (Vetešníková-Koubová, 2001, s. 429-430)

1.1 Příčiny vzniku

Vetešníková-Koubová se zmiňuje, že vlivem nedostatečné hygieny, jsou protilehlé okraje sliznic trvale přiloženy k sobě a dochází k jejich slepení konglutinací. Pokud toto není včas rozrušeno, dochází k vymizení jemného povrchového epitelu styčných ploch, srůst je po té kryt vícevrstevnatým epitelem, nejprve velmi tenkým a průsvitným, postupně se ztlušťujícím až kožovitým.

Nebezpečí spočívá ve velmi rychlém vzniku, kdy postačí mnohdy i 10-14 dnů snížené hygieny, kdy je dívka mimo matčinu péči (prázdniny, škola v přírodě či letní tábor). (Vetešníková-Koubová, R, 2001, s 429-430.)

Hořejší říká, že pro vznik konglutinace není potřeba ani přítomnost výtoků, nýbrž stačí jen přirozené smegma na rodidlech a hlavně především nedostatečná hygiena. (Hořejší, J, Levret, [2003], s. 14-15.)

Příznaky synechii

Skřenková podotýká, že základnost spočívá v tom, že ve většině případů nepůsobí synechie vulvy žádné obtíže. Občas si dívky stěžují na pálení a svědění vulvy. Synechie mohou však imitovat enurézu (trvale mokré prádlo), může být příčinou uretrovaginálního influxu a v extrémních případech i důvodem obstrukce moče.

K objevení dochází ve většině případů, zcela náhodně při preventivních prohlídkách u pediatrů, nebo dívky přichází z jiným obtížemi, a jedná se o náhodný nález.

(Skřenková, J, 2006, s. 142-144)

Hořejší doplňuje, že někdy nápadným příznakem může být jiný směr moči, což se většinou manifestuje při srůstu zadním to jsou synechie dorsalis, kdy děvčátko močí dopředu a „přečůrává“ nočník.

V případě téměř úplného srůstu děvčátko močí s úsilím, při močení „tlačí“. Z hlediska synechií rozlišujeme dvě fáze:

První fáze je stav, který začíná pouhým slepením, konglutinací, kdy se na vzniku podílí smegma na rodidlech a hlavně nedostatečná hygiena. Pokud tento stav není řešen rozrušením, pak brzy vznikne skutečný srůst, tedy synechie vulvae a to je druhá fáze patologického procesu. (Hořejší, J, [2003], s. 14-15.)

1.2 Diagnostika a léčba

Hořejší uvádí, že diagnostikovat synechie je poměrně snadné, stačí nám k tomu pouhý pohled oka, kdy jsou nápadné srůsty zevních rodidel. Přesto může někdy dojít k zaměnění s vrozenými vadami rodidel, i když vnímavé mamince by nemělo uniknout, že vzhled rodidel její holčičky byl po porodu zcela normální. (Hořejší, J,[2003], s. 14-15)

Léčba

Vetešnicková-Koubová popisuje, jestliže se jedná o synechie malého rozsahu na podkladě pouhé konglutinace, rozrušují se tupě, oddálením anatomických struktur. To provedeme na plocho, přiloženými palci rukou, blízko synechie a oddálíme je, čímž se synechie napne a rozlepi. Také synechii většího rozsahu, která je ale stále ještě blanitá, přičemž vidíme prosvítající hranici jednotlivých struktur, lze rozrušit tupě. Použijeme anatomickou pinzetu či sondu, kterou zavedeme pod synechii a tahem ji rozrušíme.

Pokud však došlo k tomu, že synechie je už kožovitá a hranice struktur není jasně viditelná, je nutno synechie rozrušit ostře, a to v krátké celkové anestezii a za hospitalizace dívenky. V tomto případě používáme termokauter či laser. Podstatou je přepálení pevného srůstu. Následně se aplikují epitelizační masti do úplné epitelizace defektu.

Jako zásadní a nepostradatelnou součástí terapie se jeví dostatečné poučení matky o správně prováděné hygieně zevních rodidel u děvčátek. (Vetešnicková-Koubová, R, 2001, s. 429-430)

Skřenková popisuje, že ambulantně lze rozrušit pouze malé konglutinace, které nebolí, pouze „štípnou“, kdy gynekolog použije přiměřený tah za labia.

Pevné a kožovité srůsty rozrušujeme kauterizací v celkové anestezii a za hospitalizace. Nutno podotknout, že hojení je u děvčátek poměrně rychlé a z naší strany ještě podpořené lokální aplikací epitelizačních mastí a mírně dezinfekčními oplachy. Je nutná po tomto zákroku kontrola močení, které evokuje pálení vulvy při styku s močí.

Skřenkova se zmiňuje, také o způsobu léčby v zahraničí, a to konkrétně v Jižní Americe. Tady, někteří autoři uvádějí použití estrogenových mastí k rozrušení synechií. Estrogenové masti jsou lokálně aplikovány i několik týdnů na postižená místa. Vzhledem k možnosti vstřebávání hormonální masti do krevního oběhu dívky a obavy z následné reakce estrogen-dependentních orgánů je u nás tento způsob léčby zcela odmítán. (Skřenková, J, 2006, s. 142-144)

Totéž potvrzuje Vetešníková-Koubová, která doplňuje, že sice po několika týdenní aplikaci estrogenové masti dochází k rozlepení synechií, ale při masivním postižení, tato terapie selhává.

Stále je zde velká pravděpodobnost vstřebávání masti do organismu, což může vést k projevům předčasné puberty u děvčátka. A to je, jeden z hlavních důvodů proč tato léčba je zásadně odmítána. (Vetešníková-Koubová, R, 2001, s. 429-430)

Watanabe ve svém článku vyzvedává jako způsob léčby hlavně manuální separaci labiálních synechií, přičemž hlavní roli hraje opakovaná a důsledná hygienická péče po zákroku. Jak se zmiňuje dostatečné a správně prováděné oddalování protilehlých stran labií po zákroku je vůbec nejlepší péčí po rozrušení, ale také důslednou prevencí zabraňující opětovnému srůstu. Rodiče jsou instruováni o každodenním správném mytí genitálu čistou vodou a jako léčebné opatření je předepisována mast s antibiotiky. Watanabe dále uvádí, že samotná mast významně zabraňuje opětovným srůstům, popřípadě ošetřuje drobné prasklinky a brání zanesení infektu do ranné plochy po zákroku.

Nebezpečí opětovného srůstu spočívá v kožovitém srůstu, což manuální separací nelze řešit. Takto vzniklá synechie je indikací k chirurgickému zákroku v celkové anestezii a za hospitalizace děvčátka.

Ve svém článku se také zmiňuje o terapii pomocí estrogenů(za zmínku stojí, že tento způsob léčby není v Japonsku hrazen pojišťovnou). Estrogenová terapie

vyžaduje mnohem delší čas léčby. Je fakt, že pokud se takto ošetřená labia uvolní, je to bez vedlejších efektů, jako je drobné krvácení z ragád a bolestivost. Na druhé straně se však jedná o léčbu hormonálním preparátem, který se může vstřebávat a způsobit tak komplikace.

Komplikacemi se myslí: růst prsou, vaginální krvácení a celkové příznaky předčasné puberty. Další nebezpečí spočívá v tom, že nosiči estrogenů v masti jsou alkoholové báze, které nezhřídka vyvolávají nepříjemné dráždění introitu u děvčátek. Watanabe dále uvádí, že po manuálním rozrušení a dostatečné edukaci rodičů nebyla žádná recidiva. (Watanabe T. et al, 2010 June, p. 667-670)

Klinická studie vzniku synechií

Skřenková s Feitem provedli klinickou studii v letech 1998-2000, ve které chtěla objasnit či vyvrátit příčiny a souvislosti při výskytu synechií. Jednalo se o soubor dívek ošetřených pro synechii vulvy. Celkem bylo 36 dívek, ve věkovém rozmezí od 7 měsíců věku do 10 let a 4 měsíců. Kontrolním souborem bylo 17 dívek náhodně vybraných v ambulancích při ošetřování jiných problémů, zde věkové rozpětí bylo 8 měsíců věku až 10 let. Informace se získávaly prostřednictvím dotazníků, které vyplnily rodiče, a odebranou anamnézou v ambulanci.

Ze studie vyplynulo, že nejčastěji postiženou věkovou skupinou je předškolní věk, a dívenky jsou odeslány nejčastěji pediatrem.

