

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Srovnání pooperačního průběhu u žen po hysterektomii abdominální,  
hysterektomii vaginální a po laparoskopicky asistované hysterektomii  
vaginální**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MUDr. Petr Sák, Ph.D.

2010

Autor:

Zuzana Hudá

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Srovnání pooperačního průběhu u žen po hysterektomii abdominální, vaginální a po laparoskopicky asistované hysterektomii vaginální vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů z 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 nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Dne 16.8.2010

.....

Zuzana Hudá

### **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Prim. MUDr. Petru Sákovi, Ph.D. za vedení bakalářské práce, za cenné rady a tipy a za jeho trpělivost. Poděkování též patří rodině a přátelům za ochotu, pomoc a za pevné nervy při psaní této práce.

## **Abstract**

The topic of thesis is the comparison of the postoperative state of women after the abdominal hysterectomy, vaginal hysterectomy and after the vaginal hysterectomy with laparoscopic assistance. In the theoretical part of the thesis I deal with all the three kinds of hysterectomy, its indications, procedure, complications and the following care of the patient after performing the surgery. Moreover the psyche of the patient and her life after the operation is described.

In the practical part of the thesis, two targets and two hypotheses were postulated. The first target was to examine the postoperative state of women after all the three kinds of hysterectomy. The hypothesis that the longest post-operative recovery process appears in case of women having undergone the abdominal hysterectomy was confirmed. The second target was to find out the most frequent complications, accompanying the postoperative state. The hypothesis that the most frequent complication after the hysterectomy is subfebrility was also confirmed.

The results of the examination are presented in diagrams and compared with the professional literature in the pertinent chapter.

The bachelor's thesis may be utilized for teaching of midwives and in internet as additional source of information for the lay public.

## OBSAH

<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 Hysterectomia abdominalis</b> .....	<b>4</b>
1.1.1 Indikace.....	5
1.1.2 Postup.....	5
1.1.3 Komplikace při operaci.....	6
1.1.4 Komplikace po operaci .....	6
<b>1.2 Hysterectomia vaginalis</b> .....	<b>7</b>
1.2.1 Indikace.....	7
1.2.2 Postup.....	8
1.2.3 Komplikace .....	8
<b>1.3 Laparoskopicky asistovaná hysterektomie vaginální (LAVH)</b> .....	<b>8</b>
1.3.1 Indikace.....	9
1.3.2 Postup.....	9
1.3.3 Komplikace .....	9
<b>1.4 Vyšetření pacientky</b> .....	<b>10</b>
1.4.1 Předoperační příprava .....	10
1.4.2 Pooperační péče .....	13
<b>1.5 Žena a její psychika</b> .....	<b>16</b>
<b>1.6 Pohyb a námaha po hysterektomii</b> .....	<b>17</b>
<b>1.7 Hormonální substituční terapie u žen před menopauzou</b> .....	<b>18</b>
<b>1.8 Pohlavní život po hysterektomii</b> .....	<b>19</b>
<b>2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY</b> .....	<b>21</b>
2.1 Cíle výzkumu .....	21
2.2 Hypotézy .....	21
<b>3. METODIKA</b> .....	<b>21</b>
3.1 Charakteristika výzkumného souboru .....	21
<b>4. VÝSLEDKY</b> .....	<b>22</b>
<b>5. DISKUSE</b> .....	<b>56</b>
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	<b>60</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>62</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	<b>65</b>
<b>9. PŘÍLOHY</b> .....	<b>66</b>

## ÚVOD

Hysterektomie je druh gynekologického výkonu, který je více či méně známý pod pojmem „odnětí dělohy“. Tento pojem zná mnoho žen, většinou jsou staršího věku. Bohužel často neznají, co všechno tento výkon obnáší. Neví jaký postup operace se volí a z jakého důvodu, ale především neznají možné pooperační komplikace a jak mnoho se změní jejich následný (především pohlavní) život.

Toto téma jsem si vybrala, protože mi téma jako hysterektomie přijde velice zajímavé a v každém případě i v dnešní době aktuální. Je to operace, se kterou se může setkat kterákoliv žena a v podstatě v kterémkoliv věku. Pro některé ženy může tento výkon znamenat „ztrátu ženství“ či nedůležitost jejich osoby pro další životní etapu. Ale když jsem mluvila se známými ze svého okolí, které tento druh operaci podstoupily, tak jsem se dozvěděla, že nic podobného jako je „ztráta ženství“ jim hlavou ani neproběhlo. Braly to především jako nutný a nevyhnutelný zákrok a nakonec byly i rády, že se zbavily problémů, které je před výkonem provázely. Samozřejmě se některé z nich obávaly, jaký bude jejich následný pohlavní život, ale po hysterektomii a uzdravení až tolik rozdílů nenašly. Ovšem rozdíly někdy našli manželé a partneři. Většinou jim ale stačila porada s lékařem nebo s porodní asistentkou a obavy a problémy byly pryč. Pokud žena tuto operaci podstupuje, je nutné, aby ji porodní asistentka o všem informovala a připravila ji na možné komplikace. Tyto informace by ženě měly pomoci v lehčím a rychlejším návratu do běžného života.

## 1. SOUČASNÝ STAV

Hysterektomie je jednou z nejčastěji prováděných gynekologických operací. Nejvíce prováděným typem je hysterektomie abdominální. V České republice se ročně vykoná hysterektomie zhruba u dvacetitisíc žen. Statisticky se odhaduje, že hysterektomii podstoupí jedna z pěti žen pod 75 let. (3, 10)

V současné době by měl operátor zvládat všechny tři přístupy k hysterektomii (hysterektomie abdominální, vaginální a laparoskopicky asistovaná hysterektomie vaginální). Vždy je důležité zvolit ten správný operační postup, protože postup zvolený jedním operátorem nemusí být vhodný pro druhého a druh operačního postupu je u každé ženy individuální. Základem každé operace je dokonalá znalost operátora anatomických poměrů jak z pohledu abdominálního, tak přístupem z polohy gynekologické. (4, 10, 24)

„Hysterektomie rovněž symbolicky kopíruje vývoj a pokrok v operačních technikách. Samotným konceptem jednoduchý výkon však představuje pro nemocnou množství fyzických, psychologických a emočních komplikací, s kterými se musí jak ona sama, tak i její bezprostřední okolí, vyrovnat.“ (27, s 207)

Žena často přichází do lékařských ordinací neinformována. Je velice důležité, aby každá žena znala důvody chirurgického odnětí dělohy a smířila se s tím, že je to naprosto nutný výkon, protože z psychického hlediska se jedná o jednu z nejnáročnějších operací ženy. Právě zde je nezastupitelné místo pro porodní asistentky, které jako vysokoškolsky vzdělané ošetřovatelky provedou pacientku tímto pro ni složitým obdobím. (10, 24)

### 1.1 Hysterektomie abdominální

Abdominální hysterektomie je vynětí celé dělohy. Tato operace je nejčastěji vykonávaný gynekologický výkon. Hysterektomie se provádí buď s ponecháním adnex nebo s odstraněním adnex a to buď jednostranně nebo oboustranně. Někdy bývá označována jako prostá (ponechání adnex), spíše k odlišení od hysterektomie rozšířené. Adnexa se odstraňují u všech onkologických indikací a při patologickém nálezů. U

mladších žen se adnexa ponechávají, pokud je to možné, protože se tak předchází předčasné menopauze. Zdravá adnexa se odstraňují zhruba po 47. roce věku. Po výkonu je možné nasadit hormonální substituční léčbu, kdy hormony, které jí dosud produkovala ovaria, jsou podávány ve formě léků. (3, 4, 14)

#### 1.1.1 Indikace

Typickou indikací k hysterektomii abdominální jsou děložní myomy, zejména jsou-li značného rozsahu. Mohou způsobovat silné a nepravidelné krvácení. (27)

Jinou běžnou indikací bývá dysfunkční krvácení při neúspěchu konzervativní léčby. Mezi další indikace je možno zařadit endometriózu, těžké zánětlivé a pozánětlivé stavy a benigní tumory adnex. Dále některé typy chronických bolestí, prekancerózy endometria a cervixu a onkologické indikace. Dají se sem zařadit i porodnické indikace jako například nezastavitelné poporodní krvácení, ruptura dělohy, atonie dělohy nebo placenta accreta, increta a percreta, ale tyto indikace jsou málo časté a vyžadují specifický přístup, protože se jedná o urgentní situaci. (8, 27)

#### 1.1.2 Postup

Pacientka se na operačním stole ukládá do Trendelenburgovy polohy (sklon dolů nejvíce o 45°), aby se zvýraznila bederní lordóza. Dle závažnosti onemocnění pacientky a velikosti dělohy se provádí buď řez příčný nad symfýzou – dle Pfannenstiela nebo řez podélný, který používáme vždy u onkologických indikací. Po protěti všech vrstev břišní stěny je děloha oddělena od všech závěsných vazů, které ji udržují v pánvi, dále od močového měchýře a od cév, které ji zásobují krví. Poté se děloha oddělí od pochvy a vyjme. Pochva se následně sešije. Vznikne tak tzv. poševní pahýl, který se fixuje na pánevní vazy. Poté se uzavírá dutina břišní. Po operačním výkonu se může krátkodobě zavést drenáž dutiny břišní. (2, 8)



### 1.1.3 Komplikace při operaci

Při abdominální hysterektomii může dojít k poranění močového měchýře při odstřihování dělohy od pochvy nebo když se močový měchýř sesunuje, dále také k poranění močovodu při preparaci děložních cév anebo k poranění rekta. K poranění rekta může dojít pokud se tato hysterektomie provádí kvůli zánětu nebo endometrióze, protože rektum je někdy velmi silně a vysoko připoutáno k zadní stěně hrdla děložního. (2)

### 1.1.4 Komplikace po operaci

V širším slova smyslu lze pooperačním komplikacím (nejen u hysterektomie abdominální) předcházet celým komplexem opatření, tzn. příprava pacientky k operaci, premedikace, šetrná narkóza, fyziologické operování a správná pooperační péče. (4) Nejčastějšími pooperačními komplikacemi jsou krvácení, febrilie a nedokonalé zhojení jizvy. Mohou se vyskytnout i komplikace jako pooperační pánevní infekce, infekce močových cest (souvisí s katetrizací močového měchýře, její délkou a opakováním), krátkodobé zhoršení vyprazdňování močového měchýře (může být způsobeno otokem) a velmi vzácně i střevní nebo cévní neprůchodnost. Při infekci močových cest se vyskytují příznaky jako dysurie, bolest, pálení a řezání při močení, často se přidávají i subfebrilie. Těsně po operaci je nutno počítat se ztíženým vylučováním moči, otokem v místě rány a s dočasným zhoršením průchodnosti střev. (6, 12)

„Úkolem každého operátora je snižovat komplikace spojené s provedením hysterektomie abdominální na nejnižší možnou míru a hledat co nejjednodušší a nejefektivnější strategii přístupu k výkonu, operační technice a pooperační péči“ (27, s 214). Nezastupitelná úloha v prevenci a léčbě komplikací přísluší porodním asistentkám, které připravují pacientky před operací fyzicky i psychicky, pečují o ni perioperačně a pomáhají jim v návratu do normálního života. (19)

## 1.2 Hysterektomie vaginální

Vaginální hysterektomie je odstranění dělohy poševní cestou, které se obvykle provádí při sestupu nebo výhřezu dělohy a poševních stěn. Tato operace byla pro gynekologii nejtýpější, ale pro pokroky v operační technice, v anesteziologické a resuscitační péči, je řazena až za hysterektomii abdominální. Výkon u sestupující a malé dělohy nezpůsobuje vážnější potíže, ale problémy mohou nastat u patologických nálezů na děloze. Objektivně se vaginální přístup považuje za technicky obtížnější kvůli nesnadnému přístupu k operačnímu poli a pro omezený přehled. Navíc přívrženci této operace zdůrazňují nutnost vycvičené asistence. Tato hysterektomie má ale i své přednosti, které vyplývají z nižší invazivnosti menšího operačního pole a lehčí průběh pooperačního období, což bývá výhodné zejména u starších nebo rizikových pacientek. Dalšími výhodami je minimální manipulace se střevy, malá krevní ztráta a redukce analgetik a antibiotik. (4, 5, 10, 14)

Vaginální hysterektomie bývá většinou také spojována s kratší dobou hospitalizace, s menším výskytem komplikací a s rychlejší rekonvalescencí. Výhodou tohoto způsobu operace je, že nezanechává žádné viditelné jizvy na břišní stěně. Vaginální hysterektomie je ale náročnější na ošetrovatelskou péči pro močový dyskomfort, atd. (5, 14)

### 1.2.1 Indikace

„Problematika indikací k této hysterektomii je zároveň jednoduchá i složitá. A jelikož některé z nich nejsou striktně vymezeny, vytvářejí si některé národní odborné společnosti vlastní doporučení. Na obecné indikace pak navazují indikace k přístupové cestě.“ (27, s 217)

Nejčastějšími indikacemi k hysterektomii vaginální jsou sestup dělohy s poševními stěnami. Dalšími indikacemi jsou myomy, krvácení, prekancerózy endometria nebo cervixu, chronické bolesti v podbřišku či adenomyóza. (10, 27)

### 1.2.2 Postup

Pacientce se vydezinfikuje operační pole, tzn. pochva, hráz a přilehlé oblasti stehen. Pozziho kleštěmi („amerikány“) se zachytí děložní hrdlo. V místě úponu pochvy na děložní hrdlo se provede cirkulární řez. Po vysunutí poševních stěn se postupně podvazují a přerušují vazy děložní a cévy. Po přerušení závěsného aparátu děložního se děloha luxuje do operačního pole. Po odstranění dělohy zpravidla následuje přední a zadní plastika poševní se závěsem na zbytky vazů děložních. (4, 17)

### 1.2.3 Komplikace

„Z časných pooperačních komplikací nutno zmínit krvácení a infekci, mnohdy podmiňuje jedna druhou. Pokud je operační prostor drenován, k okultnímu krvácení nedochází.“ (27, s 222)

„K dramatickému poklesu pooperačních infekcí po hysterektomii vaginální došlo po zavedení antibiotické profylaxe.“ (27, s 223)

Jinak mezi pooperační komplikace patří febrílie, pooperační pánevní infekce, pánevní hematoma, pánevní flebotrombóza a septický šok. Může se objevit i paralytický nebo obstrukční ileus. Třetí den po operaci se nejčastěji vyskytuje infekce močového ústrojí, infekce rány a pánevní zánětlivé komplikace. Vše záleží na délce operace, množství krevní ztráty, dlouho trvající katetrizaci, věku pacientky, přidruženém onemocnění ženy (např. diabetes mellitus) a pooperační hypotenzi. (10)

## 1.3 Laparoskopicky asistovaná hysterektomie vaginální (LAVH)

Laparoskopicky asistovaná hysterektomie vaginální (dále LAVH) je stále častěji používaný typ operace, spojuje výhody laparoskopického a vaginálního přístupu k odstranění dělohy. Těmito výhodami jsou minimální operační zátěž, menší pooperační bolest, minimální krevní ztráty, časnější mobilizace, snížení rizika žilních komplikací, rychlejší obnova funkce střev a minimální tvorby pooperačních srůstů. Většinou bývá i kratší doba hospitalizace, ale ta záleží na klinickém stavu pacientky. (4, 22)

### 1.3.1 Indikace

Zde se prolínají indikace k hysterektomii abdominální s indikacemi k hysterektomii vaginální. Záleží na velikosti dělohy a na přidružených onemocněních, eventuálně na obezitě pacientky. Mezi indikace řadíme benigní i maligní onemocnění vnitřních rodidel. Benigní nádory dělohy a adnex, prekancerózy děložního hrdla, těla a ovaria, karcinomy dělohy a děložního hrdla v časném stádiu. Patří sem i děložní krvácení u žen po menopauze, které nezabírá na léčbu, bolestivost v podbříšku zejména po recidivujících zánětech nebo po operacích v malé pánvi. (10)

### 1.3.2 Postup

Pacientka je umístěna na operační sál do vaginální polohy a vydezinfikuje se jí operační pole. Následně se zavádí děložní manipulátor, díky kterému se může pohybovat dělohou. Dále se zavádí port pro videosoustavu buď v pupku nebo v jeho dolním okraji a další dva přídatné porty. Čtvrtý trokar se zavádí dle velikosti dělohy a anatomické situace v dutině břišní a pánvi. Dutina břišní je naplněna kysličníkem uhličitým pro lepší přehlednost a manipulaci. Pacientka se sklápí do Trendelenburgovy polohy. Uvolní se děloha od okolních tkání (buď s adnexy nebo bez nich) a odstraní se poševní cestou po podvázání cév. Následně se uzavře pochva, případně se doplní poševní plastiky se závěsem na pánevní vazy. Díky laparoskopické metodě je operování velmi přesné s minimálním krvácením a poškozením zdravých okolních tkání. (10, 22)

### 1.3.3 Komplikace

Při operaci může dojít k poranění střeva, plynové embolii, krvácení a poranění břišních orgánů, poranění střeva a močového měchýře. Po operaci se může vyskytnout pánevní hematoma, febrilní stav, zánětlivé hojení poševní sutury nebo infekce močových cest. Možné komplikace po LAVH jsou zejména u žen obézních s BMI (body mass index) nad 30, zejména kvůli délce trvání operace. (10)

## 1.4 Vyšetření pacientky

Pokud pacientka nemá svého stálého lékaře, tak se jako první sepisuje anamnéza (rodinná, osobní, gynekologicko – porodnická, nynější onemocnění). Dále se pokračuje *aspekci* (pohled), kdy je hodnocena konstituce těla, biologický věk, výška, hmotnost, chůze, celkový vzhled a nápadné abnormality. Po aspekci následuje *palpace* (pohmat), *perkuse* (poklep) a *auskultace* (poslech). Po provedení těchto výkonů by mělo nastat gynekologické vyšetření, které se skládá z vyšetření v zrcadlech, z vyšetření bimanuálního, rektálního a rektovaginálního. Součástí také bývá vyšetření prsů. (21)

Mimo toto všechno patří také k základnímu gynekologickému vyšetření i *kolposkopie*. Jejím principem je lupové zvětšení dobře osvětleného zorného pole a slouží k prohlížení ektocervixu (dlaždicový epitel) děložního hrdla. Kolposkopie by měla být prováděna před palpačním vyšetřením, aby nedošlo k poranění ektocervixu vyšetřujícím prstem. Pacientce by měla být dále provedena *cytologie*. Je to diagnostická metoda, která hodnotí kvalitu buněk nátěru z povrchu děložního čípku, pochvy, zevních rodidel. Jejím cílem je odhalit nepravidelnosti buněk nádorového nebo předrakovinného charakteru nebo na ně upozornit. Cytologie spolu s kolposkopií je neodmyslitelnou součástí preventivních prohlídek žen. (21)

Dále se diagnóza může zpřesnit *rentgenologickým vyšetřením, urografií* – k posouzení stavu odvodných močových cest, *ultrazvukovou diagnostikou* – bývá často popisována pouze jako metoda pomocná. Využívána bývá také *magnetická rezonance* – obrazy v podobě řezů s možností zobrazování ve zcela libovolných rovinách a s velmi vysokou kvalitou zobrazení. Neměla by se opominout *hysteroskopie*. Je to diagnostická metoda, při které prohlížíme dutinu děložní. (21)

### 1.4.1 Předoperační příprava

Příprava ženy ke každé operaci je velice důležitá neboť každá operace představuje pro ženu určitou zátěž a je spojená s možným rizikem vzniku komplikací. Proto se nejprve čerpají možnosti konzervativní léčby. Ale pokud jsou tyto možnosti vyčerpány a onemocnění nelze vyléčit jiným způsobem, přistupuje se k operaci.

