

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Veronika Fridrichová

**Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie z pohledu
porodní asistentky**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Janoušková

Olomouc 2017

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

Olomouc 28. dubna 2017

Veronika Fridrichová

Děkuji Mgr. Kateřině Janouškové za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Bakalářská práce
Téma práce:	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie z pohledu porodní asistentky.
Název práce:	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie z pohledu porodní asistentky.
Název práce v AJ:	Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in terms of midwives.
Datum zadání:	2016-01-29
Datum odevzdání:	2017-04-28
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav porodní asistence
Autor práce:	Veronika Fridrichová
Vedoucí práce:	Mgr. Kateřina Janoušková
Oponent práce:	Mgr. Štěpánka Bubeníková
Abstrakt v ČJ:	Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou operační metody zvané laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (dále jen LAVH). LAVH je chirurgickým operačním výkonem, při němž dochází k odstranění dělohy. Jedná se v současnosti o nejmodernější metodu využívanou v gynekologii. Předkládá dostupné poznatky o této operační technice, indikacích a kontraindikacích. Samostatná kapitola se zabývá výhodami a nevýhodami, péčí porodní asistentky s podkapitolami zaměřenými na předoperační péči, pooperační péči a v neposlední řadě edukaci ženy porodní asistentkou. Poznatky byly vyhledány v databázích

EBSCO, PUBMED, GOOGLE scholar a českých periodik.

Abstrakt v AJ:

This bachelor thesis deals with the problematic of operating method called Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (hereinafter referred to as LAVH). The LAVH is a surgical intervention in which womb is removed. It is the latest method used in gynecology. This thesis present available evidence about this surgical technique, indications and contraindications. Separate chapter deals with pros and cons, midwife care and also this chapter deals with subchapters focusing on preoperative care, postoperative care and last but not least it deals with education of women by midwifery. Findings were searched from the database of EBSCO, PUBMED, GOOGLE scholar and Czech periodicals.

Klíčová slova v ČJ:

laparoskopie, laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, porodní asistentka, vaginální operace, edukace, léčba, bolest, rekonvalescence, návrat do života, péče, žena

Klíčová slova v AJ:

laparoscopy, laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, midwife, vaginal surgery, education, treatment, pain, recovery, return to life, care, woman

Rozsah:

34/0

OBSAH

ÚVOD.....	7
POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	9
1 LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE.....	11
1.1 Indikace a kontraindikace	12
1.2 Komplikace po LAVH.....	13
2 VÝHODY A NEVÝHODY LAVH	15
3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY	17
3.1 Předoperační péče	17
3.2 Pooperační péče	20
3.3 Edukace ženy porodní asistentkou.....	23
ZÁVĚR.....	26
REFERENČNÍ SEZNAM	28
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	34

ÚVOD

Odstranění dělohy patří k základním gynekologickým operacím. Z historie je známo, že tento zákrok byl používán již v dobách středověku. Tehdejší operatři ovšem tyto operace prováděli jako poslední možné léčebné řešení u poporodních inverzí nebo velkých prolapsů. Protože úroveň hygieny nebyla vysoká a anestezie vlastně neexistovala vůbec, končily tyto zákroky úmrtím pacientek. V novověku první doloženou hysterektomii, a to vaginální, provedl Conrad Langenbeck v roce 1813. Do 19. století byly veškeré operace doménou chirurgie a teprve v průběhu 19. století se gynekologická operativa oddělila. Zároveň se začínají profilovat národní školy. V oblasti vaginálních hysterektomií jsou nejznámější dvě, a to německá, jejímž hlavním představitelem byl Vincenz Czerny, a rakouská, kterou reprezentují Ernest Wertheim a Fridrich Schauta, který působil i v Praze. Václav Rubeška byl pravděpodobně prvním Čechem, který v roce 1884 provedl vaginální hysterektomii u nás. Vaginální hysterektomie byla při léčbě myomů postupně upozaděna, a to zejména díky Howardu Kellymu, který jednoznačně preferoval abdominální přístup. První abdominální hysterektomie byla provedena v roce 1878 ve Vratislavi W. A. Freudem (Papadopulos, 2010; Zábanský, 2010). Do dnešní doby prošla gynekologická operativa poměrně dlouhým vývojem V 90. letech 20. století je to například prudký nárůst používání endoskopických a miniinvazivních metod, dále využívání atraumatických operačních nástrojů a vstřebatelných syntetických šicích materiálů (Roztočil, 2011). Při operacích v malé pánvi jsou tyto metody ženami upřednostňovány pro větší pooperační komfort – menší rozsah operačních vstupů, nižší bolestivost a kratší dobu hospitalizace (Slezáková, 2011). Dalšími pozitivy těchto operací jsou výrazně menší krevní ztráty a nižší výskyt infekcí. Typickým projevem vývoje těchto metod v gynekologii je posun operační techniky od klasické abdominální hysterektomie k hysterektomii vaginální, laparoskopicky asistované – LAVH (Pilka, 2014). Spolu s vývojem operačních postupů se vyvíjí i péče porodních asistentek o operované pacientky, a proto si autorka této práce položila otázku, zda je možné nové poznatky využít pro porodní asistentky ke zlepšení péče o ženy jak před, tak po LAVH.