Nepodařilo se jednoznačně prokázat souvislost vzniku synechie vulvy s výskytem alergií, častým opruzením, močovými infekty ani s materiálem používaných plen. Podařilo se však prokázat souvislost některých faktorů, které významně ovlivňují nebo přímo vzniku synechií předcházejí.

Jedná se o tyto faktory:

-Přidávání programu máchání v pračce při praní dětského prádla (eliminace agresivních vlivů pracích prostředků na jemnou dětskou pokožku)

-Poučení a ukázaní správné techniky v péči o zevní rodidla narozeného děvčátka, už v porodnici ihned po narození.

-Opakované poučení o těchto nejdůležitějších zásadách s časovým odstupem znovu pediatrem, který je pro matku nejen autoritou, ale zpravidla i důvěryhodnou osobou.

Potvrdilo se, že jednoznačně nejdůležitějším a nejefektivnějším faktorem pro zabránění výskytu synechií vulvy je především dostatečné a názorné poučení rodičů dětským lékařem o hygieně zevních rodidel děvčátek. V neposlední řadě je důležité výrazné omezení spotřeby avivážních prostředků, různých máchadel a používání absolutně nevhodných kosmetických přípravků na jemnou dětskou kůži a sliznici dívek. Mluvíme o mýdlech určených pro intimní hygienu dospělých žen či o agresivních pracích prostředcích. (Skřenková, J, Fait, T, 2001, s. 281-285)

Klinická studie výskytu – Synechia vulvae infantum

Výskyt na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LK UK a FN Bulovce v období let 2001-2005.

Jedná se o klinickou studii prováděnou Jarešovou et al. v letech 2001-2005. V těchto letech bylo na klinice ošetřeno 108 synechií u 83 dětských klientek. Z tohoto celkového počtu se v 16 případech jednalo o recidivu.

Největší věkovou skupinou, ve které se synechie objevily, byla ve věku 0-36 měsíců to představuje 54%. Další věkovou skupinou je skupina 3-6 letých, kde bylo ošetřeno 41 klientek, což představuje 38% z celkového počtu. Zbytek připadá na věkovou skupinu 6-14 let. Je nutné podotknout, že z celkového počtu bylo 69 synechií asymptomatických a 39 symptomatických. Nejčastěji se jednalo o synechie zadní 79 %, ve 14% se jednalo o synechie subtotální dorzální a zbytek tvořila synechie přední a střední.

Léčba byla v 87% bez použití celkové anestezie a zbylé za použití analgosedace a to za použití Dornika, a v jednom případě byla použito lokální anestetikum.

Ve většině případů bylo anestezie použito pro nespoupráci klientek a obavy matek s bolestivostí výkonu pouze jednou pro rozrušení kožovité synechie.

Z celkového výskytu bohužel plyne neradostná bilance, a to v narůstu celkového počtu synechií. To, že největší věkovou skupinou jsou děvčátka ve věku do 3 let, signalizuje stále nízkou informovanost rodičů o správné hygieně zevních rodidel.

Co se týče způsobu anestezie tak autoři s této studie nehodnotí kladně Dornikum a to ve smyslu analgosedace, ale velice pozitivně se staví k použití lokální anestetické masti Elma. (Jarešová, D et al, 2007, s. 131-135)

2. Onemocnění předkožky

Knotková s Havránkem se domnívají, že onemocnění předkožky u chlapečků je velice frekventovaná otázka, jak v ambulancích dětského pediatra, tak i urologa. Správné rozeznání stavu předkožky, to jest fyziologického stavu předkožky a onemocnění či vrozené vady, je klíčovým momentem pro správný postup léčby.

Naopak právě špatný postup léčby, či špatné načasování vede k celoživotnímu poškození a k traumatizaci jak dítěte, tak rodičů. (Knotková, D, Havránek, K, 2007, s. 794-797)

Sedláček et al taktéž uvádějí, že nejdůležitějším klíčovým okamžikem v péči o předkožku chlapečků je správně definovaný patologický stav předkožky tj. fimózy.

Pod pojmem fimóza bývá mnohdy shrnuta řada jiných přidružených stavů. Abychom, mohli tento stav správně určit je důležité vědět a seznámit se s přirozeným vývojem předkožky.

Za fyziologických podmínek se předkožka během embryonálního vývoje odděluje od glandu povrchovou lamelou, která prorůstá z povrchu žaludu na jeho obvod. Rozštěpením této lamely na dvě vrstvy je dokončen vývoj prepucia. Tento proces bývá dokončen během prvního roku života.

Je zcela normální, že při narození předkožka pokrývá celý žalud penisu a je pevně spojena s povrchem žaludu, a až v 96 % jí nelze přetáhnout za koronu glandu.

Postupným odlučováním povrchových vrstev epitelu glandu a vnitřního listu předkožky, tvořících smegma, vede spolu s nočními erekcemi k odlučování a uvolňování adhezí mezi žaludem a předkožkou, a tím ke spontánnímu uvolnění

konglutinace, a to až v 90%. Tento proces probíhá první 2-3 roky života. (Sedláček, J, Kočvara, R, 2007, s. 34-36)

Šmakal podotýká, že fimóza a konglutinace jsou zcela normální stav po narození. Předkožka nejde přetáhnout a většinou lze jen přes malý otvor v předkožkovém vaku sledovat zevní vyústění uretry na vrcholu glandu. Je to z toho důvodu, že předkožka chrání vyústění močové trubice a žalud, před mechanickou traumatizací a před dráždivým účinkem moči. (Šmakal, O, 2003, s. 6-7)

A jak uvádí Zeman et al méně v tomto případě znamená více, je potřeba nechat klid pro fyziologický vývoj předkožky.(Zeman et al, 2001,s. 511-512)

2.1 Konglutinace

Knotková uvádí, že konglutinace je stav, při kterém přetrvává slepení mezi vnitřním listem předkožky a glandem, a to i při dostatečně široké předkožce. Jde o stav fyziologický a přetažení předkožky brání jen konglutinace (slepení). S touto konglutinací se chlapečci rodí, důvodem je nekompletní separace epiteliálních vrstev, a také konický tvar předkožky, která je na špičce zúžená. (Knotková, D, Havránek, K, 2007, s. 794-797)

Jak dále Sedláček uvádí, spontánním odlučováním epiteliálních vrstev a nočními erekcemi dochází ke spontánnímu rozrušení konglutinací. (Sedláček, J, Kočvara, R, 2007, s. 34-36)

Knotková dále doplňuje, že v tomto spontánním uvolňování hrají klíčovou roli epiteliální keratinové perly. Jsou to bělavé perličky, které prosvítají přes kůži předkožky. Matkami bývají mnohdy mylně zaměňovány za hnis. V podstatě jsou to deskvamované epiteliie v prostoru uzavřeném okolní konglutinací. Právě nárůstem těchto keratinových perel při okraji konglutinace povolí okolní slepení a dojde ke zmenšení vlastní konglutinace.

Jakýkoliv zásah do tohoto fyziologického procesu, ať už urychlováním, či pokusem o uvolnění předkožky – dissoluce v kojeneckém věku, vede k fyzickému a posléze i psychickému strádání chlapečka.

Doporučuje se ve druhé půlce batolecího věku zkontrolovat, zda je přetažení možné a rozlišit, nejedná-li se o vrozenou fimózu, případně uvolnit zbývající slepení v oblasti okraje žaludu.(Knotková, D, Havránek, K, 2007, s .794-797)

Totéž doporučuje Krolupper, kdy u skupiny chlapců s konglutinací považuje za nevhodné, jakékoliv pokusy o uvolňování, a to do dvou let. (Krolupper, M, 1996, s. 56-58)

Léčba konglutinace

Jak uvádí Knotková a Havránek, léčba a jakákoliv intervence do fyziologického vývoje předkožky je zbytečná. Jakmile ve druhé polovině batolecího věku vyloučíme vrozenou fimózu, uvolníme zbývající slepení v oblasti okraje žaludu přiměřeným tahem nebo sondou. Tento výkon by měl být prováděn výhradně v ambulanci dětského chirurga, či urologa. Ideálně v krátké inhalační anestezii, nebo alespoň v premedikaci a za použití znecitlivujících mastí.