Cílem předoperační přípravy je vytvořit vhodné podmínky pro nekomplikovaný průběh operace, anestézie a předcházet pooperačním komplikacím. U ženy je potřeba určit vhodnou dobu k operaci. Ženy se neoperují v období menstruace a ani v období těsně před menstruací. A to z důvodu, že se při menstruaci zvyšuje krvácivost, orgány jsou překrveny a tím by se množství krevní ztráty při operaci zvětšilo. Další důvody, kdy se neoperuje, jsou virózy, záněty žil a akutní infekce dýchacích cest. (14, 19)

#### *1.4.1.1 Somatická příprava*

Pokud se nejedná o operační indikaci z nebezpečí ohrožení života pacientky a o operace starých nebo nemocných žen, přijímá se pacientka obvykle den před plánovaným operačním zákrokem. Přijetí jeden den před operací by mělo stačit ke zhodnocení celkového zdravotního stavu internistou a anesteziologem, který naordinuje předoperační medikaci. Do somatické předoperační přípravy patří předoperační vyšetření a příprava k operaci. Předoperační vyšetření spočívá v podrobném gynekologickém vyšetření včetně ultrazvukového vyšetření. Je-li nutno doplnit, také laboratoře (základní biochemické vyšetření, základní koagulační faktory a vyšetření moči). Před rozsáhlými a dlouhotrvajícími operacemi se doporučuje vyšetřit i respirační a oběhové funkce. V takovýchto případech se většinou pacientka přijímá dříve a termín operace se stanovuje až když je vyšetření kompletní. (4, 5, 14)

#### *1.4.1.2 Psychická příprava*

Tuto přípravu bychom neměli považovat pouze za součást všeobecné přípravy, ale věnovat jí zcela mimořádnou pozornost. V podstatě jde o kvalifikovanou péči o pacientku, které operační léčbu doporučujeme. V rámci této léčby se provedou veškerá ambulantně dostupná vyšetření tak, aby hospitalizace v nemocnici byla co nejkratší a to především v době „čekání“ na operaci. (4)

„Informace o zdravotním stavu nemocné by měl poskytovat v první řadě ošetřující lékař“ (11, s99). Lékař by měl pacientce vysvětlit vhodným a srozumitelným způsobem proč je operace nezbytná, jak dlouhý bude pravděpodobně její pobyt

v nemocnici, měl by nastínit průběh operace, co patří do předoperační přípravy a jaké jsou pooperační obtíže. To by měl být základ pro vytvoření důvěry k ošetřujícímu personálu a pro klid pacientky. Porodní asistentka by měla otázky pacientky vyslechnout a v rámci své kompetence na ně odpovědět. Porodní asistentka by měla také podat další informace o různých vyšetřovacích postupech a léčebných nebo diagnostických výkonech, které si vyžadují přípravu pacientky. Důležité je udržovat kontakt s pacientkou při rozhovoru. Žena má tak jistotu a lepší pocit, že jí porodní asistentka věnuje plnou pozornost. Psychická příprava se také zaměřuje na snížení obav z operačního výkonu a na vysvětlení fyzických a kosmetických následků operace, protože ženy některé své tělesné oblasti vnímají velice citlivě. Výhodou porodních asistentek je delší a chápavější styk s pacientkou s důrazem na její následnou ženskost. (11, 14, 25)

#### *1.4.1.3 Příprava k výkonu*

Tato příprava je závislá na druhu operačního výkonu. U velkých výkonů je příprava rozsáhlejší, menší výkony ji až tolik nevyžadují. Předoperační příprava by měla být prováděna v den před operací před podáním premedikace. V den operace se premedikace podává většinou nitrosvalově obvykle 1 hodinu před začátkem anestezie. Příprava sestává z oholení rodidel, vyprázdnění střev a z očistné koupele. Pokud jde o oholení rodidel, před vaginálními výkony se holí zevní rodidla a před abdominálními výkony se holí podbřišek. Rodidla by se pacientce měla oholit ráno před operačním zákrokem, jelikož při oholení rodidel večer před operací stoupá možnost vzniku infekce. Na tuto závislost upozornila výzkumná práce ošetřovatelského personálu. Holí se vodou a mýdlem. Pouze při akutních operacích se holí tzv. na sucho, aby byla zachována suchá pokožka. U vyprázdnění střev záleží na druhu a rozsahu operace. Někdy stačí pouze dietní omezení a někdy je potřeba podání laxativ nebo očistného klyzmatu. (5, 14, 25) „Po hygienické očištění se podávají také vitální předepsané léky (kardiotonika, kortikoidy, antibiotika, infuze)“ (2, s 26).

Večer před operací již pacientka nic nejí, může pouze pít a je poučena, že od půlnoci nesmí jíst, pít a kouřit. Ráno se provede výplach pochvy. Aby se zajistil

prázdný močový měchýř, zavádí porodní asistentka asepticky permanentní katétr. Nejčastěji se používá Folleyův katétr. Dále musí mít pacientka odložené všechny šperky a zubní protézy. O protézu se stará porodní asistentka tak, aby jí pacientka měla u sebe v co nejkratší době po operaci. Vlasy by měla mít kryty čepicí, nehty odlakované a tvář bez líčení. Důraz je také kladen na prevenci vzniku tromboembolických operačních komplikací, kdy se pacientce podávají preparáty snižující krevní srážlivost dle ordinace lékaře a bandážují se dolní končetiny pomocí elastických obinadel nebo speciálních punčoch. A nakonec se podle rozpisu anesteziologa podává premedikace půl hodiny před operací. Pacientka musí být po podání upozorněna, aby už nevstávala z postele, protože hrozí riziko kolapsu a následného zranění. (5, 25)

#### 1.4.2 Pooperační péče

##### 1.4.2.1 Jednotka intenzivní péče

„Pooperační péče je organizována různě podle možností každé nemocnice. Ideální je, když může být nemocná po skončení operace převezena z operačního stolu do dospávacího pokoje, který je umístěn v blízkosti operačního sálu. Výhody takto organizované časné pooperační péče jsou zřejmé. Zamezí se zdvojení technického vybavení, šetří se školený personál, zachraňují se lidské životy“ (2, s 30).

Z operačního sálu jsou pacientky převezeny na jednotku intenzivní péče, kde jsou pod neustálým dohledem porodní asistentky a lékaře. „K pooperační péči patří i boj proti bolesti, pocházející především z operační rány. Nemocná nemůže usnout, nemůže dostatečně ventilovat a odkašlat“ (2, s 38). Po odeznění anestézie se podávají analgetika na tlášení bolesti, ty jsou obvykle ordinovány dle potřeby po šesti hodinách. Porodní asistentka dle zavedené škály bolestí doporučuje a pečuje o úlevové polohy, zmírnění potíží podáním ledu apod. Dávky analgetik se postupně snižují. Porodní asistentka sleduje základní životní funkce, kam patří krevní tlak, frekvence tepu, dýchání a vědomí. Dále musí kontrolovat prokrvení kůže a sliznic a stav operační rány (prosakování, vytékání krve z rány). Pacientka dostává infuze, případně transfuze, kvůli náhradě tekutin a krevních ztrát během operace. U transfuze se musí pacientka



kontrolovat kvůli možnému vzniku nežádoucích reakcí jako jsou alergické reakce, anafylaktické reakce, infekční komplikace, febrilní transfuzní reakce nebo transfuzí způsobená akutní plicní poškození. Dále je důležité sledovat příjem tekutin, vyprazdňování močového měchýře, množství vyloučené moči, její zbarvení, kvalitu a příměsi. Pokud má pacientka drenáž, sleduje se správná funkce drénu a množství a barva vytékající tekutiny. (14, 25)

Profylaktické podávání antibiotik bývá považováno za plně indikováno u předpokládaných dlouhotrvajících operací (nad 3 hodiny) nebo u indikací z interního či jiného hlediska. (4)

Porodní asistentka si u pacientky všímá také projevy nauzey a zvracení, které by nemělo trvat déle než 24 hodin po operaci. V té době jsou tyto projevy považovány za možné. Pokud pacientka zvrací, musí se pečlivě sledovat, aby nedošlo k aspiraci zvratků. V případě potřeby se pacientce odsává sekret z horních cest dýchacích. Podávání tekutin porodní asistentkou po operaci je velice závislé na typu a druhu výkonu. V den operace přijímá pacientka tekutiny především v nitrožilní infuzi, dále se obvykle pacientce po probuzení podává čaj po lžičkách a postupně se množství tekutiny zvyšuje. V tomto období se musí také dbát na hygienu, ale ta je ztížena omezeným pohybem pacientky. Potřeba čistoty je základní biologickou potřebou. Tato potřeba hygieny je zcela individuální. Pacientce musí být zajištěna dostatečná hygiena a to buď s dopomocí nebo s celkovou pomocí ošetřujícího personálu. Pacientka zůstává na tomto oddělení 24 až 48 hodin, záleží na závažnosti operace a na jejím klinickém stavu, poté je převezena na pooperační oddělení. (5, 14, 25, 26)

#### *1.4.2.2 Pooperační oddělení*

„Z jednotky intenzivní péče, je-li operovaná stabilizována, tj. je-li při vědomí, má normalizovaný kardiovaskulární a respirační systém, se překládá se souhlasem anesteziologa buď na pooperační pokoj standardní, nebo na žádost pacientky na pokoj nadstandardní prostorovým vybavením a řešením (s doplatkem). Nemocné, které jsou v bezvědomí buď vlivem relaxancií, nebo ty, které vyžadují speciální resuscitační péči, jsou hned po ukončení operace přeloženy na resuscitační stanici“ (2, s 30).

V prvních čtyřech dnech se sleduje a měří diuréza a měří se krevní tlak několikrát denně. Dle stavu pacientky jí první den po operaci dovolíme vstát z lůžka za pomoci porodní asistentky. Druhý den už může pacientka jít mimo pokoj a dojít si sama na toaletu. Stejně tak od druhého až třetího dne se může pacientka dojit osprchovat ještě s pomocí porodní asistentky. Právě toto časně vstávání a pooperační rehabilitace jsou důležité pro předcházení tromboembolických nemocí. Porodní asistentka tráví s pacientkou nejvíce času a je jejím průvodcem tímto těžkým obdobím. Její přítomnost zvyšuje jistoty u operovaných žen. (5, 14)

Drény se odstraňují v závislosti na sekreci, permanentní katétr po 24 hodinách pokud se nevyskytnou žádné komplikace po operaci, jinak vždy individuálně dle aktuálního zdravotního stavu. Do 48 hodin (pokud nedošlo k nějaké patologii) po výkonu se obnoví spontánní odchod plynů. Odchod plynů se dá urychlit časným vstáváním s pomocí porodní asistentky, která může také zavádět rektální rourky a poučit o dietních opatřeních. Stolice po nekomplikovaných operacích se většinou obnovuje kolem 2. až 3. dne po operaci, protože po výkonu nastává útlum střevní činnosti. Stehy odstraňuje porodní asistentka obvykle 7.den dle rozsahu rány, dle druhu operačního výkonu a dle klinického stavu hojení, pokud nejsou vstřebatelné. Poté bývá pacientka propuštěna do domácí péče, ale propuštění musí vyhovovat její klinický stav. Po propuštění z nemocnice se pacientka dostaví na kontrolu ke svému obvodnímu gynekologovi zhruba za 4 až 6 týdnů. Zde může žena opět probrat svůj stav, obavy a stesky s porodní asistentkou, která je zevrubně obeznámena s indikacemi k operaci, operační péčí a pooperačním výsledkem. (4, 5, 14)

#### *1.4.2.3 Diety*

Dietu určuje lékař podle druhu operace a pooperačního průběhu. Každá pacientka musí dostat a jíst pouze předepsanou dietu. Jídlo se pacientkám podává pravidelně s přiměřeným intervalem. Obvykle se pacientce podává strava tekutá v prvních dvou dnech po výkonu a od třetího dne již dostává stravu kašovitou. Zhruba do jednoho týdne je pacientka převedena na normální stravu. Nezastupitelné místo v kontrole příjmu a výdeje stravy opět náleží porodním asistentkám, které kontrolují

pacientky a jejich příjem a pomáhají jim se stravou tam, kde to pacientky samy obtížně zvládají. (5, 20)

#### *1.4.2.4 Rehabilitace*

Rehabilitace obvykle započne hned v první den po operaci, kdy operovaná nabývá vědomí. Začíná se dechovými cvičeními. Je to soubor cviků, při kterých jsou dechové pohyby řízeny vědomě. Tato cvičení jsou buď statická, kdy pacientka nezapojuje končetiny, nebo dynamická, kdy jsou zapojeny i končetiny. Cílem těchto dechových cviků je zlepšit u pacientky plicní ventilaci a usnadnit vykašlávání jako prevenci dechových komplikací a zlepšení fyzické kondice. (15)

Po dechovém cvičení se začíná s polohováním, což znamená střídání poloh těla nebo jeho částí v určitých intervalech ve správném postavení páteře a velkých kloubů. Ošetřovatelským cílem při polohování bývá zabránit vzniku dekubitů a kloubních deformit. Existují různé druhy pomůcek, které se dají při polohování použít, například polštáře různých tvarů, materiálů a velikostí, válečky, kola, bedničky a sáčky s pískem. Dále se pokračuje pohybovým cvičením na lůžku. Pacientky po gynekologických operacích se vertikalizují přes bok s vynecháním sedu. Tato cvičení určuje rehabilitační pracovnice, ale často cvičení provádějí edukované porodní asistentky. S každým dalším dnem se postupně přidávají náročnější cviky. Po propuštění z nemocnice by ženy měly cvičit i doma a to cviky k posílení břišních svalů po abdominálních operacích. Speciální cviky jsou doporučovány po operacích pro inkontinenci moče. Cviky dle Kegela bývají prováděny již před operací a toto cvičení může opět vést edukovaná porodní asistentka. (5, 15)

### **1.5 Žena a její psychika**

Nemoc představuje určitou změnu běžné životní situace. Pro některé ženy představuje zátěž už v tom, běžný rytmus každodenního života se musí nahradit novým, méně běžným. Aktivní žena těžce snáší připoutání na lůžko v nemocnici a těžce se

vzdává svých každodenních aktivit, na které byla zvyklá. K operaci samozřejmě patří i strach ženy a následně také bolest. (7)

„Mezi úrovní strachu a bolesti je přímá závislost. Strach zvyšuje práh bolesti. Čím více se nemocná bojí, tím hůře snáší bolest. Vnímání bolesti ovlivňuje i nedostatek spánku, nepochopení, sklíčená nálada, nechutenství a apatii“ (7, s 242). Díky edukaci a správným informacím může porodní asistentka strach pacientky snížit nebo odstranit. Ženy si po odstranění vaječníků často stěžují na návaly horka, noční pocení a další příznaky menopauzy jako změn tělesné hmotnosti, osteoporóza, poruchy nálady, poruchy spánku, bolesti hlavy atd. Ženy po hysterektomii trpí do tří let po operaci s čtyřikrát větší pravděpodobností depresemi ve srovnání s ostatními ženami. Depresivní ženy, které podstoupily hysterektomii, trpí touto duševní poruchou dvakrát déle (v průměru dva roky) než ženy bez hysterektomie. Také se stává, že ženy po hysterektomii navštíví poprvé psychiatra s pětkrát větší pravděpodobností než ženy bez operace. Nespokojenosti s následky zákroku proto časem přibývá. (22)

Hysterektomie může ženě způsobit psychické problémy, deprese a pocity ztráty ženství. Je potřeba, aby žena před operací i po ní podstoupila konzultace, které tyto problémy minimalizují. Pokud má žena před operací „nepříjemné „, potíže a je o nutnosti hysterektomie přesvědčená, tak k těmto psychickým problémům dochází jen výjimečně, protože je ráda, že se zbavila bolestí, dlouhého menstruačního krvácení (menoragie) a dalších potíží. Nespokojenost se vztahuje k myšlenkám, zda-li byla operace provedena ze závažných důvodů a zda-li žena využila další dostupné možnosti. Nejhůře se s hysterektomií vyrovnávají ženy v plodném věku nebo ženy, kterým byly odstraněny vaječníky ještě před menopauzou. Ženy ale vše zvládají lépe, když vědí, že jim operace zachránila život anebo že jim přinesla velké zlepšení. Zde je významné místo pro práci porodní asistentky, která svým přístupem a vysvětlováním dokáže ženám po hysterektomii pomoci. (3)

## **1.6 Pohyb a námaha po hysterektomii**

Po propuštění z nemocnice by ženy měly udržovat svou činnost na mírném stupni, ale jakmile pocítí jakoukoliv bolest, měly by přestat. Obecně platí, že lehká

práce jako jsou nákupy nebo domácí práce, může žena provádět od pátého týdne. Do konce šestého týdne by se měla již cítit normálně, ale může ji obtěžovat neustálá únava. Nedoporučuje se zvedání těžkých břemen po dobu 2 až 3 měsíců. (3)