Zkoumaný problém:

Cílem bakalářské práce je prezentovat dohledané publikované poznatky týkající se problematiky laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie.

Cíl 1 : Předložit poznatky o laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii.

Cíl 2 : Předložit poznatky o výhodách a nevýhodách LAVH.

Cíl 3 : Předložit poznatky o péči porodní asistentky.

Vstupní literatura:

CITTERBART, Karel a kol. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

FAIT, Tomáš. *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf, 2010. 88 s. ISBN 978-807-3452-193.

HOLUB, Zdeněk, KUŽEL, David. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005. 236 s. ISBN 80-247-0834-5.

PILKA, Radovan, PROCHÁZKA, Martin. *Gynekologie*. Dotisk 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 217 s. ISBN 978-80-244-3019-5.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing a. s., 2011. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Vyhledávací kritéria:

Klíčová slova v ČJ: laparoskopie, laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, porodní asistentka, vaginální operace, edukace, léčba, bolest, rekonvalescence, návrat do života, péče, žena

Klíčová slova v AJ: laparoscopy, laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, midwife, vaginal surgery, education, treatment, pain, recovery, return to life, care, woman

Jazyk: čeština, angličtina

Období: 2000–2017

Databáze: PUBMED, EBSCO, GOOGLE Scholar

Nalezeno článků: 280

Vyřazující kritéria: duplicitní články, články netýkající se cílů, články, které nesplnily kritéria.

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 37 dohledaných článků.

Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

PUBMED: 6 článků

EBSCO: 3 články

GOOGLE scholar: 28 článků

Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů:

- Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica: 1 článek,
- Asian Journal of Endoscopic Surgery: 1 článek,
- Aktuální gynekologie a porodnictví: 1 článek,
- Cochrane Library (In Cochrane Database of Systematic Reviews): 1 článek,
- Česká gynekologie: 1 článek
- Endoscopy Journal: 1 článek,
- European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology: 1 článek,
- Farmakoterapeutické informace: 1 článek,
- Faridpur Medical College Journal: 1 článek,
- Gynekolog: časopis ženských lékařů: 1 článek,

- Interní medicína pro praxi: 2 články,
- International Journal of Reproduction Contraception, Obstetrics and Gynecology: 2 články,
- International Journal of Medical Research and Review: 1 článek,
- International Journal of Gynecology & Obstetrics: 2 články,
- Journal Evidence Based Medicine Healthcare: 1 článek,
- Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons: 1 článek,
- Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists: 1 článek,
- Journal of Obstetrics a Gynaecology: 2 články,
- Journal of Nursing & Healthcare Research: 1 článek,
- Journal of Gynecologic Surgery: 1 článek,
- Local and Regional Anesthesia: 1 článek,
- Moderní babictví: 1 článek,
- Minimally Invasive Surgery: 1 článek,
- Moderní Gynekologie a Porodnictví: 1 článek,
- Obstetrics a Gynecology Science: 2 články,
- Obstetrical a Gynecological Survey: 2 články,
- Pain Management Nursing: 1 článek,
- Praktická gynekologie: 1 článek,
- Registr komplikací laparoskopické gynekologie: 1 článek,
- Surgical Endoscopy: 1 článek,
- Women & Health: 1 článek,

1 LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) je chirurgickým operačním výkonem, při němž dochází k odstranění dělohy. Jedná se v současnosti o nejmodernější metodu využívanou v gynekologii, která představuje kombinaci tradiční vaginální operační techniky (vaginální hysterektomie) s laparoskopii. LAVH zahrnuje dva základní typy operačních výkonů, jež se od sebe liší přístupem k přerušení děložních tepen a k protěti pochvy. Jedním přístupem je superiorní typ, druhým typ inferiorní. V rámci superiorního typu LAVH jsou děložní tepny a poševní klenby protřaty z poševního přístupu. Naproti tomu u inferiorního typu LAVH dochází k protěti děložních tepen a poševní klenby v laparoskopické fázi operačního výkonu (Holub, Kužel, 2005, s. 107).