Stejně důležitá je následná péče o takto přetaženou předkožku a je nutností, ba přímo povinností, pečlivě instruovat rodiče chlapce, jak penis ošetřovat. Jedná se o přikládání chladivých obkladů, lokální antibiotické masti a především důsledná a správná hygiena předkožkového vaku, kterou předcházíme opětovně a daleko pevnější fixací vnitřního listu předkožky a glandu. Tyto těžké jizevnaté změny předkožky, doprovázené chronickým zánětem předkožkového vaku, klinicky vyústí až v jizevnatou fimózu. (Knotková, D, Havránek, K, 2007, s. 794-797)

Novák a Fiala uvádějí, že aktivní přístup ke konglutinaci v kojeneckém, či batolecím věku, je indikován v případě akutní infekční komplikace, kterou je balanitida, balanopostitida. V akutní fázi takové komplikace se volí lokální aplikace antibiotik ve formě mastí a přikládání chladivých obkladů. U těžkých průběhů, které jsou doprovázeny teplotami, nebo při sepsi, je nutná hospitalizace a chirurgické vyčištění předkožkového vaku v celkové anestezii a v antibiotické cloně. Hospitalizace je nutná i z hlediska sledování močení, mnohdy dochází k retenci moče z důvodů bolestivosti při močení. A v tomto případě je na místě zavedení permanentního katetru. Definitivní rozrušení se provádí až po odeznění akutní fáze. (Novák, I, Fiala, R, 2009, s. 190-193)

2.2 Fimóza

Sedláček a Kočvara upozorňují na správnou definici výrazu fimóza, což je velice důležité. V klinické praxi se pod pojem fimóza shrnuje řada stavů: konglutinace předkožky, hypertrofická, ztlustělá, relativně úzká předkožka, kterou je možno přetáhnout s určitým odporem, jizevnatá fimóza, krátké frenulum atd.

Fimóza je definována jako stav, při němž nepoměr mezi velikostí obvodu glandu penisu a obvodu předkožky nedovoluje úplné přetažení prepucia přes žalud.

Jak je, ale znát z výše uvedených faktů, ne vždy se jedná o stav patologický. Zásadní je hodnotit stav v závislosti na věku chlapce a na základě klinického obrazu.

To znamená, že v prvních 2-3 letech života chlapce je fimóza a konglutinace stav normální, označován též jako „ primární fimóza“. Pokud úzké prepucium není překážkou při močení, nevyskytují-li se močové infekce či opakované balanitidy, není v zásadě nutno narušovat přirozený vývoj předkožky a snažit se jakoukoliv léčbou dosáhnout její úplné přetažení. (Sedláček, J, Kočvara, R, 2007, s. 34-36)

Jak uvádí Novák a Fiala příčiny potíží s přetahováním předkožky se různí. U dětí mohou nastávat situace, kdy nelze přetáhnout předkožku již dříve volně přetaženou, a to v důsledku proběhlého zánětu, nebo drobných prasklin při násilném přetahování. V tomto případě mluvíme o sklerotické fimóze.

Patologickým stavem rozumíme získanou fimózu na podkladě jizevnatých kontraktur, ale častěji je to zánětlivá komplikace balanitid, balanopostitid či uretritid. Klinicky se těsná fimóza projevuje obtížnou mikcí. Močení je doprovázeno balonovým vydouváním předkožky, dále se může manifestovat opakovanými močovými infekty, a u adolescentů zaznamenáváme bolestivou erekci s nafukováním předkožky, a v neposlední řadě též recidivující záněty předkožkového vaku. V těchto případech je indikace k dřívějšímu zahájení léčby oprávněná. (Novák, I, Fiala, R, 2009, s. 190-193)

Fimóza může být chápána jako banální a jednoduchý problém. Ale jak uvádí Krolupper, vzhledem k tomu, že je mnohdy špatně diagnostikována a ne vždy správně ošetřena, vyplývá z toho, že je to problém pro postiženého chlapce zásadní a nezanedbatelný. (Krolupper, M, 1996, s. 56-58)

McGregor uvádí, že patologická fimóza je zcela ojedinělá a ve většině případu jde o fyziologický jev v batolecím období a mladším předškolním věku. Bohužel

se často setkáváme z netrpělivostí rodičů, kteří si vyžadují ujištění o normalnosti stavu potvrzené urologem. Vyžadují konzilia a popřípadě i zvláštní léčbu. Přitom by si vystačili s čistou vodou a každodenním nenásilným přetahováním, které nám daný fyziologický stav umožní. Také potvrzuje nutnost nechat konat přírodu, co se týče zcela přirozeného vývoje odlučování jednotlivých vrstev předkožky. Zdůrazňuje význam správné techniky hygieny a v neposlední řadě také obrovský význam keratinových perel, po kterých se předkožka sama odloupne, což zmiňuje také Knotková. Jako pravou fimózu označuje nemožnost přetáhnout předkožku přes glans, kdy příčinou je ve většině případů sekundární distální zjizvení způsobené násilným stahováním prepucia. Toto zjizvení popisuje jako bílý vláknitý prstenec kolem předkožky oproti fyziologické fimóze, která je vláčná až elastická.

Skupina chlapců, kteří jsou disponováni k patologické fimóze, jsou chlapci s proběhlou epizodou balanitis v anamnéze. Balanitis postihuje chlapce s nízkou úrovní hygienické péče a také u chlapců, kteří nosí dlouho plenky.

Ve své studii vyzvedává význam správné hygienické péče o předkožku, která pomáhá předcházet patologiím. Je nutné chlapce instruovat o správném přetažení a nechat to dítě dělat samo, protože ono samo řekne, kdy mu přetažení už činí bolest a nepříjemné pocity.

Co se týče léčby autor se ztotožňuje s větší částí odborné veřejnosti. Nechat předkožce čas a po té léčbu zahájit lokální aplikací kortikoidů ve formě masti po dobu 6-8 týdnů a posílení edukace o správné hygieně předkožky. Jako absolutní indikací k obřízce, ale zůstává patologická fimóza. (McGregor, T, Pike, J, Leonard, P,M, 2007, p. 445-448)

Za zmínku stojí dělení fimóz, které ve své studii uvádí Pavelková a Vilhemová:

Phimosis atrofica- listy předkožky jsou stejně dlouhé, hladké, tenké a přiléhající k žaludu

Phimosis completa- ústí předkožky je úplně zarostlé.

Phimosis incompleta – *absoluta* - zůstává pouze úzký otvor v předkožce, takže ji nejde retrahovat.

- *Relativa* anulus preputialis je široký tak, že lze žalud alespoň částečně obnažit, či dokonce přetáhnout ke korona glandis.

Phimosis hypertrofica – dlouhá předkožka, kdy vnější list prepucia je velmi dlouhý, vnější list přiléhá a dosahuje pouze k jeho špičce.

Phimosis symptomatika (inflammatoria) – vyskytuje se po balanopostitidách, gonoroee, ulcus molle, herpes urogenitale.(Pavelková,R, Vilhemová, L, 2007, s. 776-779)

Léčba fimóz

Léčbu lze tedy shrnout do dvou postupů, a to léčby konzervativní a chirurgické.

Konzervativní terapie

Sedláček a Kočvara je pro konzervativní terapii medikamentózní cestou, která je zaměřená na rozvolnění zúžené předkožky. Cílem je dosáhnout úplného přetažení předkožky. První volbou je lokální aplikace steroidů na zúžený prstenec předkožky.

Doba léčby je zpravidla od dvou týdnů do třech měsíců, při aplikaci o frekvenci 1-3 krát za den. Tato léčba se zahajuje po druhém roce života. Kontraindikací je uváděno močení do plen. Důvodem je obava ze zpětného vstřebávání steroidu z plen do organismu chlapečka. Na základě ověřovacích zahraničních studií, však tato hypotéza nebyla prokázána. Současně s aplikací mastí předkožku pomalu a nenásilně přetahujeme, vyhýbáme se násilí, které by vedlo k rupturám a ragádám.

Po takto aplikované kůře dochází k úplnému rozvolnění a kompletnímu přetažení předkožky, což však nemusí znamenat výhru. V mnohých případech dochází k recidivě, a v tomto případě léčbu opakujeme v horizontu 3-6 měsíců. V případech, kdy fimóza přetrvává, přistupujeme k léčbě chirurgické. (Sedláček, J, Kočvara, R, 2007, s. 34-36)

Konzervativní postup by měl být rozhodně volen u kojenců a novorozenců, jak uvádí Novák a Fiala. Smyslem přetahování předkožky je pouze hygiena předkožkového vaku, nikoliv roztahování zúženého okraje předkožky.

U chlapců, kteří nemají žádné potíže s předkožkou, z pohledu dětského urologa, by neměla být indikovaná žádná manipulace před ukončením druhého roku života.