Po hysterektomii vaginální by měly ženy dodržovat zvýšenou hygienu tzn. často se sprchovat, nechodit do bazénů ani si nesehat do vany a to z důvodu prevence zánětu. Doporučené aktivity probere porodní asistentka s pacientkou ještě před odchodem z nemocnice. (3)

### **1.7 Hormonální substituční terapie u žen před menopauzou**

Tato terapie spočívá v nahrazení ženských pohlavních hormonů. Léčba estrogenu bývá kontinuální. Způsoby podání těchto hormonů jsou různé. Estrogeny se mohou podávat jako podkožní implantáty. Tyto implantáty se zavádějí pod kůži do břicha nebo stehna. Pomalu uvolňují hormony do krevního oběhu po dobu až osmi měsíců v závislosti na jednotlivci a použité dávce. Vložení se může provádět v lokální anestézii a trvá asi deset minut. Implantát se zavede pomocí kanyly. Výhodou implantátů je nízká dávka a délka účinnosti. (13, 18, 23)

Další možnost aplikace estrogenů je poševní cestou, což je velmi výhodné k odstranění obtíží přímo v pochvě a estrogeny nepůsobí celkově. Kroužek se ženám zavádí na tři měsíce do pochvy. Žena může také užívat tabletky a dražé, kterých existuje velký výběr. Nevýhodou bývá, že žena může kdykoliv zapomenou si tabletu vzít. Dávkování by měl lékař přezkoumat nejméně jednou ročně (může dojít ke změně stavu). (13, 23)

Moderním způsobem podávání estrogenů je transdermální aplikace formou gelu. Podávají se různé dávky, které jsou přísně individuální. Obvykle se začíná s nejnižší účinnou dávkou a po určité době se dá zvyšovat, pokud jsou nežádoucí příznaky pod kontrolou. Gely se aplikují denně na čistou, suchou a neporušenou kůži. Nechají se zasychat asi pět minut, pak se místo může překrýt oděvem. Žena by se neměla mít alespoň jednu hodinu. Gel se nesmí aplikovat na obličej, prsa, okolo vulvy a nesmí přijít do kontaktu s očima. (23)

K transdermální aplikaci se nepoužívají jen gely, ale i náplasti. Jsou to tenké lepidlové proužky nebo kolečka. Náplasti se aplikují buď týdně nebo jednou za dva týdny. Náplast je nutné přiložit na studenou, suchou kůži na horní část paže nebo na trup pod pás. Zvolené místo se nemaže krémem či olejem, ani nezasypává pudrem. Náplasti by se neměly lepit na prsa ani tam, kde je může podřít podprsenka, guma od kalhotek nebo pásek od kalhot. Je možné ji nechat na místě i během plavání a sprchování, ale při opalování by měla být přikrytá. Mohou ale způsobit podráždění kůže, stejně tak i gely, pak je třeba náplast sejmout a zkusit jiný výrobek jelikož lepidla se různí. Mnoho žen dává přednost tomuto způsobu aplikace, protože používání náplasti je jednoduché. (13, 18, 23)

Jako u každé jiné terapie se mohou vyskytnout nežádoucí vedlejší účinky, jako například nauzea, zvracení, zadržování vody, otoky prsů a jejich přecitlivělost. Další možné vedlejší účinky jsou změny hmotnosti, bolest hlavy, deprese a změny v pohlavní touze. Příležitostně se mohou objevit vyrážky na kůži a ztráta vlasů na hlavě. Naštěstí ženy jen výjimečně prodělávají všechny tyto možné vedlejší dopady. Mnoho vedlejších účinků je dočasných a jakmile se žena hormonálními změnám přizpůsobí, odezní. Pokud nejsou vedlejší účinky těžké, měla by se hormonální terapie vyzkoušet nejméně po tři měsíce a až teprve pak ji změnit nebo zastavit. Zastavení terapie víceméně ukáže, zda-li vedlejší účinky byly způsobeny hormonální terapií nebo jestli existuje jiná příčina. Hormonálně substituční terapii nelze nasadit při kontraindikacích jakou jsou neléčený karcinom prsu nebo endometria, hluboká žilní trombóza nebo těžké poškození jater. (13, 18, 23)

## **1.8 Pohlavní život po hysterektomii**

Často ženy netuší, jak to bude dále s jejich pohlavním životem. Měly by být poučeny u lékaře, že s jeho souhlasem mohou s pohlavním stykem začít opět za 6 týdnů po operaci, kdy vrchní část vagíny bude již zahojena. Dobré je nespěchat a používat lubrikanty. Ochrana před početím již není nutná. (3, 24)

Při hysterektomii zůstává zachována normálně dlouhá pochva, takže obtíže s pohlavním stykem mohou mít ženy, které intenzivně pocítují kontrakce dělohy při

orgasmu. Tomu je možno částečně pomoci delší předehtou nebo intenzivnější dotekovou stimulací. Co se týče rozdílnosti pocitů žen po hysterektomii s odstraněním adnex a u žen po hysterektomii s ponecháním adnex, nebyl zjištěn rozdíl v jejich sexuálním elánu, ale ženy po hysterektomii s odstraněním adnex udávají významný pokles počtu vaginálních orgasmů. Žena se často stydí svěřit se svému lékaři a raději by své problémy probrala s porodní asistentkou. Ta musí být připravena ji vyslechnout a taktně jí vše vysvětlit a poradit. (3, 13, 24)

## **2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíle výzkumu**

**Cíl 1:** Zjistit pooperační průběh u žen po hysterektomii abdominální, vaginální a po laparoskopicky asistované hysterektomii vaginální.

**Cíl 2:** Zjistit jaké nejčastější komplikace provázejí pooperační stav.

### **2.2 Hypotézy**

**Hypotéza 1:** Nejdelší pooperační průběh je u žen, které podstoupily hysterektomii abdominální.

**Hypotéza 2:** Nejčastější komplikace po hysterektomii jsou subfebrilie.

## **3. METODIKA**

Ke sběru dat bylo použito kvantitativního šetření ve formě analýzy dokumentů.

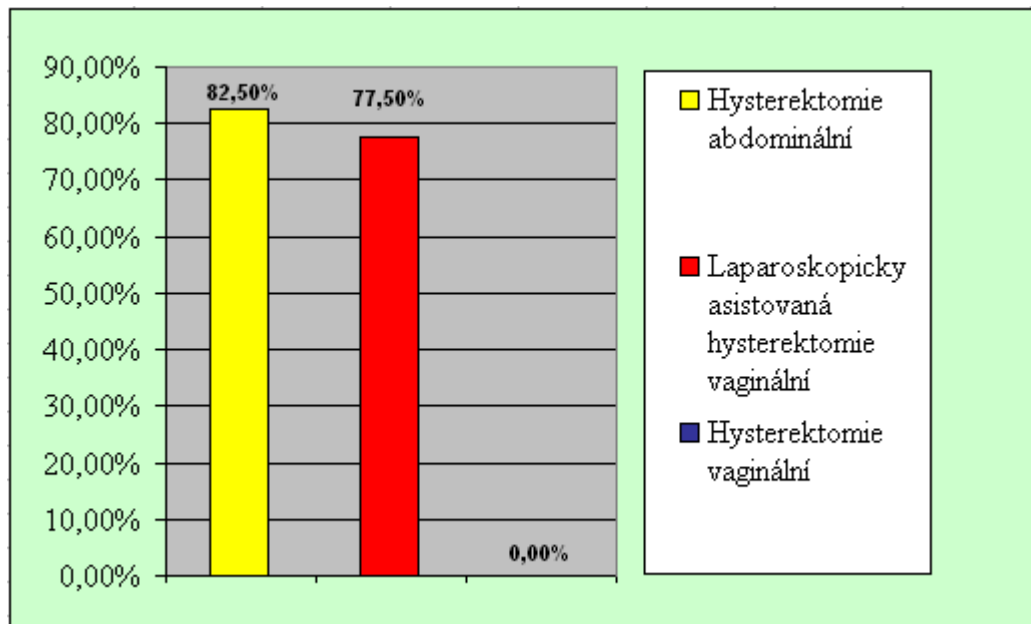
### **3.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumným souborem byly chorobopisy. Jednalo se o 40 chorobopisů od každého druhu operace vykonané za poslední 2 roky v Nemocnici České Budějovice.



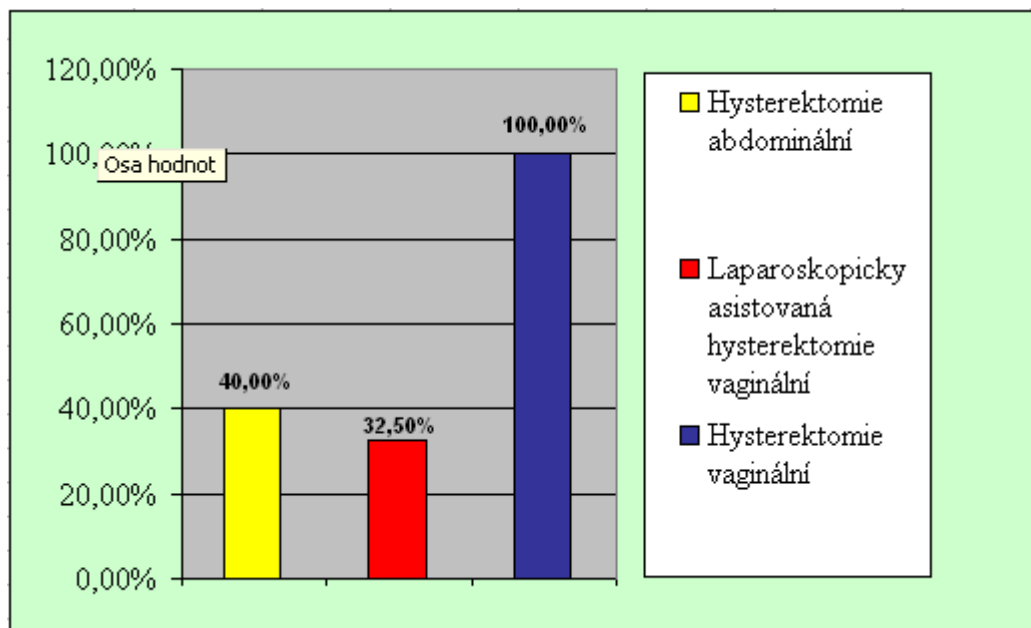
#### 4. VÝSLEDKY

**Graf 1 Častost odnětí adnex při hysterektomii**



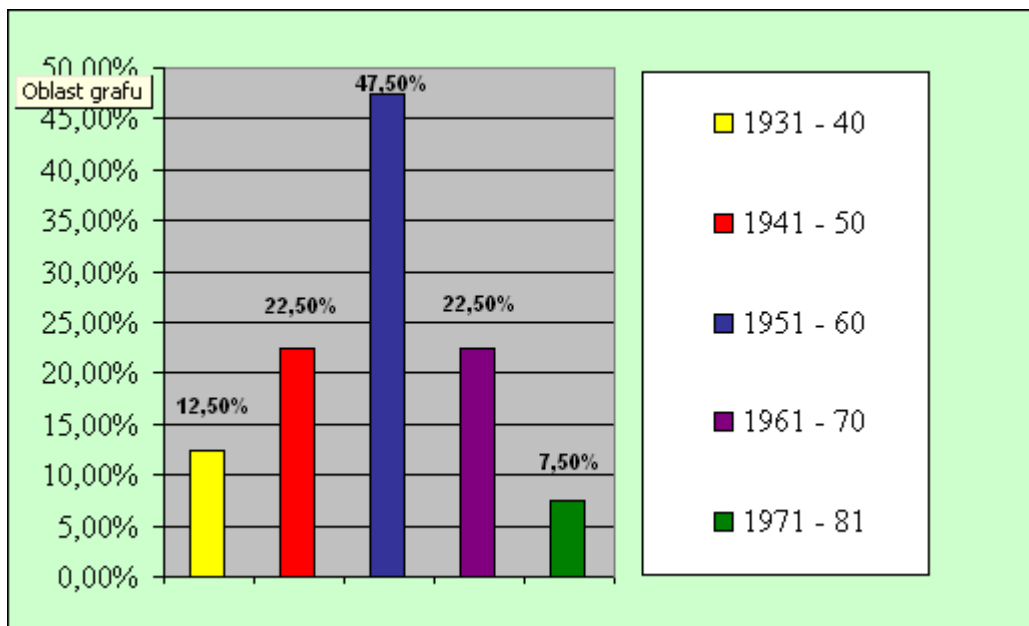
Z celkového počtu 120ti dokumentací jsou odňata adnexa z 82,50 % (33) u hysterektomie abdominální, ze 77,50 % (31) u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální, z 0,00 % (0) u hysterektomie vaginální.

**Graf 2 Častost hysterektomie po menopauze**



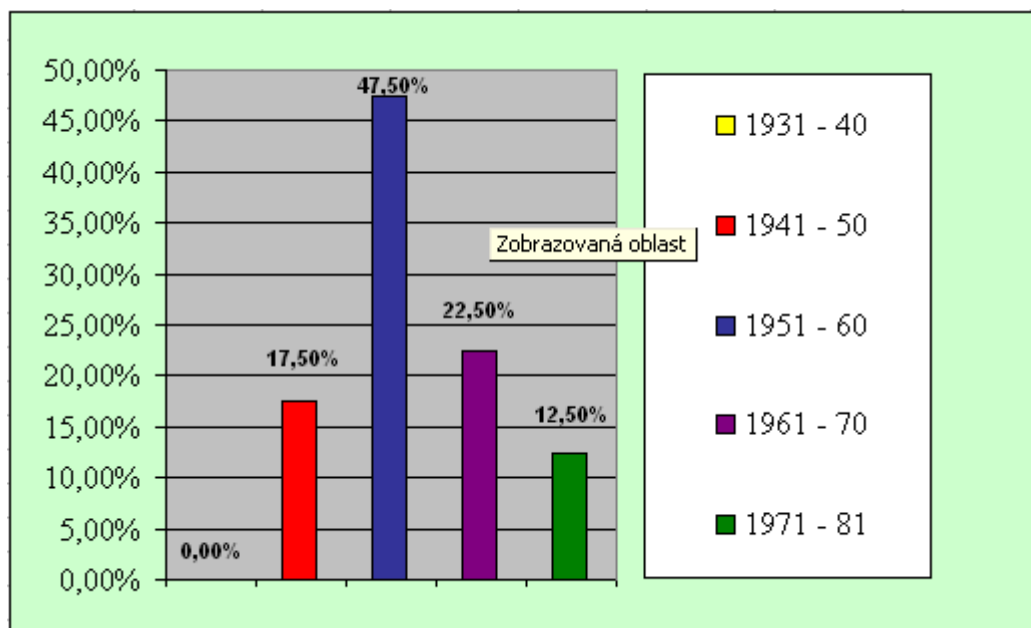
Z celkového počtu 120ti dokumentací se operace vykonala u pacientek po menopauze ze 40,00 % (16) u hysterektomie abdominální, ze 32,50 % (13) u laparoskopicky asistované hysterektomii vaginální, ze 100,00 % (40) u hysterektomie vaginální.

**Graf 3 Ročníky operovaných žen u hysterektomie abdominální**



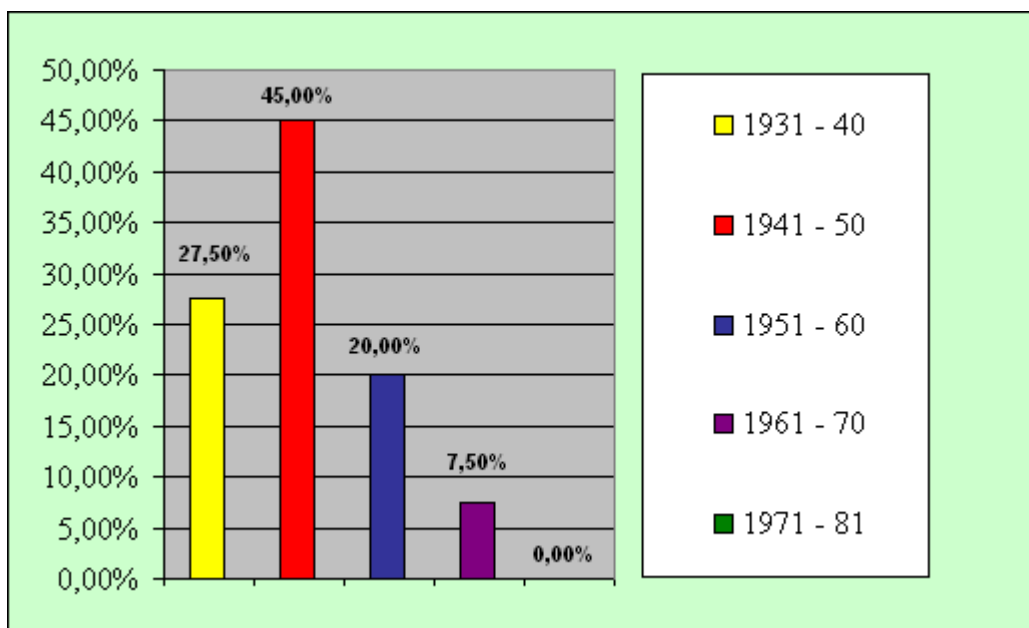
Z počtu 40ti dokumentací u hysterektomie abdominální bylo 12,50 % (5) pacientek narozených v letech 1931 – 40, 22,50 % (9) pacientek narozených v letech 1941 – 50, 47,50 % (19) pacientek narozených v letech 1951 – 60, 22,50 % (9) pacientek narozených v letech 1961 – 70, 7,50 % (3) pacientek narozených v letech 1971 – 80.