Historicky první laparoskopická hysterektomie na světě byla provedena v lednu roku 1989. Zasloužili se o ni Reich a DeCaprio. Hned v roce 1989 byl podrobný postup této operace uveřejněn autory v časopise *Journal of Gynecologic Surgery*. Zároveň zde byla autory vyjádřena vize, že tento druh operace bude v budoucnu využíván stále častěji (Reich, DeCaprio a McGlynn, 2009, s. 214, 216). Laparoskopický uzávěr děložních cév prostřednictvím elektrochirurgie, stehů či svorek pokládali tito průkopníci za základní podmínku, bez níž není možné zákrok provést (*conditio sine qua non*) (Roztočil, 2011, s. 400).

Již v roce 1991 publikuje Minelli a kol. zkušenosti s LAVH u svých pacientek ve věku 41–67 let, které byly operovány touto technikou. Poukázal na kratší průběh hojení a dřívější návrat do práce a plnohodnotného života. V závěru vyslovil myšlenku, že LAVH se v brzké době stane plnohodnotnou alternativní operační metodou ke klasické hysterektomii (Minelli a kol., 1991, s. 64–66).

Autoři Ľubušký a kol. prováděli v roce 2003 retrospektivní analýzu dat ze zdravotnické dokumentace Porodnicko-gynekologické kliniky v Olomouci z let 1989–2002. Podíl vaginálních operací se od roku 1997 stále zvyšuje a v roce 2002 představoval 80 % všech hysterektomií, ovšem autoři uvádějí, že podíl LAVH představoval pouze 10 % pro maximální zkrácení operační doby (Ľubušký a kol., 2003).

Z dat Registru Komplikací gynekologické laparoskopie (RGKL) a jejich hodnocení vývoje LAVH v České republice lze vyčíst, že počet LAVH je v současné době vyšší než v případě abdominálních hysterektomií. Počet hysterektomií provedených abdominální cestou je 27 %,

počet LAVH je 46 % a počet prostých vaginálních hysterektomií je také 27 % z celkového počtu hysterektomií (<http://registr.gynekologie.org>).

1.1 Indikace a kontraindikace

Nejčastější indikací k LAVH je přítomnost děložních myomů. Myomy jsou nezhoubné svalové nádory, které ovšem mohou působit nejrůznější obtíže od nepravidelného a silného krvácení až po problémy s močením, případně s vyprazdňováním, potíže způsobené útlakem myomatózně změněné dělohy na okolní orgány apod.

Jako každá operace, tak i LAVH má své kontraindikace. Podle Holuba je ovšem většina kontraindikací pouze relativní a často záleží na zručnosti a zkušenosti operátora. Ke kontraindikacím patří děloha zvětšená do velikosti 12. týdne gravidity, omezená děložní pohyblivost, úzká pochva, případně nepřístupný cervix (Holub, Kužel, 2005, s. 98). Guvenal řadí mezi relativní kontraindikace objemnou dělohu, nuliparitu nebo předchozí pánevní operace pro riziko srůstů (Guvenal, 2014, s. 833). Ovšem jiní autoři jako například Zábranský tvrdí, že většina operátorů dodržuje nepsané pravidlo – děloha do velikosti 20. týdne gravidity (Zábranský, 2006, s. 16). Samsad a kol. doporučují, aby technikou LAVH byly operovány i pacientky, jejichž dělohy dosahují větší hmotnosti než 500 g a opírají se o závěry své studie z roku 2014 (Samsad a kol., 2015, s. 326).

Většina autorů jako například Rajedran a kol., Kovachev a kol., Baekalandt a kol. považují za indikaci k LAVH pouze benigní onemocnění dělohy a maligní onemocnění považují za kontraindikaci. Sonoda však v roce 2014 dochází k závěrům, že také pacientky s diagnózou karcinom endometria je možno operovat technikou LAVH včetně odstranění mízních uzlin. Tyto pacientky však nesmějí mít dělohu tak velkou, aby se musela peroperačně redukovat (Sonoda, 2014, s. 9).

Kontraindikací mohou být příliš velké myomy, případně v kombinaci se srůsty v malé pánvi, kdy by technika LAVH byla technicky příliš náročná a zatěžovala by pacientku dlouhou operační dobou (Mára, Holub, 2009, s. 111). Přestože jsou myomy a obtíže s nimi spojené nejčastější indikací k odstranění dělohy, nejsou to jediné indikace. Z dalších je možno jmenovat přednádorové změny na čípku, endometriózu, případně benigní nálezy na adnexech, kdy se zároveň s adnexetomií provádí u žen po fertilním věku i hysterektomie (Pivovarníková a Eim, 2002, s. 29; Kubínová a kol., 2012, s. 101–105). Přestože s posledně jmenovanou indikací se v ČR nesetkáváme, lze připomenout například retrospektivní studii Goswami a kol., kteří v roce 2015 sledovali indikace k LAVH u pacientek v nemocnici Shri Mahant

Indiresh a došli k závěru, že ačkoli nejčastější indikací k LAVH jsou myomy, lze LAVH doporučit u všech pacientek, které mají benigní gynekologické nálezy (Goswami a kol., 2016, s. 683).