V případě, že po tomto věku nedojde ke spontánnímu uvolnění předkožky, indikuje se 5-6 týdenní aplikace steroidů, a to lokálně. Takto podávané steroidy působí protizánětlivě, imunosupresivně. Výsledkem je „ roztažení“ a „ zjemnění“ kůže předkožky. Někdy ovšem jak bylo uvedeno výše, dochází k recidivám a to je indikace k chirurgickému řešení. (Novák, I, Fiala, R, 2009, s. 190-193)

Jak uvádějí výše zmínění autoři, dle vlastních zkušeností není vzácností, že kojeneček je odeslán svým pediatrem k operačnímu řešení fimózy, která se dá pokládat za fyziologickou.

Klinická studie: Konzervativní léčba fimózy v dětském věku

Dle klinických studií, kterou vedli Vobořilová a Havránek, lze konzervativním postupem dosáhnout dobrých výsledků.

Klinickou studii v letech 1996-1997, konkrétně za 8 měsíců, byla provedena konzervativní terapie lokální aplikací kortikoidních mastí u 49 chlapců s fimózou. Ne u všech chlapců se podařilo léčbu dotáhnout do konce a to z důvodu nedostatečné, a problematické spolupráce ze strany rodiny. Zbýlých 44 chlapců se rozdělilo do dvou skupin, a to podle příčin fimóz. 26 chlapců ve věku 18 měsíců do 6 let mělo fimózu vrozenou a u 18 chlapců ve věku 2-12 let se jednalo o fimózu získanou na základě zjizvení. Příčinou bylo násilné přetahování, a prodělaná balanopostitida.

Lokální aplikace kortikoidů byla v následujícím režimu:

2 týdny - 4krát denně, po té další 2 týdny - 2krát denně a poslední týden pouze 1 krát denně. Efekt léčby se hodnotil za 4-10 týdnů po skončení aplikace masti.

Ze 44 případů hodnocených chlapců lze konstatovat, že u 26 hochů s vrozenou fimózou je efekt vynikající. U 3 hochů se musela terapie prodloužit o dva týdny a u většiny chlapců bylo nutno provést částečnou dissoluci.

U chlapců se získanou fimózou po 5 týdenní léčbě zjišťujeme vynikající výsledky u 13 z nich. Pouze u dvou chlapců, a to ve věku 3 a 6 let, dochází k opětovnému zjizvení a jsou předány k chirurgické léčbě. 4 chlapci měli pouze částečné zlepšení a u 3 chlapců rodiče nedodržovali léčebné schéma.

V závěru můžeme konstatovat, že konzervativní terapie s kortikoidy byla úspěšná ve 100% vrozené formy fimózy a v 72% získané formy fimózy. (Vobořilová, V, Havránek, P, 1997, s. 364-366)

Chirurgická léčba.

Chirurgická léčba se odvíjí od lokálního nálezu postižení předkožky. V případě recidiv po konzervativní léčbě se přistupuje k rozrušení srůstu jemnou paličkovou sondou s následným přetažením předkožky. Důležitá je pooperační péče pravidelná a pečlivá hygiena předkožkového vaku, pravidelné přetahování předkožky a aplikace hojivých mastí s antibiotiky, a to po dobu alespoň 5-7 dní.

V případě velkého zúžení je indikováno chirurgické odstranění postižené předkožky obřízka cirkumcize. Cirkumcize je operace, kdy se odstraňuje část nebo celá předkožka. (Novák, I, Fiala, R, 2009, s. 190-193)

Sedláček a Fiala se také zmiňují o cirkumcizi, která je prováděna nejen ze zdravotních důvodů, ale i z důvodů náboženských. Kontraindikována bývá obřízka u nezralých dětí, akutní balanitidy, epispadie a dalších vrozených vad uretropaetického aparátu. (Sedláček, J, Kočvara, R, 2007 s. 34-36).

Šmakal uvádí, že cirkumcize lze rozdělit na radikální a plastickou. Při plastické úpravě se resekují část předkožky tak, aby zbývající část kryla glans a současně došlo k rozšíření zevního obvodu, a tím bylo možno předkožku zcela volně bez násilí přetáhnout za corona glandis. Vzácně se odstraňuje celá předkožka - radikální cirkumcize.

Velice důležitá je následná pooperační péče, hygiena, a u neúplné obřízky pravidelné přetahování předkožky, v čemž se také shodují všichni citováním autoři.

Asi 3.-4. den po operaci se začíná s oplachy penisu heřmánkem, či hypermanganem. Po týdnu pak i s promazáváním resekované části prepucia hojivými mastmi.

Během 10-14 dnů dochází k uvolnění stehu ze sutury, a do tří týdnů je možná normální hygiena penisu. (Šmakal, O, 2003, s 6-7)

Komplikace fimóz

Mezi závažné komplikace fimóz patří parafimóza a balanitida/ balanopostitida, o kterých je nutné se taktéž zmínit v souvislosti s fimózou.

Parafimóza

Knotková a Havránek takto označujeme stav, kdy těsná předkožka přetažená přes glans se nedaří vrátit zpátky. Příčinou je násilné přetažení, relativní fimóza. Dojde ke strangulaci a stagnaci žilního návratu. To vede k narůstajícímu otoku jak glansu tak předkožky, zhoršuje se prokrvení a pacient je ohrožen nekrózou glandu a předkožky. (Knotková, D, Havránek, K, 2007, s. 794-797).

Balanitidy

Jak Zeman et al zmiňují, balanitida, přesněji balanopostitida, je zánět postihující předkožkový vak. Postitis je zánět ohraničený na předkožku, balanitis je zánět pouze žaludu. Ve většině případů jde však o postižení obou struktur.

Etiologii zánětu můžeme rozdělit do dvou skupin. První skupinu představuje zánět v dětském věku, kde jde převážně o typické obtíže spojené s fimózou a konglutinací. Tuto problematiku bychom mohli souhrnně nazvat jako syndrom nepřetažené předkožky.

Druhou skupinu, jsou již dospělí jedinci, kteří mají předkožku volně přetaženou. Klinicky se projevuje zarudnutím a otokem distální části penisu a předkožky. Může být přítomen i hnisavý výtok, povlak na glandu, provázený krvácením z předkožkového vaku, manifestující se hlavně dysurií. Problémy s močením mohou vyústit až v úplnou zástavu močení.

Léčba spočívá v lokální aplikaci mastí s antibiotiky nebo mastmi antimykotickými, dle původce zánětu. Sedací koupele v teplé vodě napomáhají k lepšímu přetažení předkožky a hlavně tlumí bolestivé podněty při močení.

Pokud je u dítěte předkožka nepřetažená, musíme sondou uvolnit konglutinace tak, aby smegma nemělo nikde možnost retinovat v hlubokých kapsách a posléze také aplikovat lokální masti s antibiotiky. Po zhojení akutního zánětu, a v odstupu několika dnů, je nutné provést rozrušení zbytku konglutinací.

Po té je potřeba alespoň 7-10 dnů předkožku kompletně přetahovat a lokálně aplikovat masti. (Zeman, L- Rygl, M, 2002, s 101-102)

3 Prevence synechií a fimóz

Prevence znamená předcházení problémů. A právě v oblasti problému synechií a fimóz je prevence velice jednoduchá, spočívá ve správné technice každodenní hygieny, jak u děvčat tak u chlapců.

Prevence synechií

Hořejší uvádí, že daleko důležitější než léčení, je prevence synechií. Hlavním pilířem prevence v tomto případě je řádné a srozumitelné poučení matky jak pečovat o zevní rodidla děvčátka. Je třeba nejen poučit, ale mnohdy i názorně předvést.

Při každodenní koupeli je potřeba od sebe oddálit protilehlé partie rodidel „ rozhrnout“ od sebe stydké pysky i poševní vchod a omýt nečistoty, které zde jsou. Nečistoty omýváme mechanicky, bez použití mýdel. V případě používání mýdel, pak jen mýdlo dětské, neparfémované. Tento postup je důležitý tam, kde již jednou synechie byla vytvořena. Bráníme tím tak její opětovné tvorbě. (Hořejší, J, [2003] s. 14-15).

Skřenková v mnohém s Hořejším souhlasí a doplňuje, že synechie vulvy je onemocnění, kterému lze úspěšně předejít. Největším paradoxem zůstává, že v době dostupnosti tekoucí vody a množství kvalitních hygienických prostředků, se setkáváme se zcela nesprávnými mýty a postupy při péči o zevní rodidla. Nežřídká tyto rady dávají dokonce i někteří lékaři, či zdravotnický personál, a jsou publikovány v příručkách pro budoucí rodiče.