**Graf 4** Ročníky operovaných žen u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální



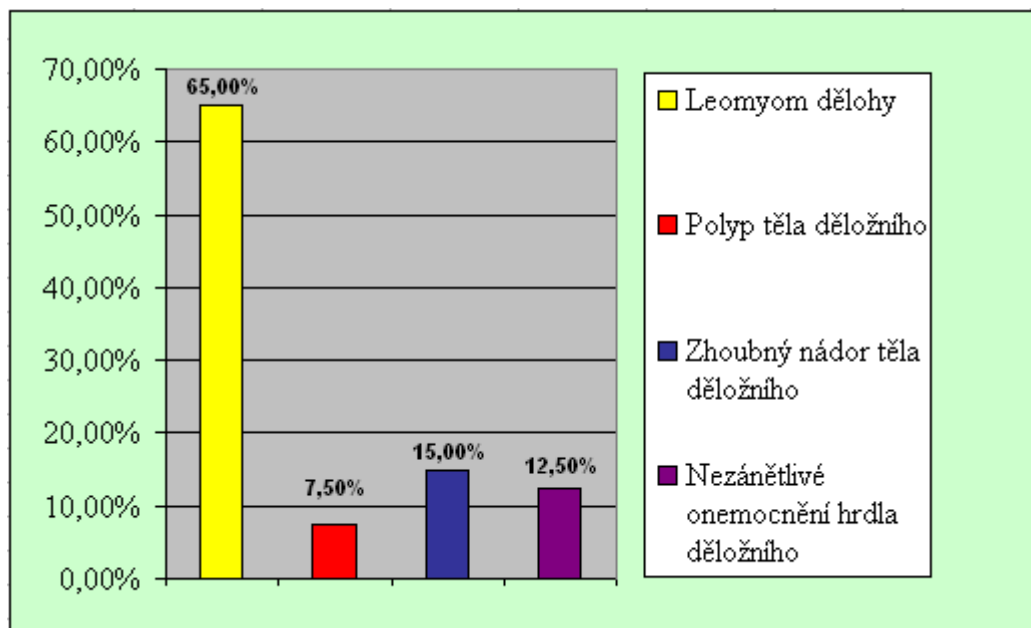
Z počtu 40ti dokumentací u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální bylo 0,00 % (0) patientek narozených v letech 1931 – 40, 17,50 % (7) patientek narozených v letech 1941 – 50, 47,50 % (19) patientek narozených v letech 1951 – 60, 22,50 % (9) patientek narozených v letech 1961 – 70, 12,50 % (5) patientek narozených v letech 1971 – 80.

**Graf 5** Ročníky operovaných žen u hysterektomie vaginální



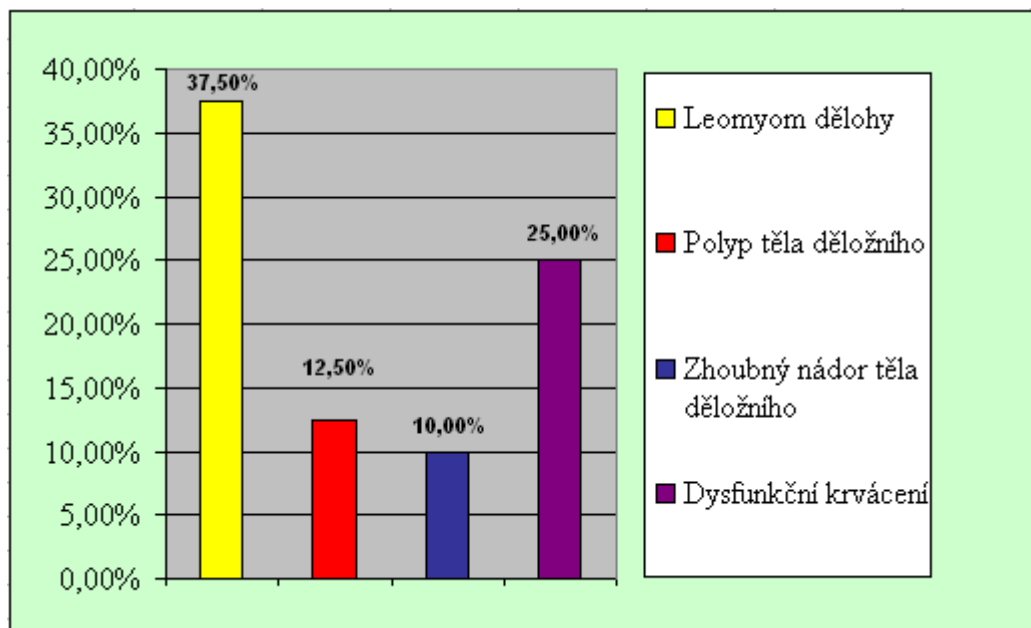
Z počtu 40ti dokumentací u hysterektomie vaginální bylo 27,50 % (11) pacientek narozených v letech 1931 – 40, 45,00 % (16) pacientek narozených v letech 1941 – 50, 20,00 % (8) pacientek narozených v letech 1951 – 60, 7,50 % (3) pacientek narozených v letech 1961 – 70, 0,00 % (0) pacientek narozených v letech 1971 – 80.

**Graf 6 Indikace k operaci u hysterektomie abdominální**



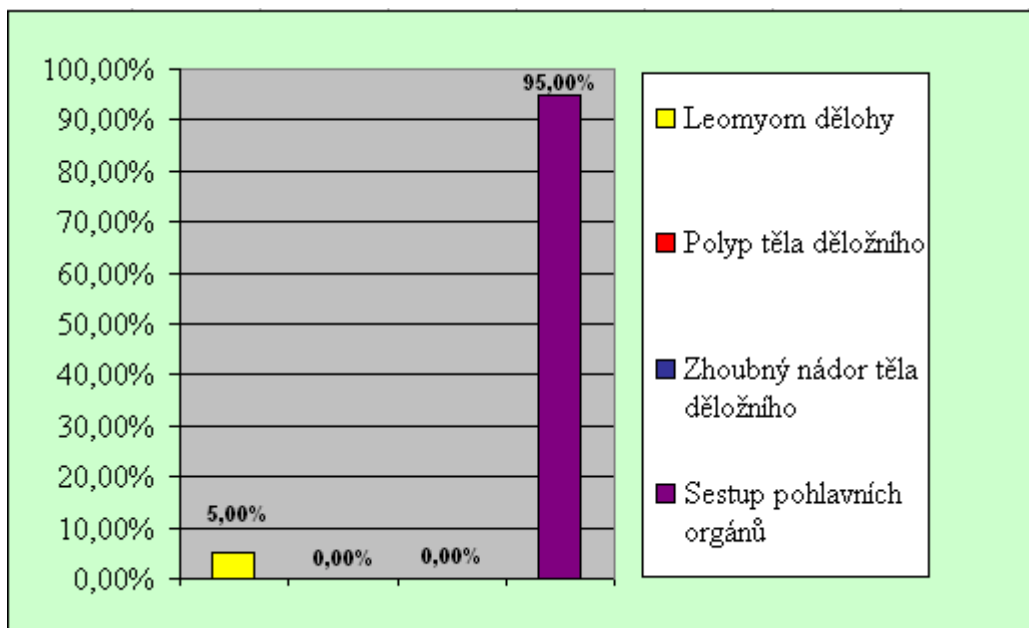
Ze 40ti dokumentací u hysterektomie abdominální byly důvody k operaci z 65,00 % (26) leomyom dělohy, ze 7,50 % (3) polyp těla děložního, z 15,00 % (6) zhoubný nádor těla děložního, z 12,50 % (5) neznámé onemocnění hrdla děložního.

**Graf 7 Indikace k operaci u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální**



Ze 40ti dokumentací u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální byly důvody k operaci ze 37,50% (15) leomyon dělohy, z 12,50% (5) polyp těla děložního, z 10,00% (4) zhoubný nádor těla děložního, z 25,00% (10) dysfunkční krvácení.

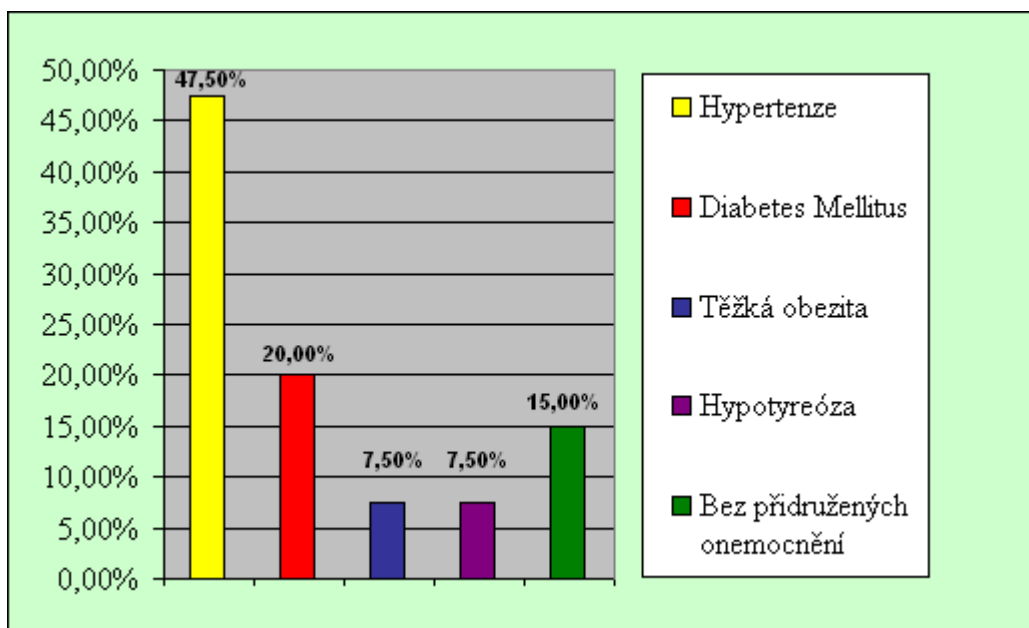
**Graf 8 Indikace k operaci u hysterektomie vaginální**



Z počtu 40ti dokumentací u hysterektomie vaginální byly důvody k operaci z 5,00 % (2) leomyom dělohy, z 0,00 % (0) polyp těla děložního, z 0,00 % (0) zhoubný nádor těla děložního, z 95,00 % (38) sestup pohlavních orgánů.

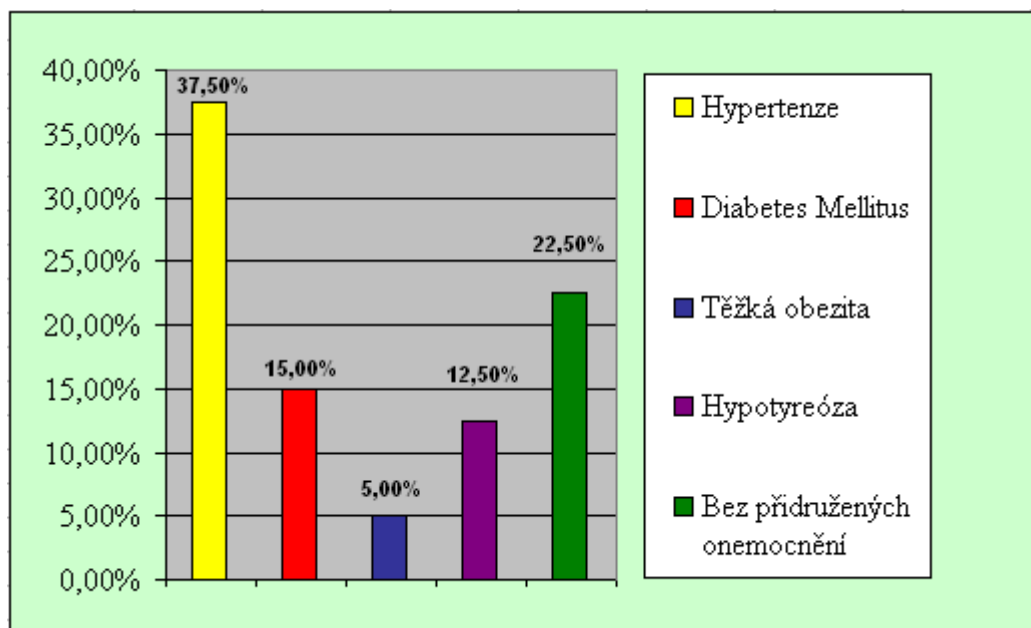


**Graf 9 Přidružená onemocnění u hysterektomie abdominální**



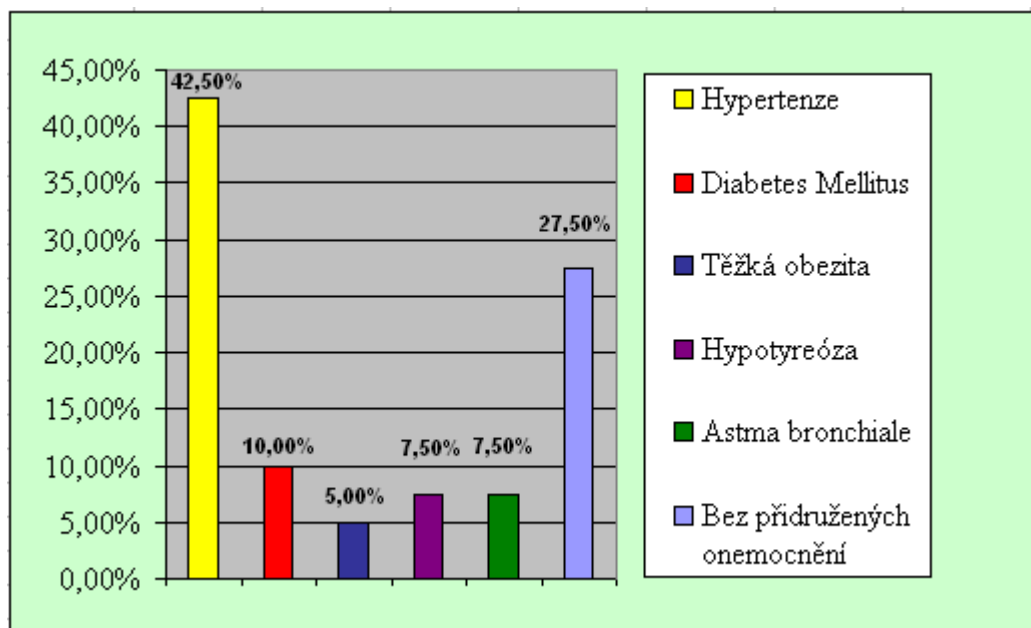
Z počtu 40ti dokumentací u hysterektomie abdominální byla přidružená onemocnění u pacientek ze 47,50 % (19) hypertenze, z 20,00 % (8) diabetes mellitus, ze 7,50 % (3) těžká obezita, ze 7,50 % (3) hypotyreóza, z 15,00 % (6) bez přidružených onemocnění.

**Graf 10** Přidružená onemocnění u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální



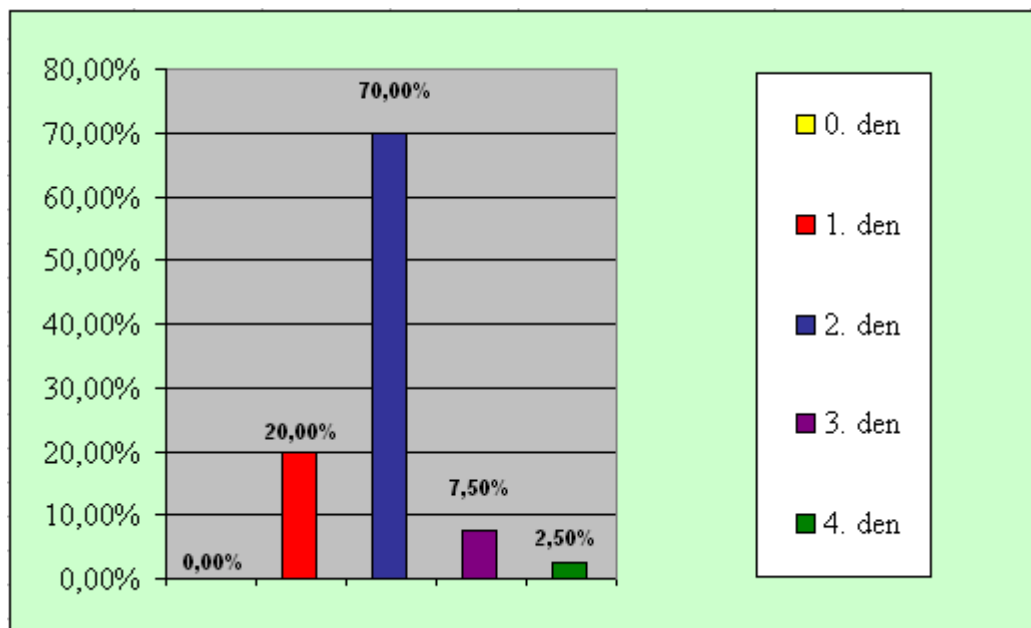
Ze 40ti dokumentací u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální byla přidružená onemocnění z 37,50 % (15) hypertenze, z 15,00 % (6) diabetes mellitus, z 5,00 % (2) těžká obezita, z 12,50 % (5) hypotyreóza, z 22,50 % (9) bez přidružených onemocnění.

**Graf 11 Přidružená onemocnění u hysterektomie vaginální**



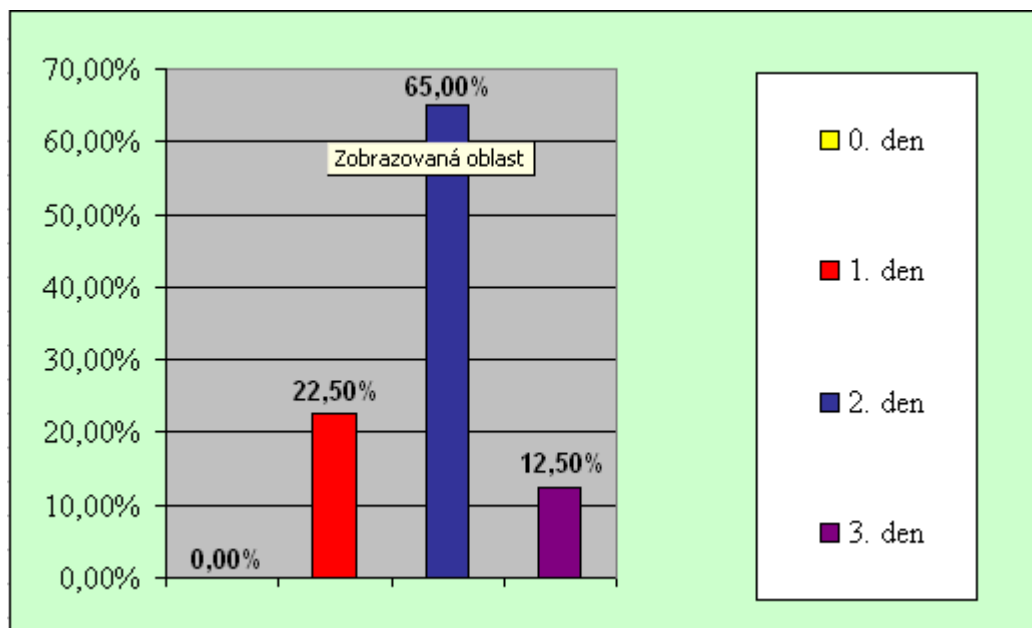
Z počtu 40ti dokumentací u hysterektomie vaginální byla přidružená onemocnění ze 42,50 % (17) hypertenze, z 10,00 % (4) diabetes mellitus, z 5,00 % (2) těžká obezita, ze 7,50 % (3) hypotyreóza, ze 7,50 % (3) astma bronchiale, ze 27,50 % (11) bez přidružených onemocnění.