V souvislosti s indikacemi a kontraindikacemi LAVH lze zmínit starší studii P. Cristoforoni a kol., která se zabývala četností a příčinou změny LAVH na abdominální hysterektomii. Do studie bylo zapojeno celkem 78 žen, které v období let 1992 až 1995 podstoupily LAVH. U 8 pacientek (11,1 %) muselo být přistoupeno k abdominální hysterektomii, a to z důvodu značné velikosti dělohy (v rozmezí od 387 do 1030 g) s omezenou schopností pohybu, nemožnosti vizualizace všech struktur v malé pánvi, masivní intraperitoneální adheze a závažného krvácení v průběhu operace. Z výsledků této studie vyplynulo, že LAVH je velice efektivní a vhodná metoda a přistupuje se k ní ve většině případů. Největší kontraindikací tohoto operačního přístupu jsou podle této studie komplikace vznikající během operace (Cristoforoni a kol., 1995, s. 33–37).

1.2 Komplikace po LAVH

U LAVH dochází ke změnám anatomických poměrů v malé pánvi, s čímž jsou spojeny dočasné poruchy vyprazdňování močového měchýře. Z tohoto důvodu je preventivně několik dní po operačním výkonu ponechán permanentní močový katétr, který se zavádí do močového měchýře před operací. Slouží zároveň jako kontrola poranění močového měchýře. Permanentní katétr se zavádí močovou trubicí, v případě nepřehledného terénu v malé pánvi provádíme cystostomii, (epicystostomii) kdy katétr do močového měchýře zavádíme přes kůži nad sponu stydkou. Stejně tak jsou se změnou anatomických poměrů spojeny dočasné poruchy pasáže střev a případně i vyprazdňování stolice. Může dojít k subileóznímu až ileóznímu stavu. Prevencí je v tomto případě pozvolné zatěžování střev podáváním dietní stravy po operaci a vhodná pohybová aktivita (Fait, 2010, s. 66). V rámci snížené obranyschopnosti organismu může dojít ke vzniku infekce operační rány, jejímž důsledkem je zhoršený proces hojení. Infekci je nezbytné řešit lokálními obvazy obsahujícími hojivé a dezinfekční látky. Špatné hojení vnitřního šití (poševního pahýlu) – dehiscence se projevuje pooperačními infiltráty. Tímto dochází k prodloužení procesu hojení o několik týdnů (Mlčoch, 2012).

Studie Myung a kol. sledovala v letech 2007–2011 výskyt dehiscencí u pacientek podstupujících hysterektomii v korejské univerzitní nemocnici. Bylo sledováno 238 žen, které

podstoupily LAVH a dehiscence se vyskytla pouze u 4 z nich, což je 1,68 % (Myung a kol., 2014, s. 140).

Další komplikací může být infekce močových cest a malé pánve, která souvisí se zavedením močového katétru a vaginální flórou u operovaných žen. Velmi obávanou pooperační komplikací, která ale nesouvisí přímo s určitým druhem operace jako spíš s imobilizací, jsou tromboembolické komplikace, které mohou pacientku přímo ohrozit na životě. Díky zpomalení žilního návratu při pobytu na lůžku a omezené hybnosti se mohou tvořit tromby – žilní sraženiny (Schneiderová, 2004, s. 76). Kučera dodává, že v místě vpichu Veressovou jehlou může dojít ke vzniku hernie, zvláště pokud je incize větší než 1,2 cm (Kučera, 2004, s. 11)

Pooperační komplikace po LAVH jsou poměrně vzácné, jak dokazují studie například indických autorů. Joseph a Yethirajan zjišťovali komplikace u pacientek po LAVH od ledna do prosince 2016. Celkem sledovali 40 žen po LAVH a kritériem bylo, že tyto ženy nesměly být operovány pro sestup či prolaps dělohy. Ze 40 žen měla pouze jedna pooperační komplikaci – poranění močového měchýře (Joseph a Yethirajan, 2017, s. 1120).

Naproti tomu Donnez a kol. došli ve své starší studii z let 1990–2006 k závěrům, že ve srovnání s abdominální hysterektomií je podíl poranění močových cest u LAVH vyšší (Donnez, 2010, s. 499).

Podle Holuba můžeme zařadit mezi komplikace i konverzi LAVH na abdominální hysterektomii, ke které dochází v průběhu operace po ozřejmění poměrů v malé pánvi (Holub, 2005). Ovšem Sue a kol. ve svém závěru tvrdí, že pokud u žen po prodělaném císařském řezu se srůsty s přední stěnou břišní upravíme technikou zavádění pneumoperitonea na boční přístup, je možné i tyto ženy operovat metodou LAVH. Opírali se přitom o výsledky své retrospektivní studie z let 2003–2012, kdy touto metodou bylo operováno 47 žen. Pouze u 1 (2 %) byla zjištěna komplikace, a to poranění močového měchýře (Sue a kol., 2014).