Jedná se o mýty, že na rodidla děvčátek se nesahá, že se nemusí umývat. Matky se po té bojí rodidla ošetřovat, protože mají strach, že děvčátku ublíží. Proto se synechie vulvy vyskytují stále a tendence jejich výskytu není sestupná, jak se často konstatuje na konferencích ČGPS.

V neposlední řadě je nutno podotknout i psychologický aspekt tohoto onemocnění. Při obeznámení s příčinami vzniku a léčby jsou rodiče mnohdy rozezlení a nereagují

adekvátně, viní všechny okolo za způsobené komplikace a gynekolog je mnohdy první na řadě, kdo je takové atace vystaven.

Rozrušení synechie je medicínsky jednoduchý problém, ale eticky velmi závažný. Pro dítě i pro rodiče je to zážitek sice vteřinový, leč značně nepříjemný v mnoha směrech až traumatizující.

Nejlepší prevencí je správný postup každodenního, pravidelného umývání zevních rodidel, a jejich oddálení i očištění poševního vchodu. Nepoužíváme žínku, ale čistou ruku, ve které máme největší cit. Používáme jen dětská mýdla, a to neparfémovaná. Nezapomínáme také na přidávání máchacího programu při praní dětského prádla. Pečlivě volíme vhodné prací prostředky, šetrné k dětské pokožce.

Takovým postupem nelze děvčátku ublížit, naopak, děvčátko učíme správnému postupu a správné technice hygieny. Musíme důsledně také připomenout i správnou techniku otírání zevních rodidel po močení a po stolici. ***Neustále připomínáme správný směr otírání od ústí močové trubice ke konečníku.*** Po každém otření je nutné ubrousek vyměnit.

Jsou to věci, kterým není těžké se naučit a každá maminka je určitě zvládne bez obav, že by své holčičce ublížila. (Skřenková ,J, 2006, s. 142-144)

Prevence konglutinací a fimóz

Krolupper je toho názoru, že přetahování předkožky je určitá uspěchanost, i co se týká radikality ošetřování. Jednak je to tlak ze strany rodičů, u kterých je to věcí nedostatečné informovanosti a je právě na pediatrovi nebo urologovi, aby vše dostatečně vysvětlil. (Krolupper, M, 1996, s. 56-58)

Šmakal zdůrazňuje, aby rodiče, a potažmo i lékaři, respektovali přirozený vývoj předkožky. Jde o vyvarování násilného přetahování, které je příčinou častých ragád a posléze i vzniku jizevnatých fimóz. Z toho vyplývá, že pokud je opravdu diagnostikována patologická fimóza, je víc než vhodné posečkat s léčbou až po třetím roce života. (Šmakal, O, 2003, s. 6-7)

Novák a Fiala uvádějí, že násilná manipulace s předkožkou je zbytečná zejména v období novorozeneckém a batolecím, kdy je žalud zcela překryt a vytváří tak přirozeně sterilní prostředí. V tomto období může přetahování znamenat právě porušení těchto ochranných bariér. Za dostačující považujeme koupele v čisté vodě

s nedráždivým mýdlem a vyčkání do spontánního uvolnění. (Novák, I, Fiala, R, 2009, s. 190-193.) Knotková a Havránek upřesňují, že po přehoupenutí druhé poloviny batolecího věku předkožku zkontrolujeme a správně rozlišíme, zda nejde o vrozenou fimózu, případně uvolníme zbývající spleení, ale to vždy jen v ambulanci odborníka. (Knotková , D, Havránek, K, 2007, s. 794-797)

4 Hygienická péče a její význam v prevenci

Dostálová se velmi podrobně a důkladně věnuje problematice intimní hygieny dětí, a je toho názoru, že dobrá a dostatečná hygienická péče, včetně životosprávy a oblékání, mají u děvčat a chlapců velký význam. Jsou rozdílné v jednotlivých životních etapách a mají také své specifčnosti, které souvisí zejména u dívek s hormonálním vývojem.

Hygienu chlapců pak ve většině případů souvisí s hygienou předkožkového vaku. Získání správných hygienických návyků již v dětství a jejich dodržování po celý život je velice důležité. Předchází riziku vzniku infekcí vnitřního genitálu a možné následné neplodnosti u obou pohlaví.

4.1 Hygienu děvčat

Dostálová dále uvádí, že hygienu děvčat lze rozdělit do několika období jednak dle věku a také v souvislosti s absencí estrogenu. Právě v souvislosti s přítomností estrogenu dochází k anatomickým i funkčním změnám estrogen - dependentních orgánů.

Novorozenecké období

Po narození je děvčátko pod vlivem mateřských hormonů a může být někdy přítomen hlenovitý čirý, mírně nakysle páchnoucí výtok, což do 8 týdnů po narození je zcela fyziologickou záležitostí. Řešíme to pouze v případě, objeví-li se zápach, a dochází-li ke změně konzistence a barvy výtoku. Důležitá je každodenní hygiena zevních rodidel, důkladné omytí zbytku moči a stolice. Při koupeli každý den šetrně

rozhrneme od sebe stydké pysky a očistíme oblast poševního vchodu. Používáme čistou ruku a tekoucí vodou. Vlhčené ubrousky používáme v případě, kdy není možné omytí čistou vodou. Genitál vždy omýváme směrem od močové trubice ke konečníku. Takovým postupem nemůžeme, dívence ublížit.

Klidové období

Jedná se o období asi do 9 let a je charakterizováno nulovými hodnotami estrogenu. A právě na takovém povrchu dochází velice často k vzniku synechií vulvae. V tomto případě je velice důležitá prevence, a ta spočívá ve správné technice mytí rodidel. *Je potřeba každý den při mytí od sebe oddálit protilehlé partie zevního genitálu „rozhnout od sebe stydké pysky“ a případné nečistoty odtud umýt.* Umýváme čistou rukou a pod tekoucí vodou, nejlépe bez použití mýdla. Vždy umýváme od ústí močové trubice ke konečníku. To, že synechie mohou být způsobeny nedostatečnou hygienou, nemusí být nedbalostí rodičů, ale pouze obavami, aby důkladnějším mytím děvčátku neublížili. Z tohoto důvodu je právě velmi důležitá adekvátní osvěta nejen s dostatečným vysvětlením postupu a významu, ale také s přímou praktickou demonstrací.

V tomto období je zcela patologická přítomnost jakéhokoliv výtoku. Ve většině případů jde o osídlení pochvy střevními bakteriemi, ke kterému dochází většinou v důsledku nedostatečné hygieny a špatné techniky při otírání po močení a stolici.

V léčbě preferujeme lokální terapii antibiotiky nebo chemoterapeutiky před celkovou léčbou. Dále doporučujeme lokální oplachy rodidel roztokem hypermanganu nebo Jarischovým roztokem – nikdy ne sedací koupele.

Snažíme se tyto správné návyky vštípit již od útlého dětství. Předcházíme tím tak pozdějším komplikacím a děvčátko učíme správné technice hygieny.

Období pohlavního dospívání

V tomto období dochází již k zahájení činnosti ovárií, a tedy i k produkci estrogenů. Objevuje se zcela fyziologický výtok – je čirý, hlenovitý. V tomto období se dostavuje i první menstruace. Je potřeba dívku poučit o potřebě zvýšené hygieny v období menstruace o pravidelné a časté výměně menstruačních vložek, o nutnosti každodenní sprchy, způsobu používání tamponů, vložek a v neposlední řadě

i o nošení prodyšného a vhodného spodního prádla. V tomto období se mohou objevit onemocnění a výtoky dospělých žen. (Dostálová, Z et al, 2009, s. 220-223)

4.2 Hygiena chlapců

Dostálová dále popisuje, po narození je genitál chlapečka zkontrolován pediatrem. Zcela fyziologické je úplné překrytí žaludu předkožkou a jeho nemožnost stáhnout ho za corona glans. Toto působí jako jednosměrná chlopeč, která zároveň chrání genitál před vniknutím vnějších nečistot, a také umožní optimální průtok moči.

Hygiena novorozených chlapců spočívá v koupeli alespoň 2-3 týdně, dle stavu pokožky. Intimní partie oplachujeme čistou vodou, omýváme vždy, pokud jsou potřísněny stolicí. Předkožku v tomto období nikdy nepřetahujeme, a to ani při koupání.