**Graf 12 Odstranění Folleyova katétru u hysterektomie abdominální**



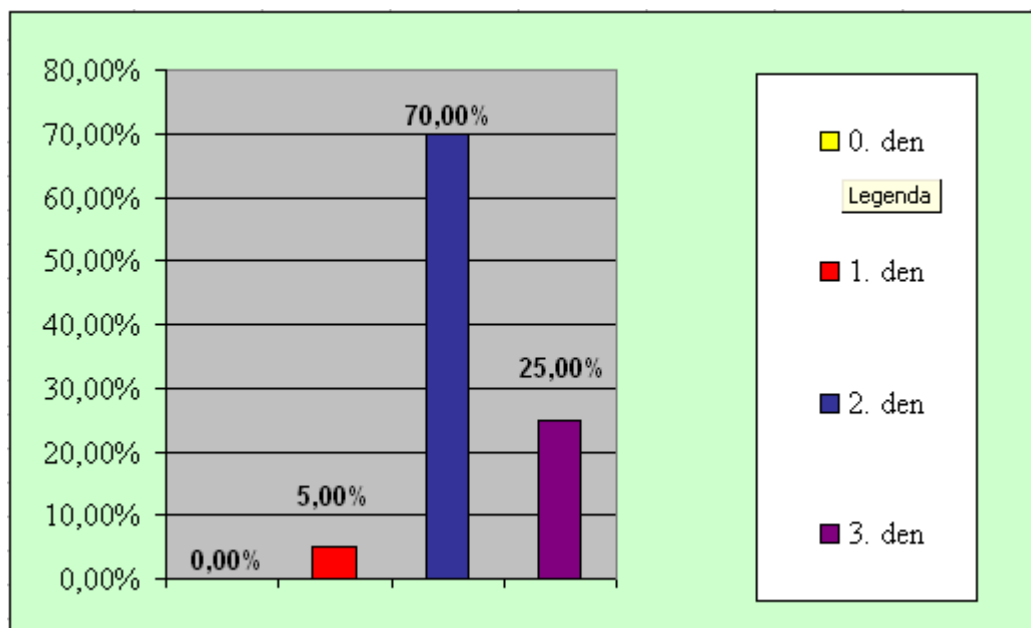
Ze 40ti dokumentací u hysterektomie abdominální byl odstraněn Folleyův katétr z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 20,00 % (8) 1. den, ze 70,00 % (28) 2. den, ze 7,50 % (3) 3. den, ze 2,50 % (1) 4. den.

**Graf 13 Odstranění Folleyova katétru u laparoskopicky asistované hysterektomii vaginální**



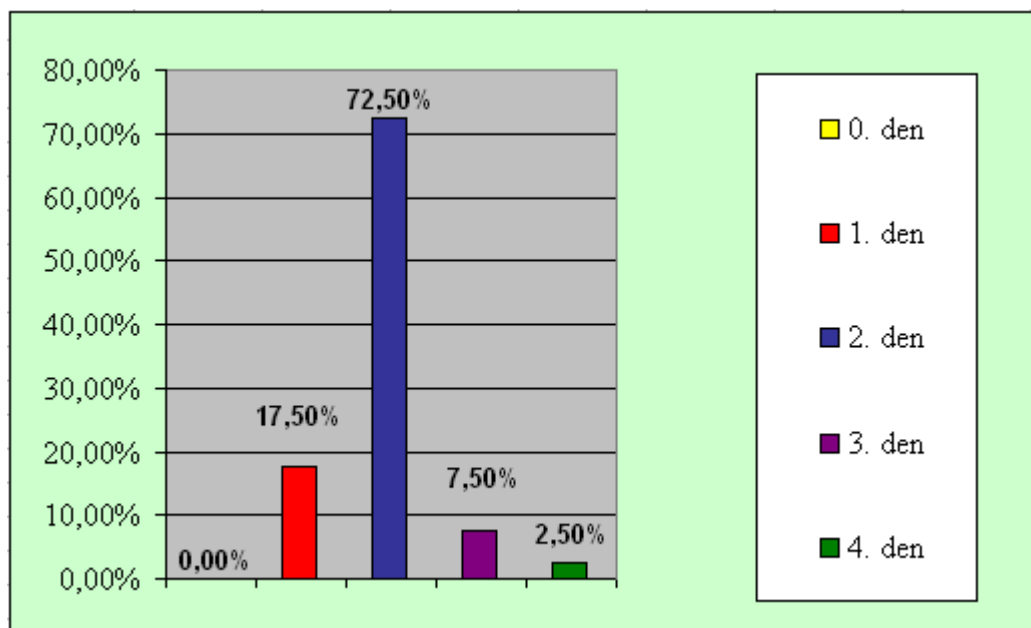
Z počtu 40ti dokumentací u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální byl odstraněn Folleyův katétr z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 22,50 % (9) 1. den, ze 65,00 % (26) 2. den, z 12,50 % (5) 3. den.

**Graf 14 Odstranění Folleyova katétru u hysterektomie vaginální**



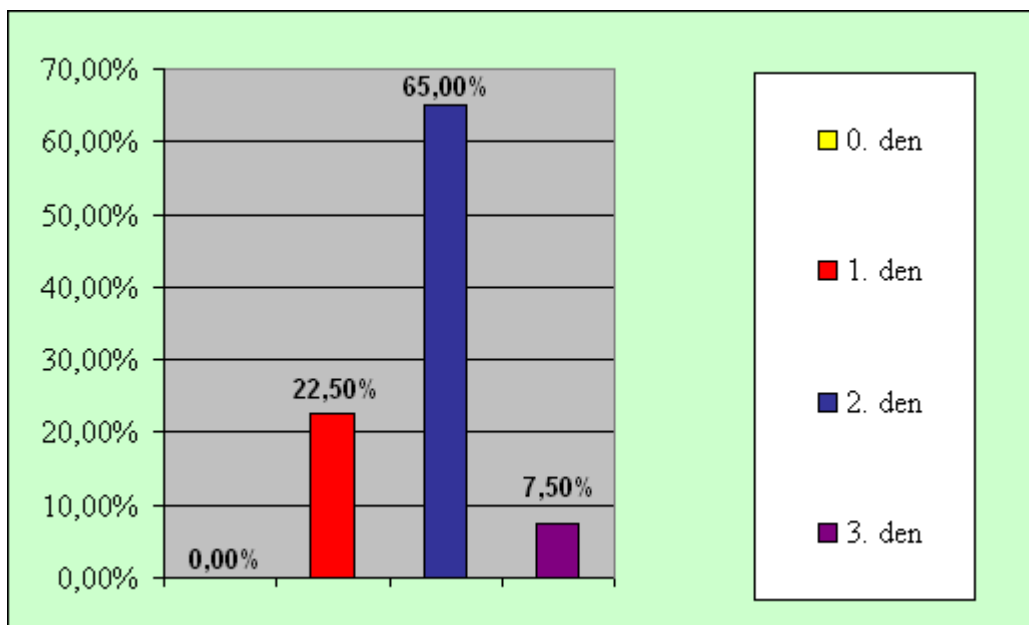
Ze 40ti dokumentací u hysterektomie vaginální byl odstraněn Folleyův katétr z 0,00% (0) 0. den po operaci, z 5,00% (2) 1. den, ze 70,00% (28) 2. den, z 25,00% (10) 3. den.

**Graf 15 Nástup spontánního močení u hysterektomie abdominální**



Ze 40ti dokumentací u hysterektomie abdominální byl nástup spontánního močení z 0,00 % (0) 0. den po operaci, ze 17,50 % (7) 1. den, ze 72,50 % (29) 2. den, ze 7,50 % (3) 3. den, z 2,50 % (1) 4. den.

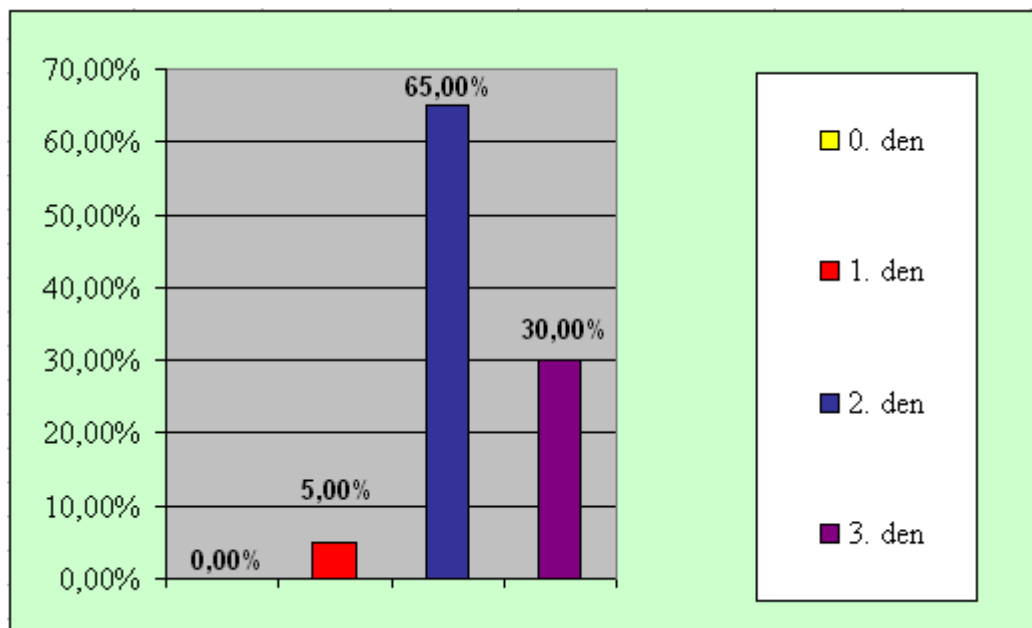
**Graf 16 Nástup spontánního močení u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální**



Ze 40ti dokumentací u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální byl nástup spontánního močení 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 22,50 % (9) 1. den, z 65,00 % (26) 2. den, ze 7,50 % (3), 3. den.

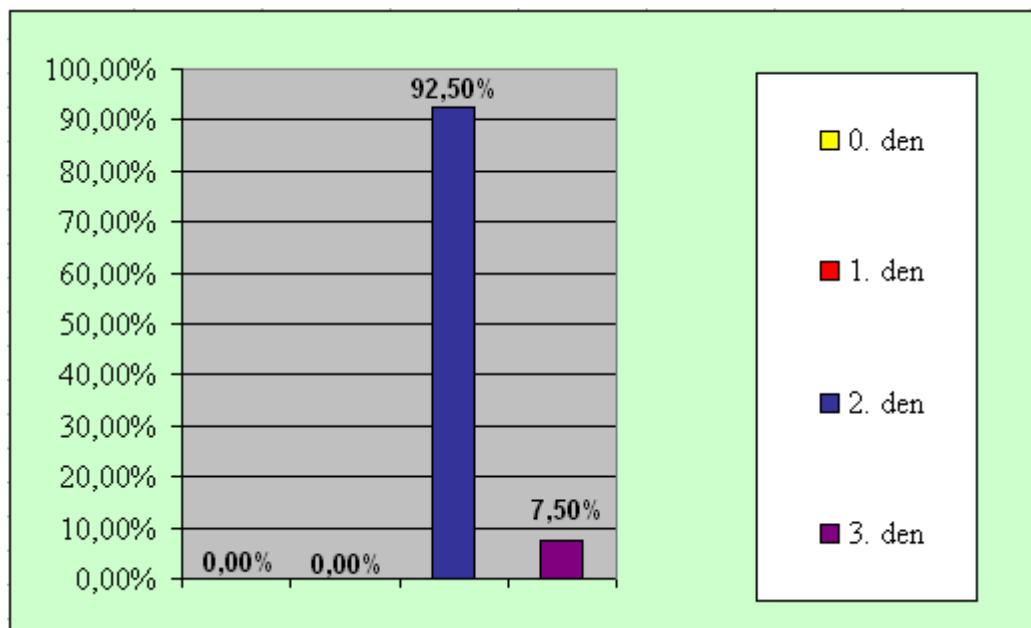


**Graf 17 Nástup spontánního močení u hysterektomie vaginální**



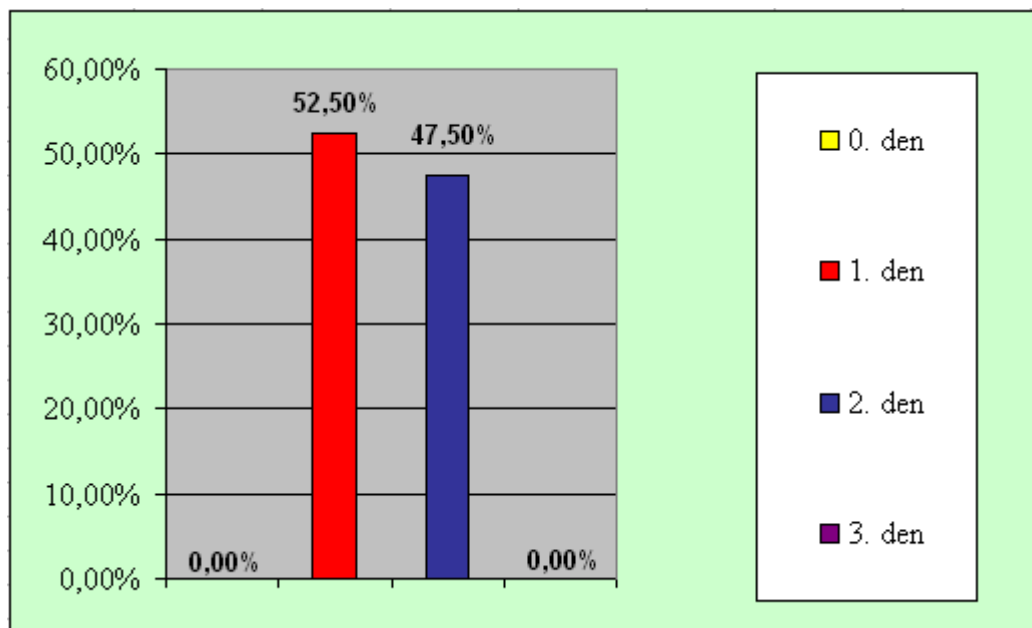
Z počtu 40ti dokumentací u hysterektomie vaginální byl nástup spontánního močení z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 5,00 % (2) 1. den, z 65,00 % (26) 2. den, z 30,00 % (12) 3. den.

**Graf 18 Odstranění drénu u hysterektomie abdominální**



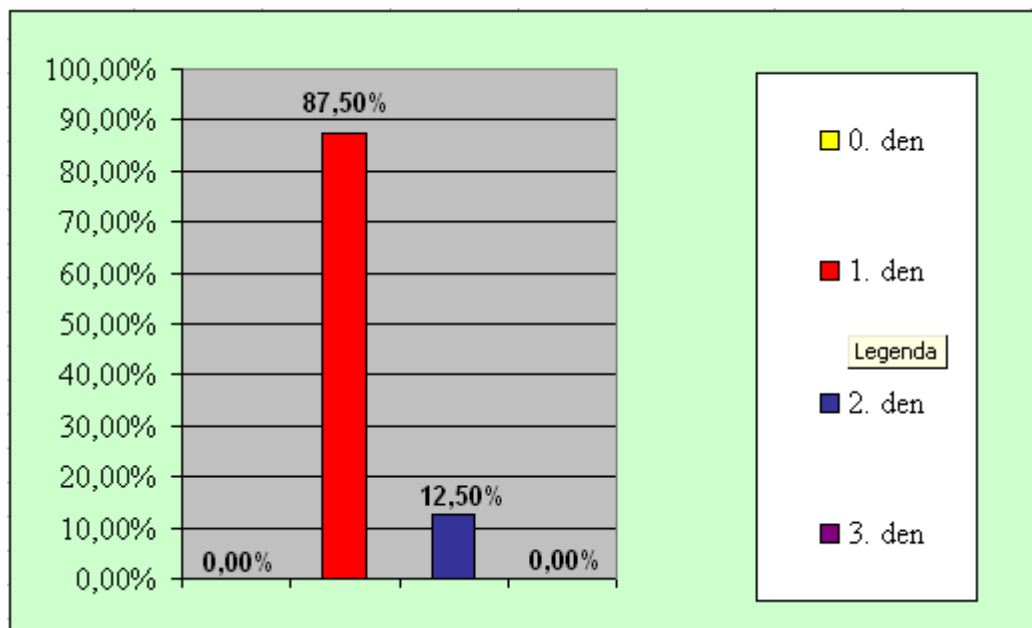
Ze 40ti dokumentací u hysterektomie abdominální byl odstraněn drén z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 0,00 % (0) 1. den, z 92,50 % (37) 2. den, 7,50 % (3) 3. den.