2 VÝHODY A NEVÝHODY LAVH

Porovnájí-li se aspekty AH a LAVH, lze jednoznačně říci, že při LAVH pociťují ženy bolesti menší intenzity a to podstatně kratší dobu než při AH. Díky menší bolestivosti dochází k brzké mobilizaci a tím snížení rizika žilních a střevních komplikací. Zároveň se po operacích LAVH zkrátila doba hospitalizace a doba domácího ošetřování. Díky pouze malým operačním rankám je nižší riziko vzniku infekčních komplikací a podstatně menší krevní ztráty než u klasické AH. Vzhledem k ženám podstupujícím operaci nelze opomenout ani kosmetické hledisko, kdy jsou pacientky spokojenější s drobnými jizvami (Roztočil, 2011, s. 508; Simočková, 2011, s. 216). Z nevýhod LAVH je možné zmínit finanční náročnost této techniky na přístrojové a nástrojové vybavení. Značnou nevýhodou pro operatéry je delší doba operace než u AH (Roztočil, 2011, s. 508; Simočková, 2011, s. 216).

Například Muralikrishnan Nambiar a kol. srovnávají ve své retrospektivní studii z roku 2014 pacientky po abdominální hysterektomii a LAHV. Sledují u nich dobu trvání operace, komplikace, rekonvalescenci po operaci a náklady na operaci. Dochází k závěru, že pacientky po AH mají vyšší spotřebu analgetik a větší krevní ztrátu než pacientky po LAHV. Ovšem AH trvala v průměru 118 minut, zatímco LAHV 166 minut. Rovněž náklady na LAHV byly vyšší než u AH. V závěru studie vyjadřují autoři přesvědčení, že LAVH je metodou budoucnosti, ale je nutné mít řádně vybavené pracoviště a erudované lékaře-operatéry (Muralikrishnan a kol., 2016).

Shetty, Shanbhag a Pandey ve své studii z roku 2013 zjišťují, zda metoda LAVH dosahuje lepších klinických výsledků než metoda AH. Jejich soubor je ale malý, pouze 17 žen, které podstoupily LAVH, a 20 žen s AH. Přesto autoři došli ke zhruba stejným výsledkům – LAVH trvala průměrně o 30 minut déle než AH a ženy měly krevní ztrátu o 100 ml nižší než pacientky, které podstoupily AH. Dále autoři upozorňují na výrazně nižší skóre bolesti ve druhém a třetím pooperačním dnu po LAVH. Ovšem tito autoři dochází k závěru, že průměrná délka hospitalizace se neliší (Shetty, Shanbhag a Pandey, 2014, s. 5).

V roce 2013 publikovali také bangladéští autoři Zesmin a kol. výsledky případové studie z roku 2008. Výzkum prováděli u 50 pacientek, které podstoupily LAVH, a 50 žen, které absolvovaly AH. Tito autoři nenašli žádný významný rozdíl v pooperační krevní ztrátě u obou skupin, ale stejně jako výše uvedení autoři došli ke stejnému závěru, že pacientky, které podstoupily hysterektomii metodou LAVH, potřebovaly menší množství analgetik, byly hospitalizované kratší dobu a dříve se vrátily do zaměstnání než pacientky operované

metodou AH. Přestože LAVH operace trvaly delší dobu, byly celkové náklady nižší než u pacientek s AH (Zesmin, Ara, Begum a Fatima, 2013, s. 60).

Ze starších prací lze poukázat na práci Schütze a kol., kteří ve své randomizované studii z roku 2001 srovnávali operaci a pooperační průběh u 48 pacientek, které měly myomy vyšší hmotnosti než 200 g a které byly operovány technikou LAVH, s pacientkami se stejnými podmínkami, které byly operovány klasickou abdominální technikou. Došli zde k závěru, že i když jsou LAVH technicky náročnější, vyskytuje se po nich nižší riziko vzniku pooperačních komplikací, pacientky měly menší ztráty krve a trpěly snesitelnějšími bolestmi než po AH. Pacientky rovněž poukazovaly na kratší dobu rekonvalescence (Schütz a kol., 2002, s. 121–2).