Asi kolem 1 roku dochází k postupnému uvolňování předkožky od glansu , v tomto případě jen lehce bez použití násilí předkožku, pouze kontrolujeme. Nakonec penis opláchneme pod tekoucí vodou bez použití mýdla. Smegma pouze opláchneme, mechanicky nikdy neodstraňujeme.

Kolem druhého roku se chlapečka snažíme naučit předkožku si přetahovat, a to vždy bez použití násilí. Při večerní koupeli a pod tekoucí vodou. Samozřejmě je citlivý individuální přístup.

Ve třech letech by předkožka měla být volně přetažitelná v celém rozsahu. Pokud se tak neděje, je dobré navštívit odborníka, který rodiče instruuje o dalším postupu, eventuálně i léčbě.

Zásadně se nedoporučuje násilné přetahování předkožky, které následně vede k srůstům a zhoršení celé situace.(Dostálová, Z et al, 2009, s. 220-223)

McGregor et al ještě zdůrazňuje nutnost naučit tuto činnost dělat samotného chlapce, protože jen on sám ví, kdy přetahování předkožky je pro něj nepříjemné a bolestivé. Jednoznačně nám to dává signál, který bychom měli plně respektovat a nejit na to násilím. (McGregor, T, Pike, J, Leonard, P,M, 2007, p. 445-448)

Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo uvedení do odborné terminologie synechií a fimóz, vysvětlení jejich nejčastějších příčin a nastínění jejich optimálního způsobu léčby.

V oblasti problematických synechií není dostupných informací mnoho, přesto se nám podařilo najít zásadní informace, z nichž mnohé dokáží výrazně objasnit tuto problematiku, a to jak ve výstižném popisu jednotlivých typů synechií, tak i na širší souvislosti daného problému.

Jak se Hořejší i Skřenková shodují, podstatou synechií je srůst protilehlých sliznic poševního vchodu, nikoli malých stydkých pysků, což někdy bývá mylně zaměňováno právě za vrozenou vývojovou vadu.

Dalším shodným tvrzením, které se ukázalo ze studii Hořejšího, Skřenkové, Vetešnickové-Koubové, je i skutečnost, že synechie vznikají ve velmi krátké době. Stačí opravdu pár dnů, kdy se o holčičku stará někdo jiný, je tak mimo pravidelnou, pečlivou péči matky a dochází ke vzniku synechií.

Jedním z nejvýznamnějších závěrů, jenž vyplynul z práce, je neocenitelná a důležitá role ze strany matky, spočívající v nezbytné, pravidelné a správně prováděné péči o zevní rodidla děvčátek v rámci každodenní hygieny. Jedná se o správnou techniku, kterou zprostředkovaně učí postupně i samotnou dívenku. Toto a mnoho dalších důležitých informací nám předkládá Skřenkova spolu s Dostálovou.

A tady spatřuji obrovský prostor nás porodních asistentek. My máme možnost a hlavně zájem s maminkami hovořit o těchto úskalích. Dokážeme je plnohodnotně edukovat o významu takto prováděné hygieny u holčiček a potažmo i u chlapečků. My jsme ty, které novopečenou maminku naučíme nebát si sáhnout na miminko.

K synchronizaci dochází v metodách léčby synechií. Jednotné „ne“ zaznívá u metody léčby synechií formou estrogenů od Skřenkové a Vetešnickové-Koubové a přidává se i Watanabe ve svých studiích.

O fimózách toho bylo napsáno poměrně více, ale tady se zase setkáváme s uspěchaností a velkou mírou neinformovaností rodičů v souvislosti přirozeného vývoje předkožky.

Proto byla zařazena i odborná práce o přirozeném vývoji předkožky, o kterém píše Sedláček a významně se o ní zmiňuje Šmakal ve své studii.

Pokud tyto informace jsou včas sděleny vnímavé mamince, určitě nic neuspěchá, a navíc předejde i komplikacím. Stejný názor zaznívá i od McGregora, který to krásně nazval jako „tinktura času“ čas, který je potřeba dát přírodě, aby konala své.

Co dále vyplynulo z dostupného materiálu, a v čem se publikovaní autoři také shodují, je správná diagnostika fimózy, která znamená klíčový moment pro další a správnou taktiku léčby. Správná diagnostika je základ, pro dobrou léčbu.

A mnohdy úspěchanost a tlak ze strany rodičů na předčasné přetahování vyvolává vznik jizevnaté fimózy před čím varuje Novák, Šmakal, ale i Knotková s Havránkem.

Úspěchanost nás opravdu ovlivňuje v negativním smyslu, a nelze nic jiného než souhlasit a není nic horšího než odpovídat na stále stejné otázky v komunitě maminek mající syny „ Už přetahujete“

Jak je zmíněno v úvodu bakalářské práce, nosnými pilíři prevence jsou správné hygienické návyky. Velice podrobně byla popsána správná technika každodenní hygienické péče u děvčátek.

Tato prevence nespočívá jen ve správném mytí, ale zahrnuje i otírání genitálu po močení a stolici, případně použití neparfémovaných dětských mýdel. Překvapivě významnou skutečností ve studii, kterou publikuje Skřenková, je správné praní dětského prádla. Přidání máchacího programu, či vyvarování se neúměrného používání aviváží, které dráždí jemnou dětskou pokožku.

V péči o chlapečky, je apelováno na trpělivost a hlavně nenásilnost při pokusech o přetahování předkožky. Dobrá informovanost rodičů, ale rovněž i rozšíření stávajících vědomostí zdravotnického personálu o významu fyziologického dozrávání předkožky, je velice důležité jak uvádí Krolluper.

Co bylo zářející byly studie s USA. A jak uvádí McGregor konkrétně v USA jich na problematiku fimóz moc nebylo publikováno. Vysvětlení se dostavilo v další studii, kde Cathacard uvádí , že podle odhadů má v USA až 80% mužů provedeno obřízku a to z náboženských důvodů. To vysvětluje fakt, proč se zde neřeší zda má chlapeček fimózu fyziologickou či patologickou, stejně mu bude provedena cirkumcize dle přání rodičů.

Závěr

Po prostudování dostupné literatury a odborných článků vyplynulo, že jedinou a prakticky nejúčinnější metodou, jak zabránit vzniku synechií, je správně a dostatečně prováděná hygiena zevních rodidel děvčátka.

Tady se ke slovu dostáváme my porodní asistentky. My přicházíme pravidelně do styku s těhotnou ženou a vzniká zde tedy přirozený prostor pro přípravu a pečlivé vysvětlení významu, způsobu i pravidel jak hygienu provádět. Dále naše působení pokračuje ihned po porodu, kde tyto kompetence postupem přecházejí na dětské sestry a pediatra.

Správné vysvětlení odbourá strach „sáhnout na děvčátko“ a maminka získá pocit jistoty a zjistí, že správná hygiena není vůbec tak náročná a není tedy důvod obávat se, že by to nedokázala. Léčba synechií není složitá, ale je z psychologického hlediska velmi náročná na citlivou a přesvědčivou komunikaci s rodiči.

A tady je nutno vyzvednout přiměřený psychologický přístup v komunikaci s rodiči.

Po přečtení některých internetových diskuzních fór, byly maminky často znechucené z komunikace se zdravotnickým personálem. Jsou mnohdy označovány za „šmudly“, „špindíry“. Je jim kladena hlavní vina za vzniklé problémy. Tyto maminky se z takového označení trápí, cítí se poníženy, protože, až na výjimky, jsou to ve většině případů milující matky, které chtějí jen to nejlepší pro svá děvčátka. Tyto maminky tak mohou zapříčinit vznik zdravotních potíží svého dítěte zcela nevědomě svým nedostatečným ošetřením, a přitom, jak se ukazuje, stačí mnohdy důkladné a podrobné vysvětlení jeho postupu. Maminky se to snadno naučí a důsledně vedou k tomu také i samotné holčičky, které to zase předávají dál svým dcerám. Podařilo se získat a ucelit informace o vzniku, příčinách a léčbě synechií. Cíl jedna splněn.

Péče o chlapečky, je nepříznivě ovlivněna celkově uspěchanou dobou, kdy není dopřáno fyziologickým procesům dozrávání předkožky. Neinformovanost rodičů a uspěchanost doby jdou spolu ruku v ruce a potom takové násilné a bolestivé přetahování opravdu končí vznikem jizevnatých fimóz. V těchto případech již opravdu není jiné možnosti, než operativní řešení.

Alarmující je na tom skutečnost, že s touto netrpělivostí se občas setkáváme i u pediatriů, jak konstatují někteří urologové po zkušenostech ze svých ambulancí.