**Graf 19 Odstranění drénu u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální**



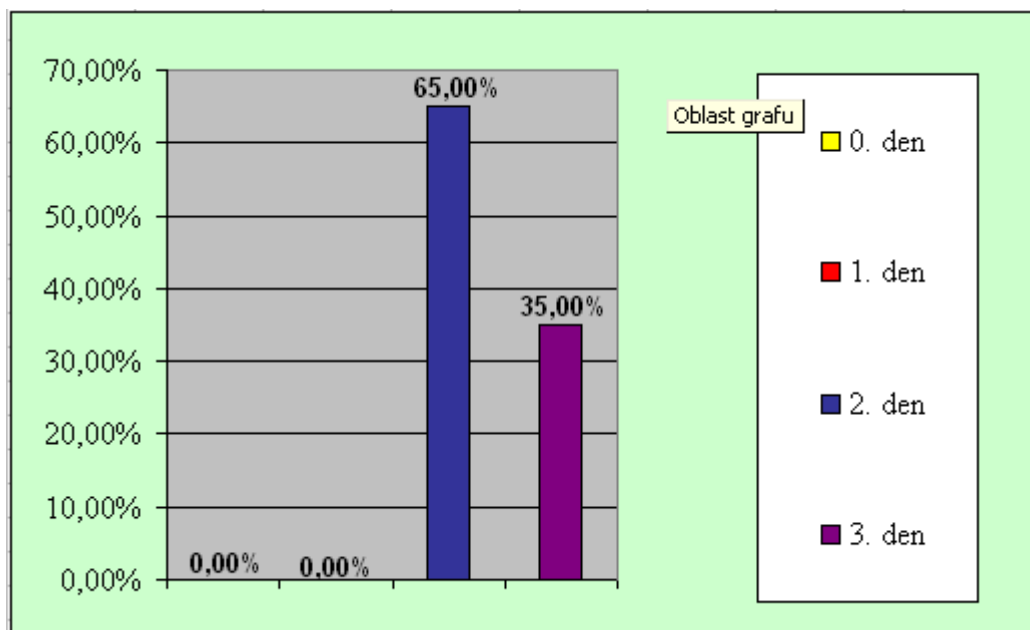
Ze 40ti dokumentací u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální byl odstraněn drén z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 52,50 % (21) 1. den, ze 47,50 % (19) 2. den, z 0,00 % (0) 3. den.

**Graf 20 Odstranění tamponády u hysterektomie vaginální**



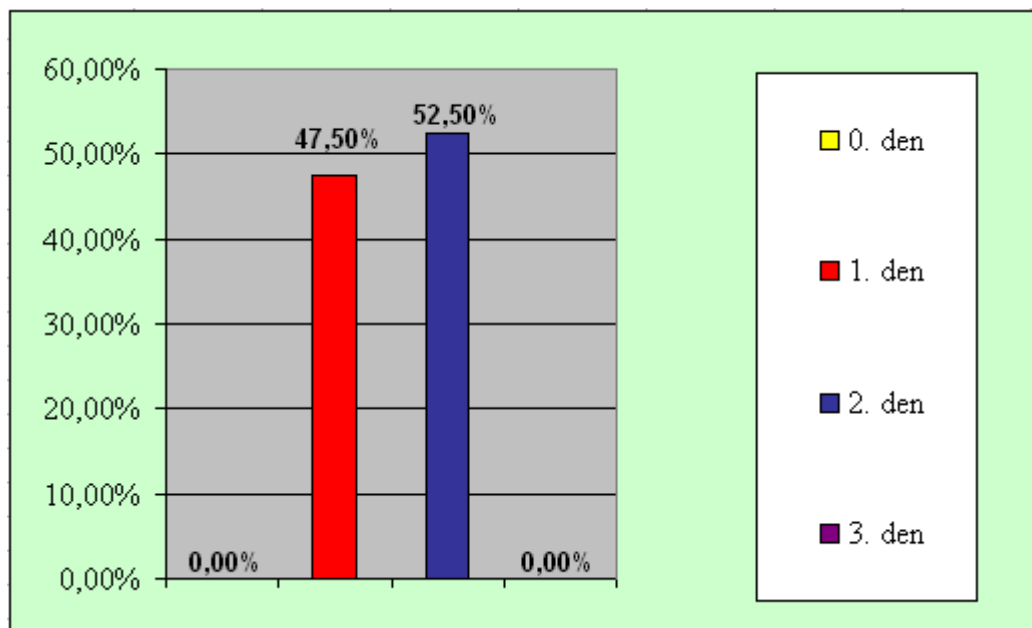
Ze 40ti dokumentací u hysterektomie vaginální byla odstraněna tamponáda z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 87,50 % (35) 1. den, z 12,50 % (5) 2. den, z 0,00 % (0) 3. den.

**Graf 21 Vysazení analgetik u hysterektomie abdominální**



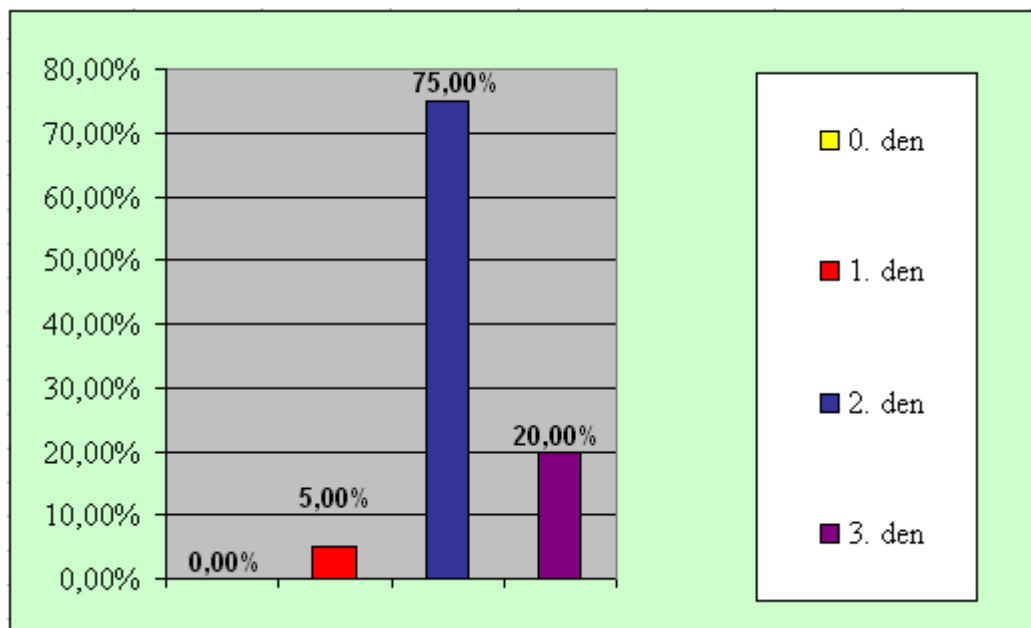
Ze 40ti dokumentací u hysterektomie abdominální byla vysazena analgetika z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 0,00 % (0) 1. den, z 65,00 % (26) 2. den, z 35,00 % (14) 3. den.

**Graf 22 Vysazení analgetik u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální**



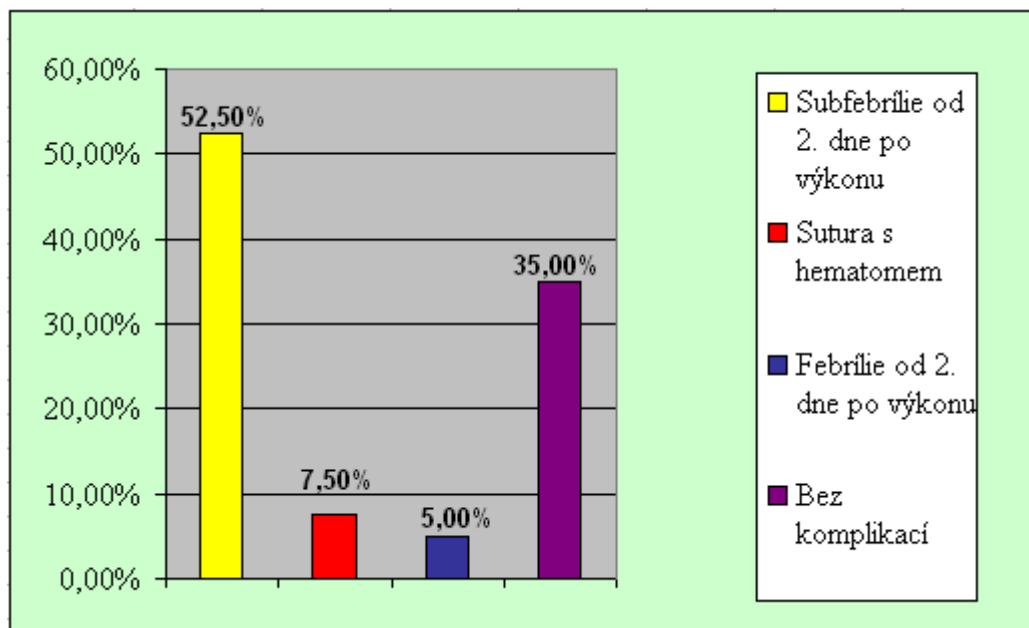
Ze 40ti dokumentací u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální byla vysazena analgetika z 0,00 % (0) 0. den po operaci, ze 47,50 % (19) 1. den, z 52,50 % (21) 2. den, z 0,00 % (0) 3. den.

**Graf 23 Vysazení analgetik u hysterektomie vaginální**



Z počtu 40ti dokumentací u hysterektomie vaginální byla vysazena analgetika z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 5,00 % (2) 1. den, ze 75,00 % (30) 2. den, z 20,00 % (8) 3. den.

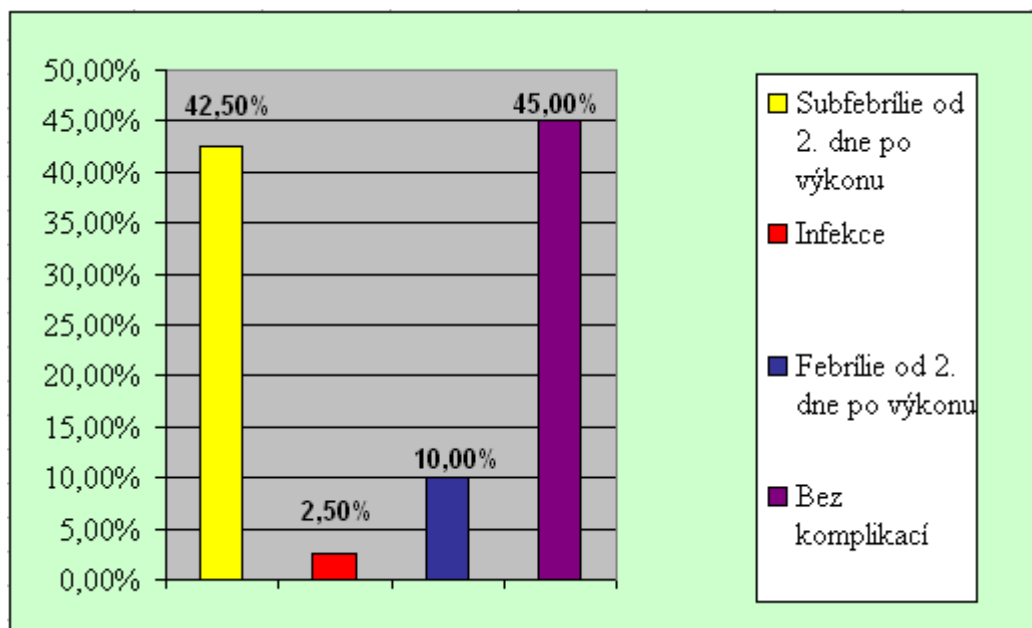
**Graf 24 Pooperační komplikace u hysterektomie abdominální**



Ze 40ti dokumentací u hysterektomie abdominální nastaly pooperační komplikace z 52,50 % (21) subfebrílie od 2. dne po výkonu, ze 7,50 % (3) sutura s hematomem, z 5,00 % (2) febrílie od 2. dne po výkonu, z 35,00 % (14) bez pooperačních komplikací.

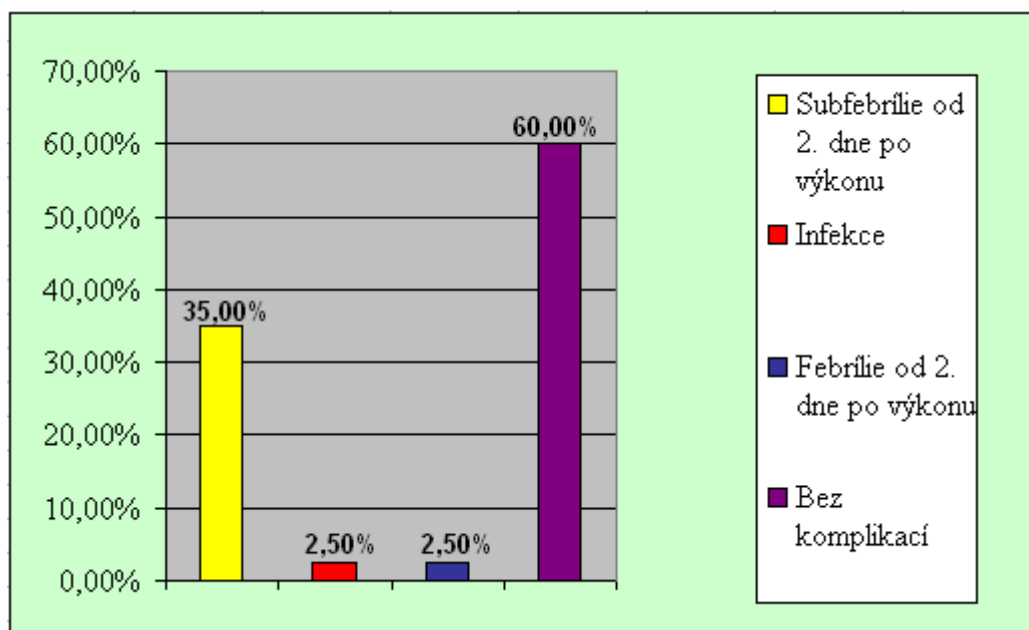


**Graf 25 Pooperační komplikace u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální**



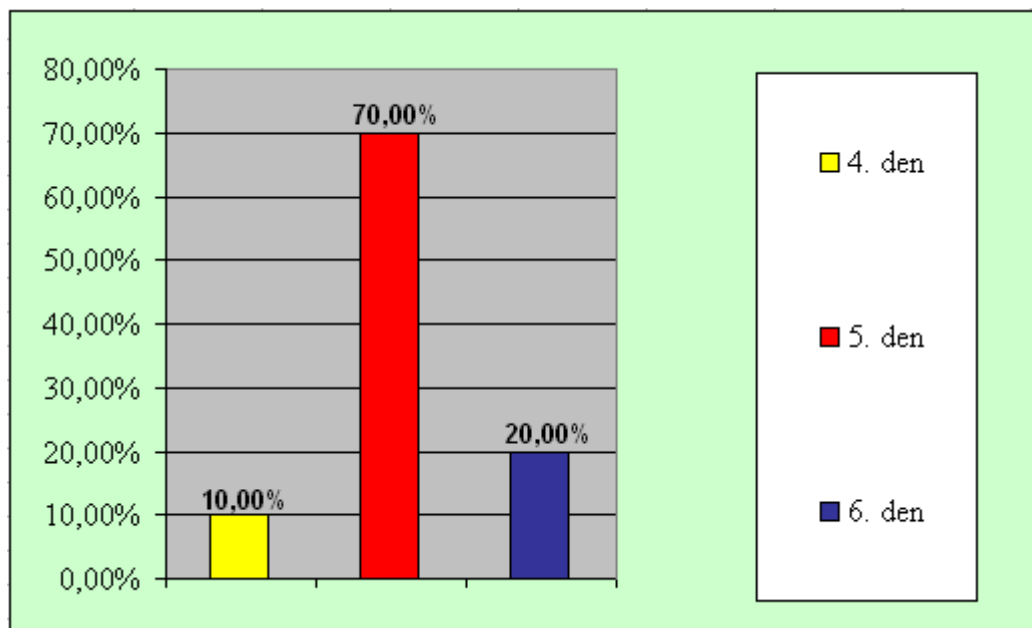
Ze 40ti dokumentací u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální nastaly pooperační komplikace z 42,50 % (17) subfebrílie od 2. dne po výkonu, z 2,50 % (1) infekce, z 10,00 % (4) febrílie od 2. dne po výkonu, ze 45,00 % (18) bez komplikací.

**Graf 26 Pooperační komplikace u hysterektomie vaginální**



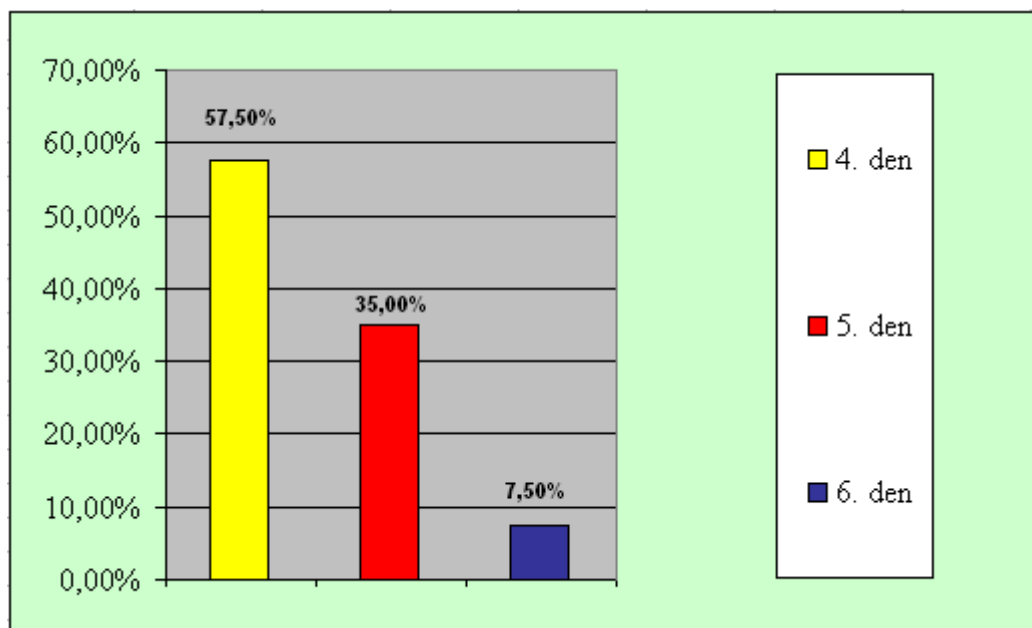
Ze 40ti dokumentací u hysterektomie vaginální nastaly pooperační komplikace z 35,00 % (14) subfebrilie od 2. dne po výkonu, z 2,50 % (1) infekce, z 2,50 % (1) febrilie od 2. dne po výkonu, ze 60,00 % (24) bez komplikací.