Ve stejném roce byla publikována studie taiwanských autorů Hwang a kol., ti ve své komparativní studii srovnávali perioperační morbiditu u žen s děložními myomy většími než 6 cm a hmotnosti 450 a více gramů, které byly operovány technikou LAVH a abdominální technikou. Do studie bylo zapojeno 30+30 žen a autoři rovněž došli k závěru, že metoda LAVH s sebou přináší menší procento pooperačních komplikací, nižší skóre bolesti a zmiňují rychlejší obnovu střevní pasáže, přestože tato metoda je časově náročnější než AH. V závěru zdůrazňují, že i když je metoda LAVH vhodná i pro pacientky s myomy většími než 6 cm, je nutné vždy před operací provést podrobné ultrazvukové vyšetření vzhledem k lokalizaci myomů (Hwang a kol., 2002, s. 1135–38).

K výhodám LAVH lze přiřadit i fakt, že tuto metodu lze použít také u obézních pacientek a obezita nezvyšuje procento komplikací, jak zjistili ve své studii Mikhail a kol. V roce 2014 publikovali výsledky své studie z let 2005–2011, kde tvrdí, že pacientky, které trpí obezitou a podstupují hysterektomii abdominální cestou, mají výrazně vyšší riziko komplikací na rozdíl od obézních pacientek, které se podrobily LAVH (Mikhail, Miladinovic a Finan, 2014).

3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

3.1 Předoperační péče

Péče o ženu před LAVH zahrnuje předoperační přípravu dlouhodobého, krátkodobého a bezprostředního charakteru, včetně fyzické a psychické přípravy k operačnímu výkonu. Zde se prolíná péče lékaře a porodní asistentky a je nutná jejich vzájemná kooperace.

Předoperační příprava začíná již samotným rozhodnutím o provedení operačního výkonu. Všechny operační zákroky jsou pro ženu jistou zátěží a s ohledem na riziko vzniku možných komplikací je úlohou porodní asistentky a lékaře pacientku na výkon důkladně připravit. Účel předoperační přípravy spočívá v zajištění vhodných a šetrných podmínek pro průběh operace bez komplikací a v jejich prevenci (Repková, 2006).

Základním krokem fyzické přípravy žen před operačním zákrokem je výběr nejvhodnější doby k provedení operace. Za nejméně vhodná období jsou považována období těsně před menstruací nebo v jejím průběhu a to kvůli zvýšené krvácivosti (Kobilková, 2005).

Před plánovanou operací je nutné provést interní předoperační vyšetření obvykle prováděná cestou praktického lékaře nebo internisty. Zjištěné výsledky by neměly být starší 14 dní. Dle nálezu je žena dále vyšetřována v rámci konsiliárních vyšetření. Předoperační vyšetření se neobejde bez znalostí základních laboratorních parametrů a je využíváno laboratoří hematologických, biochemických, případně mikrobiologických. K základnímu laboratornímu předoperačnímu vyšetření patří krevní obraz, krevní skupina a RH faktor, srážlivost, minerály, jaterní testy, kyselina močová, urea a kreatinin z krve, močový sediment a chemické složení moči. Další vyšetření je prováděno dle uvážení internisty nebo jiných odborníků. Součástí předoperačního vyšetření je také RTG srdce+plic a EKG, která by pak měla být prováděna s ohledem na věk a zdravotní stav pacientky. Vyšetření anesteziologem pak obvykle probíhá den před operací, který po konzultaci s pacientkou navrhuje vhodnou anestezii případně analgezií po operaci. Při přijetí pacientky k hospitalizaci je pozornost věnována fyzikálnímu vyšetření, které se zaměřuje na stav pánevních orgánů, které umožní stanovit jak přesný nález, tak zvolit co nejvhodnější operační přístup, tj. laparotomie, kombinace laparoskopie a vaginálního přístupu tedy LAVH nebo vaginální cestu. Důležitá je také anamnéza, kdy lékař s porodní asistentkou provádí sběr a záznam zjištěných informací (z osobní, gynekologické, alergické, pracovní a sociální oblasti) rozhovorem se ženou a následné zhodnocení údajů spolu s výsledky provedených vyšetření (Pilka, Procházka a kol.,

2014, s. 148). Dalším důležitým krokem je v rámci fyzické přípravy zjištění prodělaných a aktuálních onemocnění pacientky, včetně optimalizace možných přidružených nemocí (např. hypertenze, diabetu mellitu, anémie, zánětu žil, nadváhy apod.) (Roztočil, 2011, s. 398; Slezáková, 2011, s. 33).

Již před operací dochází k nácviku pooperačního režimu sloužícího k předcházení vzniku pooperačních komplikací. Pozornost je věnována především dechovým cvičením, nácviku odkašlávání, otáčení, vstávání z lůžka a ulehání na něj, čímž u pacientky dochází ke zlepšování plicní ventilace, krevního oběhu a peristaltiky střev. Rovněž dochází k menšímu pociťování bolesti (Kobilková, 2005).