Nechme tedy v případě chlapečků konat více přírodu, dbejme na správnou diagnostiku a zaměřme se na kvalitní a důslednou osvětu rodičů. Cíl dvě splněn.

Podrobné popsání správných technik hygienické péče a důsledné zdůraznění přínosu takto prováděné hygieny v prevenci synechie a fimóz se podařilo splnit v cíli číslo tři. Zde spatřuji velký prostor pro užitečnou edukaci maminek ze strany nás, porodních asistentek a ostatního zdravotnického personálu. Máme velké možnosti s tím něco udělat, a to ať je to v předporodních kurzech, tak i na maminkami velmi často navštěvovaných internetových stránkách.

Na povrch vystupují mnohdy až zarážející informace, kterých jsme schopni se dopátrat a jsme šokovány, kolik je v nich škodlivých předsudků a nepravdivých informací. Dokonce i tak odborné publikace, jako jsou průvodce těhotenstvím, či manuály pro budoucí rodiče, postrádají zmínku o tak elementárních věcech, jako je správná hygiena.

Dalo by se říci, že vše začíná a končí dobrou edukací ze strany nás zdravotníků, která je kvalitní prevencí.

Je zarážející, kolik je mezi rodiči dezinformací, mýtů a předsudků. Co panuje kolem pojmů synechií a fimóz, a to i v dnešní době snadného přístupu k informacím z internetu i jiných sdělovacích prostředků. O to smutnější je okolnost, že podmínky k základní hygieně má u nás již naprostá většina populace, troufáme si dokonce tvrdit, že dostupnou tekoucí vody a ručník má již k dispozici každý.

My, porodní asistentky, máme možnost maminku edukovat už před narozením dítěte v předporodních kurzech a potom ještě znovu, ihned po porodu. Po porodu máme dokonce možnost novopečené mamince názorně předvést péči o genitál jejího miminka. Po nás by toto vedení v péči o novorozence měly posléze přebírat pediatrické sestry spolu s pediatry, které matka navštěvuje v pravidelných intervalech po narození dítěte. Dobře tak lze využít právě jejich přirozené autority, která velmi příznivě může matčinu péči o zdravého kojence podpořit.

I v této době informačních technologií je potřeba sázet na mluvené slovo a na názorné ukázky, doporučuji maminky edukovat již v předporodních kurzech, dále formou letáčku a v neposlední řadě i na různých internetových diskuzích určené pro maminky. Při vysvětlování využít naši přirozené autority a i vlastních zkušeností. A kdyby naše práce znamenala jednu holčičku, kterou uchráníme a jednoho chlapečka uchráněného před těmito komplikacemi považují to za úspěch.

Seznam použité literatury

1. CATHCART, P et al. *Trends in paediatric circumcision and its complications in England between 1997 and 2003*. Abbreviated Source Br J Surg. 93(7):885-90, 2006 Jul. NLM Journal Name The British journal of surgery.
2. DOSTÁLOVÁ et al. 2009. *Intimní hygiena u dětí*. Pediatrie pro praxi. 2009, roč. 10, č. 4, s. 220-223. ISSN 1213-0494, 1803-5264, 1803-5892.
3. HOŘEJŠÍ, Jan. 2003. *Synechia vulvae- srůst zevních rodidel*. Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii. Praha: Levret, [2003]. 2003, č. 1, s. 14-15. ISSN 1214-557.
4. JAREŠOVÁ, D et al. 2007. *Synechia vulvae infantum- výskyt na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK na Bulovce v období let 2001 – 2005*. Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti. 2007, roč. 72, č. 2, s. 131-135. ISSN 1210-7832.
5. KNOTKOVÁ, Dita, HAVRÁNEK, Karel. 2007. *Onemocnění předkožky*. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře. 2007, roč. 9, č. 7, s. 794-797. ISSN 1212-4184.
6. KROLUPPER, Milan. 1996. *Poznámky k ošetření zúžené předkožky u dětí*. Neonatologické listy. 1996, roč. 2, č. 1, s 56-58. ISSN 1211-1600.
7. MCGREGOR, TB, PIKE JG, LEONARD, MP. *Pathologic and physiologic phimosis: approach to the phimotic foreskin*. Abbreviated Source Can Fam Physician. 53(3):445-8, 2007 Mar. NLM Journal Name .Canadian family physician Medecin de famille canadien.
8. NOVÁK, Ivo, FIALA, Richard. 2009. *Fimóza- je obřízka řešením problému s předkožkou?* Urologie pro praxi. 2009, roč. 10, č. 3, s. 190-193. ISSN 1213-1768, 1803-5299.

9. PAVELKOVÁ, Romana, VILHEMOVÁ, Libuše. 2007. *Fimóza*. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře. 2007, roč. 9, č. 7, s. 776-779. ISSN 1212-4184.
10. SEDLÁČEK, Josef, KOČVARA, Radim. 2007. *Fimóza v dětském věku*. Urologické listy. 2007, roč. 5, č. 1, s. 34-36. ISSN 1214-2085, 1801-7584.
11. SKŘENKOVÁ, J. 2006. *Synechia vulvae infantum: rizikové faktory vzniku a prevence*. Praktická gynekologie: časopis podporovaný Sdružením soukromých gynekologů ČR. 2006, č. 4, s. 142-144. ISSN 1211-6645, 1801-6645.
12. SKŘENKOVÁ, Jana, FAIT, Tomáš. 2001. *Synechia vulvae infantum*. Československá pediatrie. 2001, roč. 56, č. 5, s. 281-286. ISSN 0069-2328
13. VOBOŘILOVÁ, V, HAVRÁNEK, Petr. 1997. *Konzervativní léčba fimózy v dětském věku*. Rozhledy v chirurgii: měsíčník Československé chirurgické společnosti pro tvorbu domácí a rozhledy po chirurgii zahraniční. 1997, roč. 76, č. 8, s. 364-366. ISSN 0035-9351.
14. VETEŠNÍKOVÁ-KOUBOVÁ, Radka. 2001. *Synechia vulva infantum*. Moderní gynekologie a porodnictví: časopis pro postgraduální vzdělávání. 2001, roč. 10, č. 4, s. 429-430. ISSN 1211-1058, 1214-2093.
15. WATANABE, T. et al. *Manual separation followed by local cleanliness for pediatric labial adhesion*. Abbreviated Source J Obstet Gynaecol Res. 36(3):667-70, 2010 Jun. NLM Journal Name. The journal of obstetrics and gynaecology research.
16. ZEMAN, Luboš, RYGL, Michal. 2002. *Balanitidy v dětském věku*. Pediatrie pro praxi. 2002, roč. 3, č. 3, s. 101-102. ISSN 1213-0494.

17. ZEMAN, LUBOŠ et al. 2001. *Kdy je manipulace s předkožkou indikována.*

Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů. 2001, roč. 81, č. 9, s. 511-512. ISSN 0032-6739.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Zevní pohlavní orgány ženy