**Graf 27 Vysazení Fraxiparinu u hysterektomie abdominální**



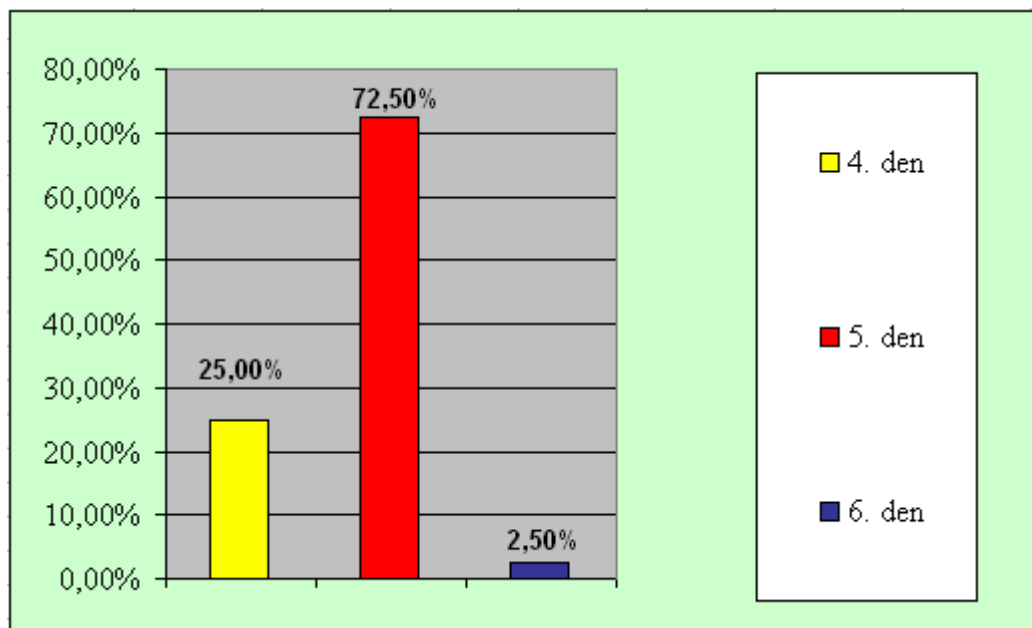
Ze 40ti dokumentací u hysterektomie abdominální se vysadil Fraxiparine u pacientek z 10,00 % (4) 4.den po výkonu, ze 70,00 % (28) 5. den, z 20,00 % (8) 6. den.

**Graf 28 Vysazení Fraxiparinu u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální**



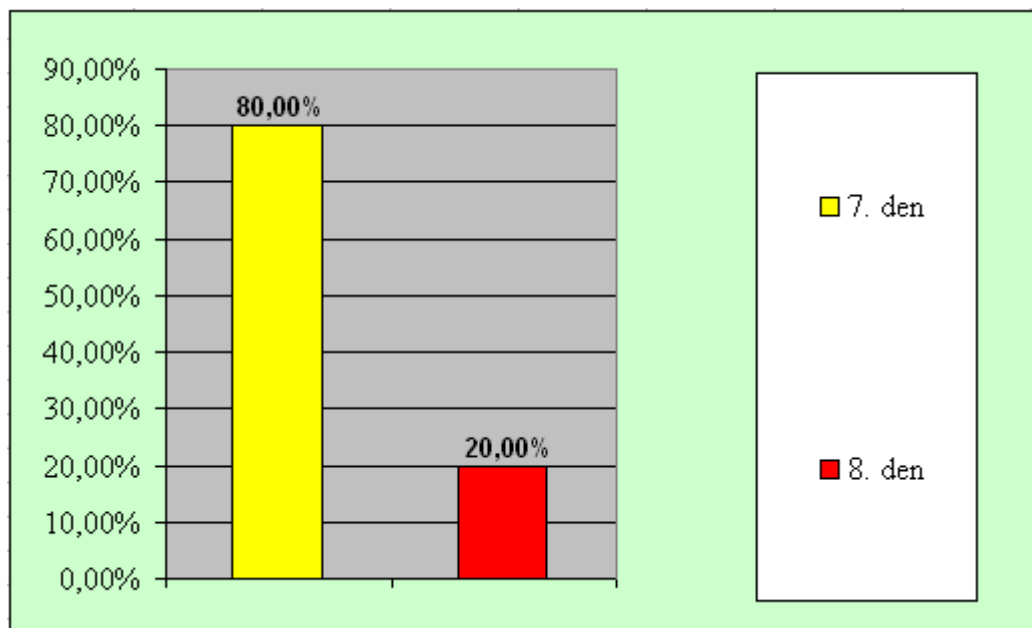
Z počtu 40ti dokumentací u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální byl pacientkám vysazen Fraxiparin z 57,50% (23) 4. den po výkonu, z 35,00% (14) 5. den po výkonu, ze 7,50% (3) 6. den.

**Graf 29 Vysazení Fraxiparinu u hysterektomie vaginální**



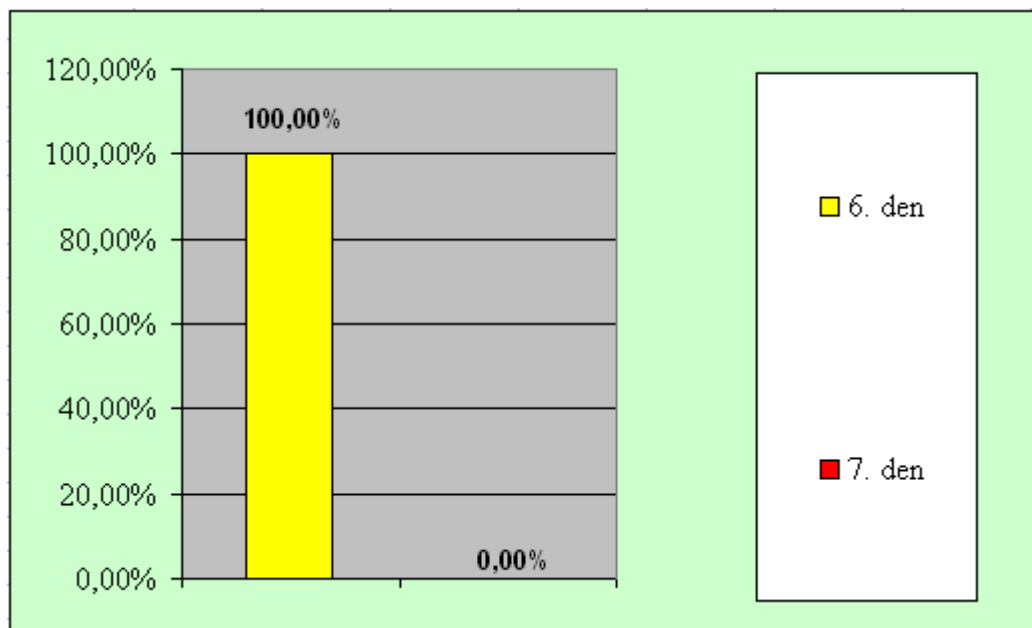
Ze 40ti dokumentací u hysterektomie vaginální byl pacientkách vysazen Fraxiparin z 25,00 % (10) 4. den po operaci, ze 72,50 % (29) 5. den, z 2,50 % (1) 6. den po výkonu.

**Graf 30 Vyndání stehů u hysterektomie abdominální**



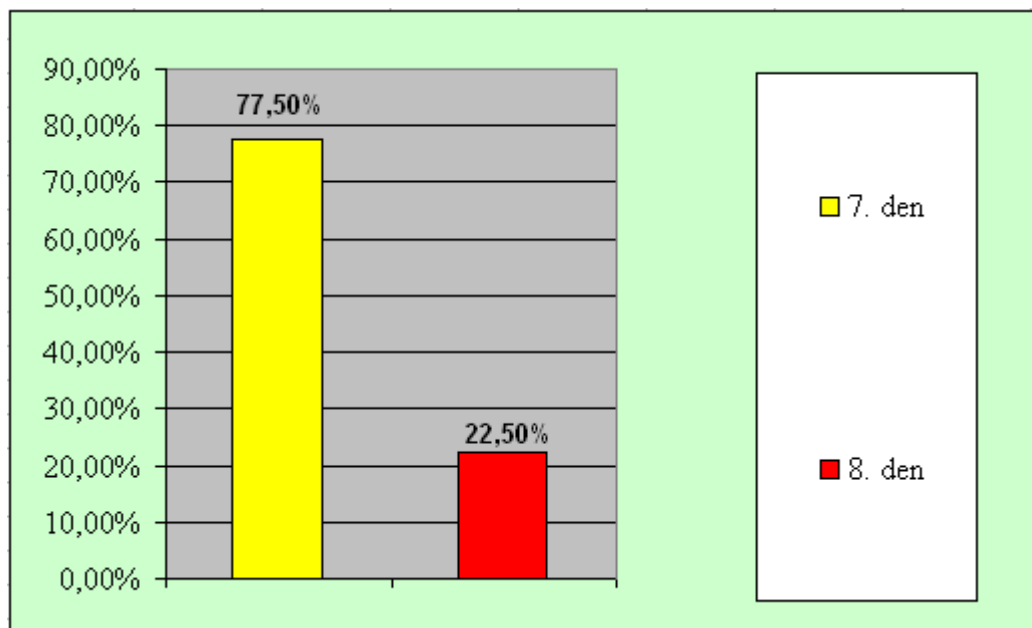
Ze 40ti dokumentací u hysterektomie abdominální byly stehy vyndány ze 80,00 % (32) 7. den o operaci, z 20,00 % (8) 8. den.

**Graf 31 Vyndání stehů u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální**



Ze 40ti dokumentací u laparoskopicky asistované hysterektomii vaginální byly stehy vyndány 100,00% (40) 6. den po výkonu.

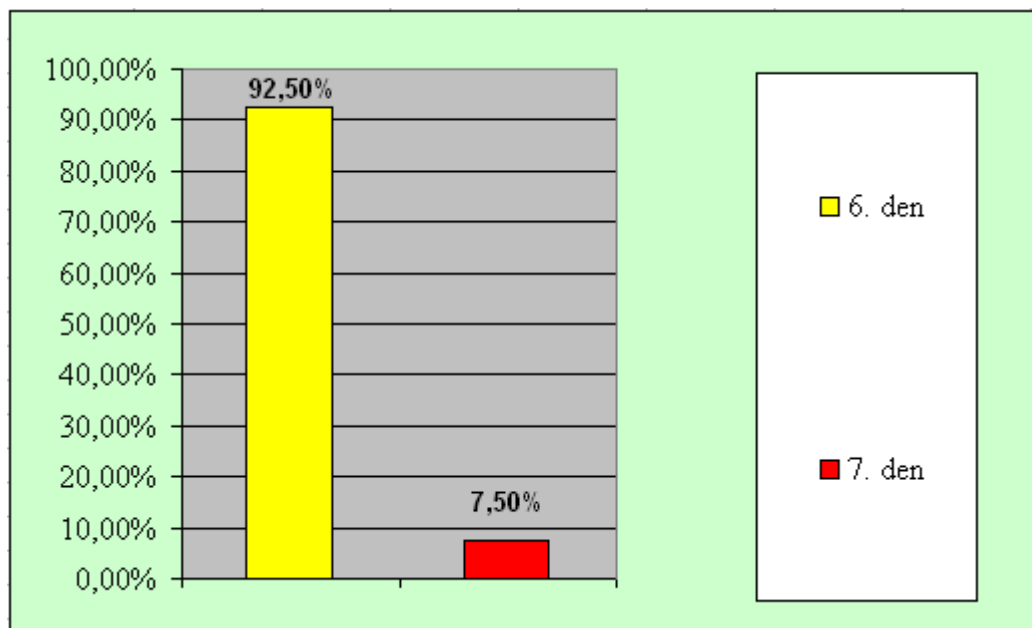
**Graf 32 Dimise pacientek u hysterektomie abdominální**



Z počtu 40ti dokumentací u hysterektomie abdominální bylo propuštěno 77,50 % (31) pacientek 7. den po výkonu, 22,50 % (9) 8. den.

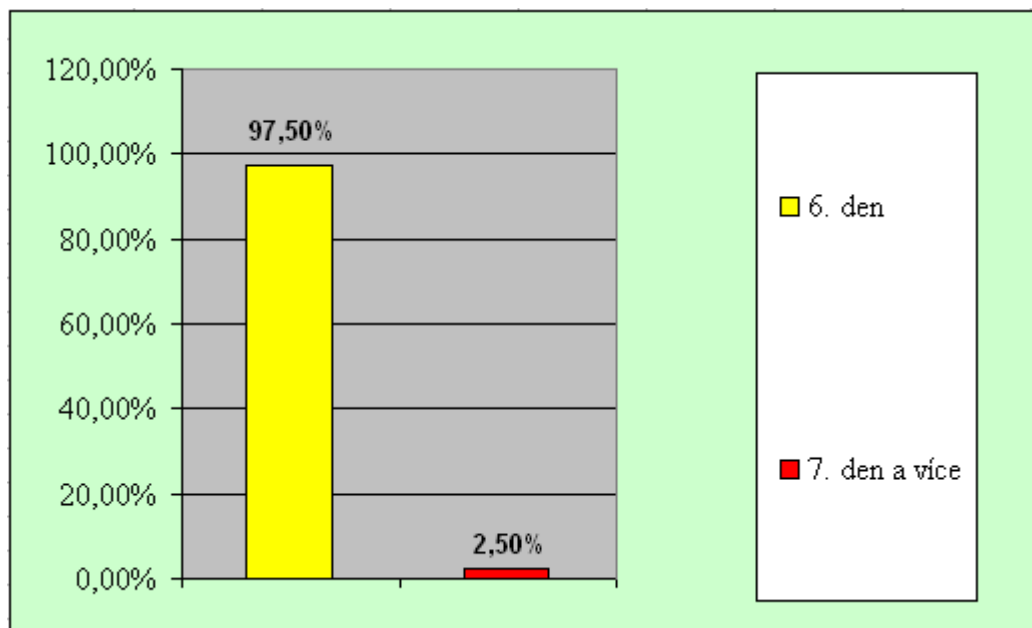


**Graf 33 Dimise pacientek u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální**



Ze 40ti dokumentací u laparoskopicky asistované hysterektomie vaginální bylo propuštěno 92,50 % (37) pacientek 6. den po výkonu, 7,50 % (3) 7. den.

**Graf 34 Dimise pacientek u hysterektomie vaginální**



Ze 40ti dokumentací u hysterektomie vaginální bylo propuštěno 97,50 % (39) pacientek 6. den po výkonu, 2,50 % (1) 7. den a více dnů.

## 5. DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký je pooperační průběh u žen po všech třech druzích hysterektomie. Byly zde zahrnuty také indikace k výkonu, možné pooperační komplikace a celková pooperační péče až do propuštění pacientky z nemocnice.

Proběhlo výzkumné šetření. Toto šetření bylo vedeno kvantitativně. K výzkumu byly použity dokumentace žen, které podstoupily hysterektomii v Nemocnici České Budějovice. Od každého druhu hysterektomie bylo zkoumáno 40 ošetrovatelských dokumentací.

Citterbart častěji uvádí, že hysterektomie abdominální se vykonává většinou s odnětím adnex, ale laparoskopicky asistovaná hysterektomie vaginální (dále LAVH) a hysterektomie vaginální se provádí spíše bez odnětí adnex. Usuzuji, že se tím tak předchází předčasné menopauze a to zejména u mladších žen. Graf 1 nám tuto teorii potvrzuje, ale výzkum nám také ukázal, že adnexa se odnímají velice často i u LAVH.

Zábranský uvádí jako nejčastější indikace k vykonání hysterektomie abdominální myomy, dysfunkční krvácení, endometriózu nebo také prekancerózy endometria a cervixu. Nám ale ve výzkumném šetření vyšlo, že nejčastější indikací byl leomyom dělohy z 65,00 % (26). Druhou nejčastější indikací byl zhoubný nádor těla děložního (viz graf 6). U LAVH uvádí Holub indikace jako jsou benigní nádory dělohy a adnex, prekancerózy děložního hrdla a karcinomy dělohy. Jenže důvody k operaci ze zkoumaných dokumentací byly velice podobné hysterektomii abdominální. Usuzuji tak ale, že byl zvolen přístup LAVH z důvodu nevelké dělohy a leomyomu. Graf 7 nám dokazuje, že nejčastější indikací byl opět leomyom dělohy z 37,50 % (15), ale druhým nejčastějším důvodem bylo dysfunkční krvácení. Další indikací byl polyp těla děložního a nejméně se operovalo pro zhoubný nádor těla děložního. V grafu 8 si můžeme všimnout, že nejvíce se hysterektomie vaginální provádí pro sestup pohlavních orgánů a to z 95,00 % (38). Zábranský uvádí, že nejběžnější indikací k tomuto druhu hysterektomie bývá právě sestup pohlavních orgánů, což se nám potvrdilo. Při výzkumu indikací se ani jednou nevyskytla žádná porodnická indikace. Podle mého názoru, jsou tyto druhy indikací velice ojedinělé a výjimečné. Myslím si, že je to z toho důvodu, že

dnešní péče na porodních sálech je velice propracovaná a porodní asistentky jsou velmi dobře edukované v péči o pacientku.

Citterbart tvrdí, že permanentní katétr bývá odstraňován po 24 hodinách dle aktuálního zdravotního stavu pacientky, a pokud se nevyskytly komplikace. Ale ze zjištěných výsledků vyplývá, že u všech druhů hysterektomie byl permanentní katétr odstraněn porodní asistentkou nejčastěji 2. den po výkonu (viz graf 12, 13 a 14). U některých pacientek musel být katétr zaveden znovu po odstranění, jelikož u nich nedošlo ke spontánnímu nástupu močení. Ale toto znovuzavedení se týkalo maximálně jednoho dne navíc a vyskytlo se pouze minimálně. Porodní asistentka zde sleduje množství vyloučené moči, její zbarvení, kvalitu a příměsi.

Na odstranění permanentního katétru navazuje nástup spontánního močení, který byl zjištěn nejvíce 2. den po hysterektomiích (viz graf 15, 16 a 17).