K bezprostřední fyzické předoperační přípravě patří řádné vyprázdnění střeva (pro snadnější orientaci v pánvi a obnovení střevní pasáže po operaci). Podle zvyklostí oddělení jsou používána klyzmata nebo perorální roztok (např. Fortrans). Porodní asistentka zodpovídá za řádné oholení zevního genitálu a provedení důkladné hygieny (Blažek a kol, 2012, s. 427). Fyzická příprava ženy porodní asistentkou zahrnuje taktéž prevenci tromboembolické nemoci, jelikož hluboká žilní trombóza a následná plicní embolie je závažnou život ohrožující pooperační komplikací. Pacientka je z tohoto důvodu poučena porodní asistentkou o důležitosti procvičování DKK na lůžku a časném vstávání po operaci. Jako součást uvedených preventivních opatření můžeme uvést přiložení kompresivních elastických punčoch nebo bandáží před operačním výkonem a aplikaci nízkomolekulárního heparinu (LMWH) v dávce stanovené dle míry rizika alespoň 12 hod. před výkonem a následně každých 24 hodin v prvních pooperačních dnech (Pilka, Procházka a kol., 2014, s. 149-150). Před odvozem pacientky na operační sál je podle zvyklostí oddělení možno pacientce zavést permanentní žilní katétr, případně podat premedikaci (Blažek a kol, 2012, s. 427). Jako prevence vzniku zánětlivých pooperačních komplikací se doporučuje nitrožilně aplikovat jednorázová dávka antibiotik před nebo na začátku operace (Pilka, Procházka a kol., 2014, s. 149).

Psychologická příprava před operací je podle Cittebarta velmi důležitá a neměla by být bagatelizována. Naopak by se jí měla věnovat zcela mimořádná pozornost. (Cittebart, 2008, s. 62).

Zjištění diagnózy, vědomí nutnosti plánovaného operačního výkonu (LAVH), následná hospitalizace omezující běžný způsob života, provedení samotné operace, vědomí dlouhodobé léčby, uvědomění si možnosti vzniku komplikací a mnoho dalších aspektů jsou pro ženy velice stresující a traumatizující. Chování ženy je tak v těchto fázích ovlivněno celou řadou činitelů. Nejvýznamnější úlohu zde sehrávají obavy ženy z toho, že neví, co ji čeká

a jak vše dopadne. Pacientky tak často prožívají stud, úzkost a pocity méněcennosti z toho, že ve své roli ženy selhaly, že ztratí svou ženskost apod. Dále mají obavy ze ztráty zájmu ze strany svého partnera/manžela. Ženy se v souvislosti s operačním výkonem nejvíce obávají také předčasné menopauzy a nepříznivého vlivu operace na jejich sexuální život. (Slezáková, 2011).

Darwish, Atlantis a Mohamed-Taysir publikovali v roce 2014 závěry své meta-analytické studie s tím, že řádně poučené a psychicky připravené pacientky nemají po hysterektomiích vysoké riziko úzkostí a depresí. Jednalo se ovšem o pacientky s benigními nálezy (Darwish, Atlantis a Mohamed-Taysir, 2014. s. 5).

Důležitou úlohu v psychické přípravě má jak lékař, tak porodní asistentka. Lékař by měl pacientce vysvětlit důvody, proč je operace navržena a to vhodným způsobem a srozumitelně. Samozřejmostí je klidná atmosféra bez rušivých elementů. Lékař by dále měl pacientce sdělit, jak pravděpodobně bude probíhat operace, pooperační průběh a jak dlouho stráví pacientka v nemocnici, případně na pracovní neschopnosti. Velice důležité je uklidnění ženy v otázce pooperační tlumení bolesti. Samozřejmostí by mělo být zodpovězení všech otázek. (Jarošová, 2000, s. 99). Podle Schneiderové je nutné pacientce sdělit předpokládaný stav po operaci s návrhem případné další možné léčby (Schneiderová, 2014, s. 24). Velmi často se stává, že se žena se svými otázkami, případně obavami obrací na porodní asistentku, která s ní tráví více času, než lékař. Porodní asistentka by měla ženu vyslechnout a na její otázky v mezích svých kompetencí odpovědět, případně podat doplňující informace. Kromě snížení obav z operačního výkonu se psychická příprava zaměřuje na vysvětlení fyzických a kosmetických následků operace, protože některé ženy, své tělesné oblasti vnímají velice citlivě. Výhodou porodní asistentky je delší a chápavější styk s pacientkou s důrazem na její ženskost. (Jarošová, 2000, s. 100; Šamánková a kol., 2002). K pacientkám by se mělo přistupovat vždy individuálně, neboť všechny ženy prožívají své onemocnění, hospitalizaci, operační výkon a léčbu rozdílnými způsoby. Cílem by mělo být poskytnutí potřebné podpory, čehož lze dosáhnout empatickým přístupem, otevřeností, upřímností a laskavostí. P. Wendsche, A. Pokorná a I. Štefková v této souvislosti uvádějí, že „základem pro rozhovor s pacientem je empatie, úcta a nefalšovaná projevů toho, kdo s nemocným hovoří. Je vhodné, jsou-li informace poskytovány nikoliv těsně před výkonem, ale v dostatečném časovém předstihu, tak aby se nemocný mohl dostatečně ‚vnitřně připravit‘. Existuje předpoklad, že na co se člověk subjektivně připraví, to také lépe snáší“ (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 66).