Příloha č. 2: Vývoj pohlavního systému u muže

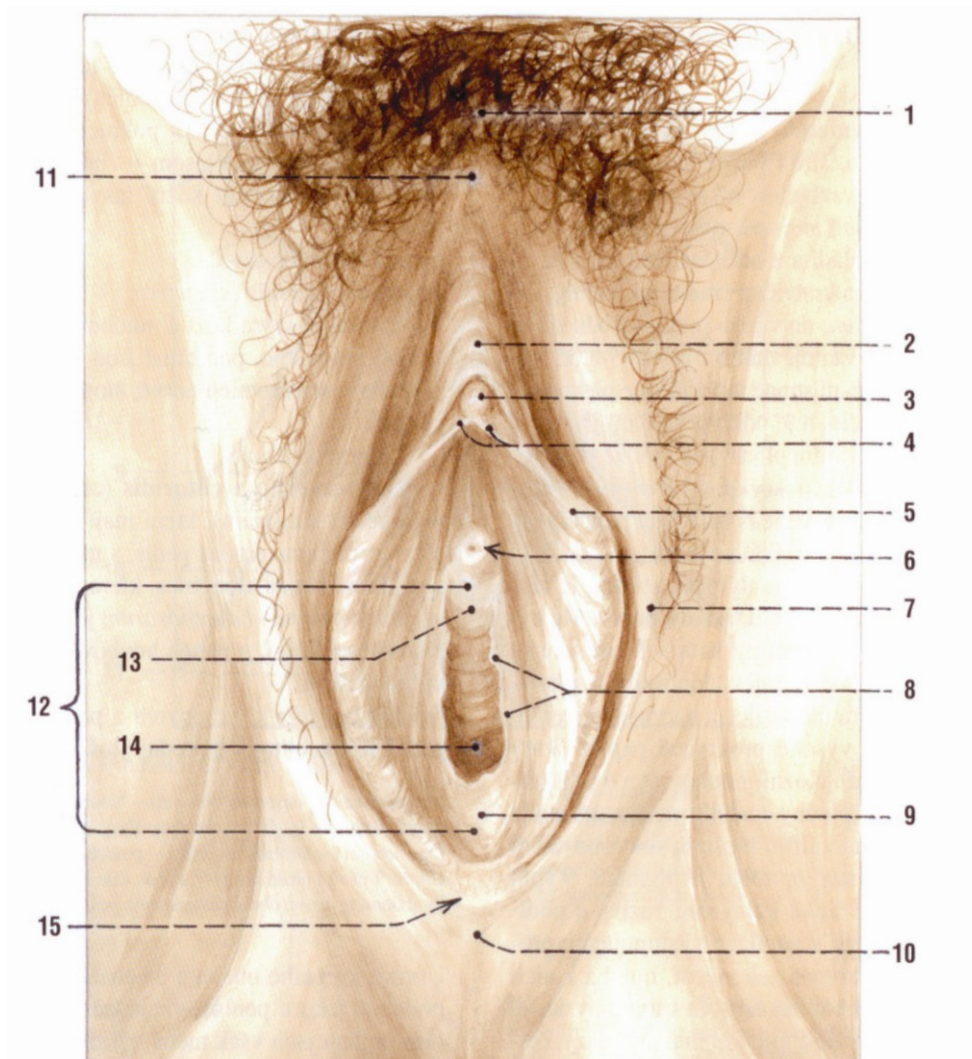
Příloha č. 3: Manuální rozrušení subtotální synechie vulvy u 4-leté a 10-leté dívky

Příloha č. 4: Konglutinace

Příloha č. 5: Fyziologická a patologická fimóza

Příloha č. 6: Názorná ukázka jednotlivých kroků pro rodiče, jak aplikovat
kortikoidní krém

Příloha č. 1: Zevní pohlavní orgány ženy

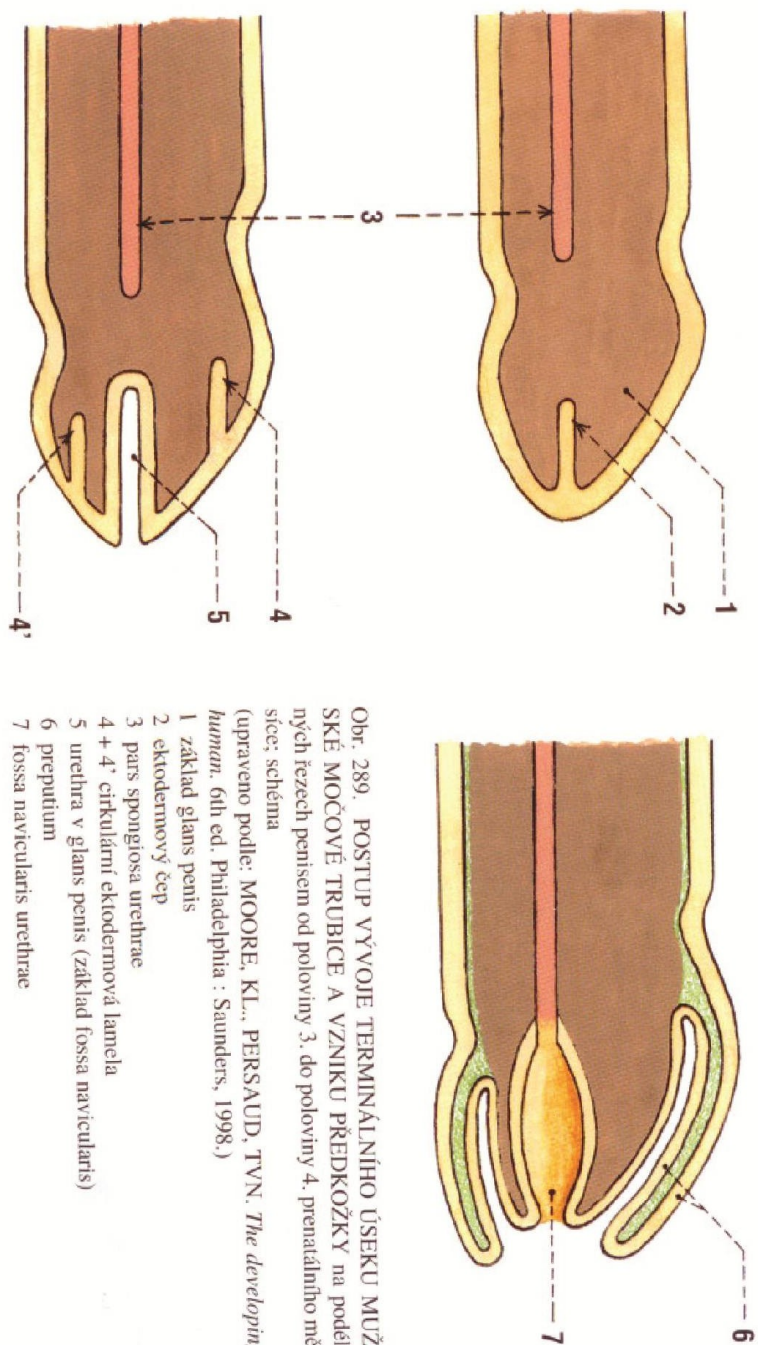


ORGANA GENITALIA FEMININA EXTERNA; poloschematicky

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| 1 mons pubis | 9 fossa vestibuli vaginae |
| 2 preputium clitoridis | 10 commissura labiorum posterior |
| 3 glans clitoridis | 11 commissura labiorum anterior |
| 4 frenulum clitoridis | 12 vestibulum vaginae |
| 5 labium minus pudendi | 13 carina urethralis vaginae |
| 6 ostium urethrae externum | 14 ostium vaginae |
| 7 labium majus pudendi | 15 frenulum labiorum pudendi |
| 8 hymen | |

Čihák, R, Grim, M, 2002, Anatomie 2, 2.vyd, Praha : Grada 2002, s. 371. ISBN 80-247-0143-X.

Příloha č. 2: Vývoj pohlavního systému u muže



Čihák, R, Grim, M, 2002, Anatomie 2, 2.vyd, Praha : Grada 2002, s. 396. ISBN 80-247-0143-X.

Příloha č.3: Manuální rozrušení subtotální synechie vulvy u 4-leté a 10-leté dívky



SKŘENKOVÁ, J. 2006. *Synechia vulvae infantum: rizikové faktory vzniku a prevence*. Praktická gynekologie: časopis podporovaný Sdružením soukromých gynekologů ČR. 2006, č. 4, s. 142-144. ISSN 1211-6645, 1801-6645.

Příloha č.4: Konglutinace



Obr. 1 – Konglutinace – patrné slepení



Obr. 2 – Konglutinace – zdánlivé zúžení

KNOTKOVÁ, Dita, HAVRÁNEK, Karel. 2007. *Onemocnění předkožky*. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře. 2007, roč. 9, č. 7, s. 794-797. ISSN 1212-4184.

Příloha č.5: Fyziologická a patologická fimóza

A – fyziologická fimóza; předkožka je bez známek zjizvení, glans je zcela kryt



B- patologická fimóza; předkožka je kruhově zjizvená a glans je viditelný i bez pokusu o přetažení



McGREGOR, TB, PIKE JG, LEONARD, MP. *Pathologic and physiologic phimosis: approach to the phimotic foreskin.* Abbreviated Source Can Fam Physician. 53(3):445-8, 2007 Mar. NLM Journal Name .Canadian family physician Medecin de famille canadien.

Příloha č.6: Názorná ukázka jednotlivých kroků pro rodiče,
jak aplikovat kortikoidní krém

a. uchopení a obnažení předkožky před aplikací krému.



b. aplikace kortikoidního krému



c. přetáhnutím přední část předkožky dochází ke vstřebávání krému



Ghysel C. Vander Eeckt K. Bogaert GA. Long-term efficiency of skin stretching and a topical corticoid cream application for unretractable foreskin and phimosis in prepubertal boys. *Abbreviated Source Urol Int.* 82(1):81-8, 2009. NLM Journal Name *Urologia internationalis*