Porodní asistentka pacientce odstraňuje také drén. U drenáže se sleduje správná funkce drénu a množství a barva vytékající tekutiny Jeho vyjmutí závisí na sekreci. Graf 18 a 19 nám ukazuje, že nejvíce byl drén vyjmut 2. den po operaci, z 92,50 % (37) u hysterektomie abdominální a z 52,50 % (21) u LAVH. Déle než 2 dny se drén ponechal pouze u hysterktomie abdominální a to jen v 7,50 % (3). Usuzuji, že toto prodloužení mohlo být z důvodu přidružených onemocnění pacientky nebo z komplikace při operačním výkonu.

Když pacientce po operaci odeznívá anestézie, podávají se ordinovaná analgetika, obvykle po 6ti hodinách. Dávky těchto analgetik se postupně snižují, až dojde k jejich úplnému vysazení. Dle výzkumu z ošetrovatelských dokumentací dochází k vysazení analgetik nejčastěji 2. den po všech třech hysterektomiích (viz graf 21, 22 a 23). Dalo by se čekat, že u hysterektomie vaginální se analgetika vysadí hned 1. den po výkonu, jelikož je zákrok prováděn pouze poševní cestou bez abdominálního přístupu, ale tato teorie se nepotvrdila.

Krvácení, febrílie, infekce a nedokonalé zhojení jizvy jsou možné pooperační komplikace, které nám uvádí Fait. Z ošetrovatelských dokumentací ale bylo potvrzeno, že 52,50 % (21) komplikací u hysterektomie abdominální tvořily subfebrílie od 2. dne po výkonu a 35,00 % (14) pacientek bylo bez komplikací. Také se vyskytly

febrílie a sutura s hematodem (viz graf 24). U LAVH se vyskytly podobné komplikace. Nejčastěji subfebrílie a febrílie od 2. dne po výkonu a objevil se zde jeden případ infekce (viz graf 25). Mezi komplikace u LAVH by se dala přidat i těžká obezita, kvůli horšímu přístupu k operačnímu poli a zejména kvůli délce trvání operace. Nejvíce pacientek bez pooperačních komplikací bylo po hysterektomii vaginální. Čech uvádí, že tento druh hysterektomie je spojen s menším výskytem komplikací. To se nám podařilo potvrdit ze zjištěných výsledků. Pokud jde o nejběžnější komplikace, tak i graf 26 potvrzuje, že nejběžnější komplikací jsou subfebrílie. Tento výsledek se vztahuje k hypotéze 2, která byla potvrzena. I Jedličková tvrdí, že nejčastěji se po operačním zákroku objevují subfebrílie. Hned po nich i krvácení a infekce. Já jsem stejného názoru.

Podle mě, je informovanost o možných pooperačních komplikacích porodní asistentkou důležitou součástí přípravy pacientky na operační výkon. Doporučuji tedy, aby se porodní asistentky co nejvíce věnovaly pacientce, vyslechly ji, vysvětlily průběh operace a pooperační péči a snížily jejich obavy a strach z operace. Zábranský udává, že pooperační infekce byly u hysterektomie vaginální sníženy po zavedení antibiotické profylaxe. S tímto názorem souhlasím, protože z ošetrovatelských dokumentací bylo potvrzeno, že výskyt infekce byl naprosto minimální.

Jednou z posledních částí ošetrovatelského výzkumu bylo odstranění stehů porodní asistentkou. Stehy se dle Citterbarta odstraňují obvykle 7. den po operaci v závislosti na rozsahu operační rány, druhu operačního výkonu a dle klinického stavu hojení, pokud stehy nejsou vstřebatelné. To ovšem platí jak pro hysterektomii abdominální, tak i pro LAVH. Graf 30 tuto teorii potvrzuje. Stehy po hysterektomii abdominální byly odstraněny z 80,00 % (32) 7. den po výkonu, kdy také bývají pacientky propuštěny do domácí péče. Avšak u pacientek po LAVH byly stehy odstraněny na 100,00 % (40) již 6. den po výkonu, čili o den dříve, čehož si můžeme všimnout v grafu 31.

Poslední zaměření výzkumného šetření bylo ukončení hospitalizace pacientek. Dimise pacientek nastává obvykle 7. den po hysterektomii abdominální. To nám potvrzuje graf 32, kdy bylo 77,50 % (31) pacientek propuštěno již ve zmíněný 7. den.

Pacientky po LAVH a hysterektomii vaginální byly z nemocnice propuštěny z velké části o den dříve (viz graf 33 a 34). Tyto poslední tři grafy souvisejí s hypotézou, která tak byla potvrzena. Dimisi patientek musí samozřejmě odpovídat jejich klinický stav. Myslím si, že právě propuštění z nemocnice je pro pacientky úleva a že díky domácímu prostředí se mohou cítit lépe a ne tak vážně nemocné. Dle mého názoru mají být pacientky poučeny porodními asistentkami, že za 4 až 6 týdnů by se měly dostavit ke svému gynekologovi na kontrolu.

*Ve výzkumné části bakalářské práce jsem potvrdila obě stanovené hypotézy. Hypotézu 1 – nejdelší pooperační průběh je u žen, které podstoupily hysterektomii abdominální, potvrzuje graf 32. Hypotézu 2 – nejčastější pooperační komplikace po hysterektomii jsou subfebrílie, potvrzují grafy 24, 25 a 26.*

## 6. ZÁVĚR

Hysterektomie, ať už jakéhokoliv druhu, se provádí na operačních sálech dnes a denně. Pro ženu je velice důležité, aby o tomto operačním výkonu měla všechny dostupné informace, které se týkají její nemoci, průběhu operace a samozřejmě pooperačního průběhu, který je z hlediska ošetrovatelské péče u každé ženy naprosto individuální. Bez seznámení se s těmito informacemi od porodní asistentky se žena bude těžce zařazovat do běžného života, na který byla před operací naučená.

Výzkumné šetření této práce nám ukázalo, že i když byla nejdelší hospitalizace v nemocnici zjištěna u žen po hysterektomii abdominální, jednalo se v tomto případě o onkologicky nemocné pacientky, u kterých lze předpokládat imunosupresi. Také se u nich nedá zanedbat předoperační a pooperační stres, kdy mají pacientky výrazné obavy. A právě zde je obrovské pole působnosti pro porodní asistentky. Mohou s pacientkou trávit dostatek času, podporovat ji a provázet v tomto období. Význam práce vidím v přípravě porodní asistentky. Edukovat ji o mobilizaci, naučit rehabilitovat, poučit o vhodné stravě pro pacientku.

Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že nejčastější pooperační komplikací bývají subfebrílie a febrílie. Ale nelze opomenout, že se také sem tam vyskytl i případ infekce. Jak uvádí tato výzkumná práce, možným důvodem infekce je holení. Doporučuje se proto, aby bylo všude zavedeno holení porodní asistentkou hodinu před operací a ne večer před zákrokem, právě z důvodu předcházení infekce. Z ošetrovatelských dokumentací vyplynulo, že některé pacientky byly oholeny již večer před výkonem, což mohlo způsobit onen vznik infekce.

Cíle bakalářské práce: 1 Zjistit pooperační průběh u žen po hysterektomii abdominální, vaginální a po laparoskopicky asistované hysterektomii vaginální. 2 Zjistit jaké nejčastější komplikace provázejí pooperační stav. Cíle byly splněny.

Stanovená hypotéza 1 – nejdelší pooperační průběh je u žen, které podstoupily hysterektomii abdominální a hypotéza 2 – nejčastější komplikace po hysterektomii jsou subfebrílie, se potvrdily.

Tato bakalářská práce by mohla vést k lepší, pečlivější a správné edukaci patientek porodními asistentkami. Je nutné a důležité, aby porodní asistentka měla

správné a přesné informace. Ženy mívají velice často před operačním výkonem strach a obavy. Nelze je na výkon fyzicky nijak připravit. Ale díky těmto informacím, které může získat od porodní asistentky, se může na operační zákrok připravit alespoň z části psychicky. Poznatky z výzkumného šetření by bylo možné využít také jako edukační materiál v rámci seminářů na Zdravotně sociální fakultě.



## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BINDER, T., SALAJ, P., VAVŘINKOVÁ, B. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*. 1.vyd. Praha: Triton, 2004. 222 s. ISBN 80-7254-540-X
2. BOCHMAN, J., KOBILKOVÁ, J., ŽIVNÝ, J. *Technika gynekologických abdominálních operací*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 284 s. ISBN 80-7169-494-0
3. BREWER, S. *Na co se ženy bojí zeptat?* 1.vyd. Praha: Maxdorf, 1997. 144 s. ISBN 80-85800-49-7
4. CITTERBART, K. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0
5. ČECH, E., MACKŮ, F. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 171 s. ISBN 80-7333-001-6
6. FAIT, T. *Hysterektomie – odstranění dělohy*. [online]. [cit. 2010-05-26]. Dostupné z: <<http://eee.strankyomenopauze.info/hysterektomie.php>>
7. GULÁŠOVÁ, I. *Adaptácia pacienta na zmenený zdravotný stav a na hospitalizáciu*. In Kontakt, 2005, č 3 – 4. 242 s. ISSN 1212-4117
8. GYN. *Abdominální hysterektomie*. [online]. [cit. 2010-05-26]. Dostupné z: <<http://www.gyn.cz/tree.php?up=206>>
9. HOLUB, Z. *Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 159 s. ISBN 80-7262-045-2
10. HOLUB, Z., KUŽEL, D. et al. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 236 s. ISBN 80-247-0834-5
11. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2
12. JEDLIČKOVÁ, A., MATAŠA, J. et al. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 371 s. ISBN 80-7345-038-0
13. JENÍČEK, J. *Žena v přechodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 104 s. ISBN 80-247-0679-2

14. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X
15. KRYSKI, M., SCHUSTEROVÁ, M., STECHEROVÁ, I. *Rehabilitační ošetrovatelství*. Standard ošetrovatelské péče č.33. Nemocnice České Budějovice, 2003.
16. LACHČINA, R. *Popis základních gynekologických operací*. [online]. [cit. 2010-08-04]. Dostupné z:  
<<http://www.nemtsy.cz/gynpor/index/index.php?co=texty&kat=gynekologie&id=1183325838206>>
17. MEDA. *Velké operace*. [online]. [cit. 2010-07-31]. Dostupné z:  
<<http://www.meda-gynekologie.cz/?sel=velkeoperace&link=5>>
18. PHILLIPSOVÁ, R. *Kniha o menopauze*. 1.vyd. Praha: Fortuna Print, 2005. 256 s. ISBN 80-7321-163-7
19. REPKOVÁ, A. et al. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2000. 138 s. ISBN 80-8063-236-7
20. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3
21. ROZTOČIL, A. et al. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1.vyd. Adamov: Mikada, 1998. 179 s. ISBN 80-7013-255-8
22. ŘIČÁNEK, J. *Operační odstranění dělohy poševní cestou s laparoskopickou asistencí*. [online]. [cit. 2010-08-04]. Dostupné z: < <http://www.igyn.cz/lavh.html>>
23. STOPPARDOVÁ, M. *Hormonální terapie při menopauze*. 1.vyd. Praha: Ikar, 2002. 96 s. ISBN 80-249-0032-7
24. STOPPARDOVÁ, M. *Žena od A do Z*. 1.vyd. Martin: Neografia, 1993. 383 s. ISBN 80-85186-26-8
25. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9
26. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd.. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X

27. ZÁBRANSKÝ, F. *Gynekologické operace*. Moderní gynekologie a porodnictví.  
Praha: Levret s.r.o., 2006. 303 s. ISSN 1211-1058

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Gynekologická operace

Indikace k operaci

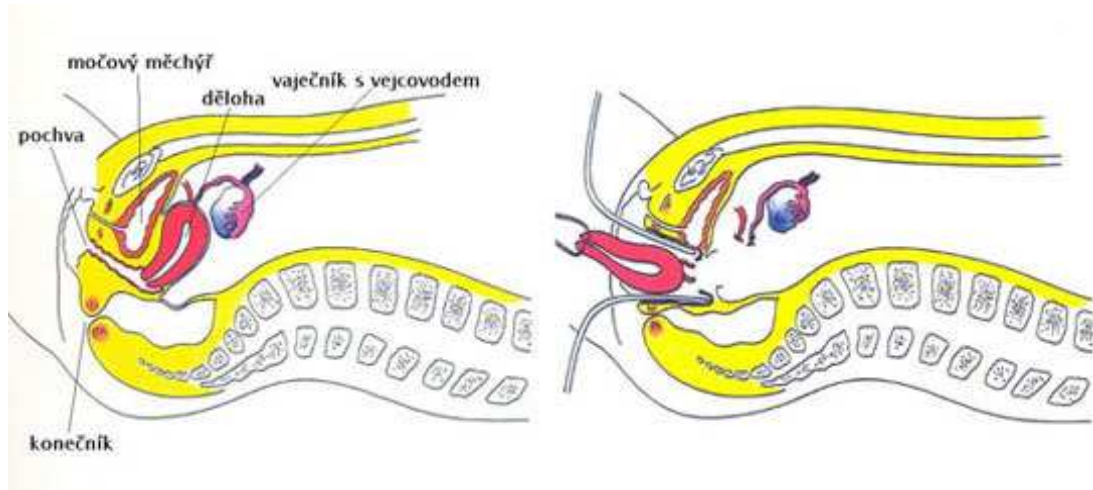
Jednotka intenzivní péče

Pooperační péče

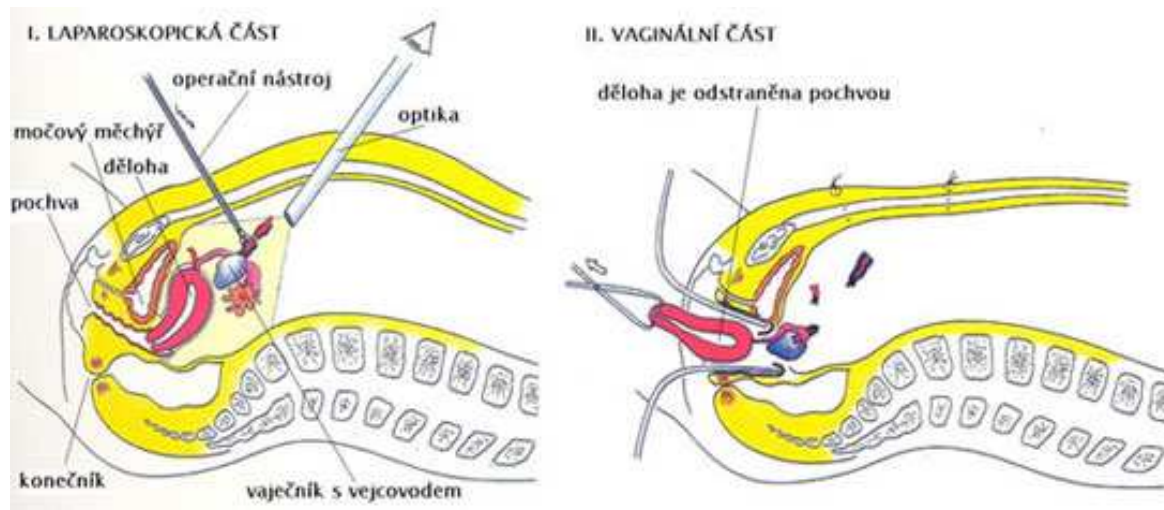
Pooperační komplikace

## 9. PŘÍLOHY

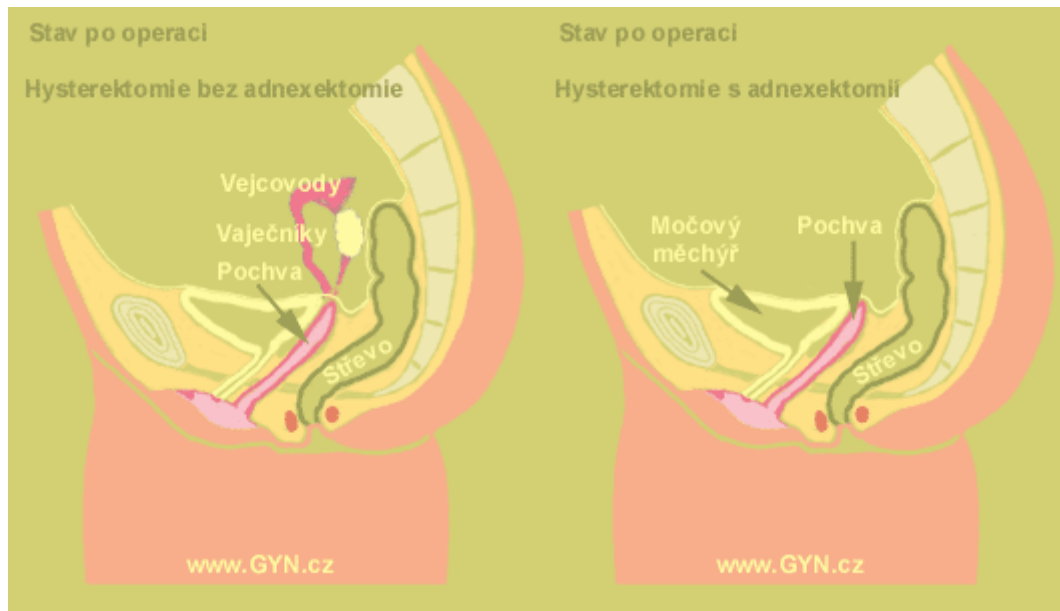
### Příloha 1: Postup při hysterektomii vaginální



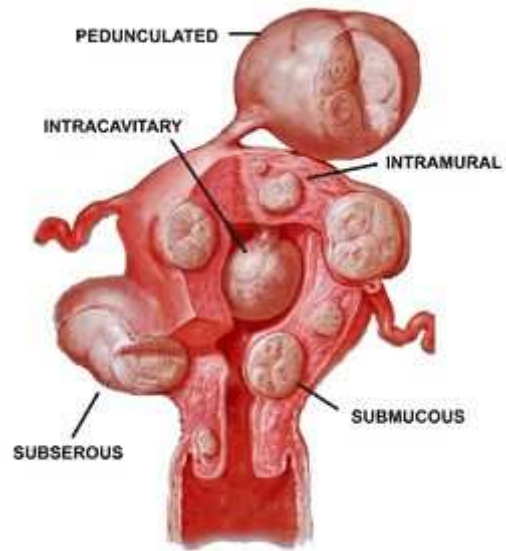
## Příloha 2: Postup při laparoskopicky asistované hysterektomii vaginální



### Příloha 3: Postup při hysterektomii abdominální



## Příloha 4: Myomy





## Příloha 5: Endometrióza