Kromě rozhovorů s pacientkou je vhodné v rámci poskytování nezbytných informací využívat i nejrůznějších informačních brožurek nebo letáčků. Lékaři, porodní asistentky i ostatní ošetřující personál by neměl podceňovat kromě správné verbální a neverbální komunikace i první dojem a řeč těla (Roztočil, 2011, s. 399; Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 66-67). Pro účely psychické podpory pacientky a eliminaci jejích obav je rovněž důležité odpovídat na všechny jí pokládané otázky (Citterbart, 2008, s. 62)

3.2 Pooperační péče

Také pooperační péči je možno rozdělit na péči fyzickou a psychickou. Péče o pacientku po LAVH je velice důležitá, a to zvláště v prvních hodinách po operačním výkonu. V rámci pooperační péče je pozornost věnována zejména tlumení bolesti, monitoraci fyziologických funkcí (tlak, puls, tělesná teplota, saturace-zásobení krve kyslíkem), kontrole krvácení a operační rány, sledování a péče o invazivní vstupy (permanентní žilní a močový katétr, drén) a prevenci TEN. V dalších dnech jsou pak přidávány rehabilitační prvky (Simočková, 2011). Pooperační aktivizace je orientována na několik oblastí – prevence tromboembolie, podráždění cest dýchacích a odkašlávání, s čímž souvisí bolest v ráně po operaci. Základem zotavení po LAVH, je začít s pohybovou aktivitou a cvičením co možná nejdříve a to v závislosti na celkovém zdravotním stavu pacientky. V této souvislosti je důležité brzké vstávání pacientky z lůžka, k němuž dochází první pooperační den. Pro účely stimulace krevního oběhu je využíváno cvičení malých kloubů dolních končetin prostřednictvím izometrických cviků, kdy nedochází ke změnám délek svalů, nýbrž jejich napětí. Tato cvičení jsou obvykle opakována vždy pár minut zhruba každé 2 hodiny. Postupně je přidáváno cvičení velkých kloubů horních i dolních končetin. V pooperačním období se dále přistupuje k uvolnění dýchacích cest odkašláváním a k zahájení dechových cvičení. Právě tyto postupy napomáhají k naprostému odeznění anestezie z organismu pacientky a k lepšímu prokrvení orgánů. Při odkašlávání je nutno věnovat pozornost tlumení bolesti v operační ráně, a to fixací břišní stěny pomocí rukou (Kobilková, 2005).

Zcela zásadní součástí péče po LAVH je léčba bolesti. Jedná se o bolest akutní, která je vyvolána chirurgickým zákrokem, tedy poškozením tkáně. Změny v oblasti kardiovaskulárního, gastrointestinálního a vylučovacího systému po operaci jsou patofyziologickou odpovědí organismu na bolest. (Gabrhelík a Pieran, 2012, s. 23). Téměř před 100 lety popsali vědci možnou souvislost mezi poškozením při operaci tkáně a intenzifikací akutní bolesti a dlouhodobou pooperační bolestí (Vadivelu, 2014, s. 17).

Intenzivní pooperační bolest patří mezi faktory, které významně zhoršují kvalitu pooperačního průběhu (Ševčík a kol., 2008).

Zodpovědnost za léčbu pooperačních bolestí má nejen lékař- operatér, anesteziolog, ale i ošetřující lékař pooperačního oddělení a porodní asistentka, která o pacientku po LAVH pečuje. Specializované týmy na léčbu akutní pooperační bolesti mají úlohu především konsiliární a vzdělávací (Ševčík a kol., 2008). Podle Vadivelu je nanejvýš vhodné, aby se lékař držel doporučených postupů, ale zároveň aby ještě před operací prodiskutoval s pacientkou možnosti pooperační analgezie. Součástí tohoto rozhovoru by měl být důkladný rozbor analgetické anamnézy - setkání s bolestí, analgetiky, reakce, strach, obavy apod., protože psychologické vlivy, například strach z opakujících se bolestí mohou přispět k pooperačnímu diskomfortu (Vadivelu a kol., 2014, s. 20).

Podle Ptáčka a Bartůňka by porodní asistentka měla být připravena využít svých znalostí v oblasti nefarmakologického tišení bolesti, jako je například fyzikální terapie, bazální stimulace apod. (Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 243).

Pro účely zjištění míry bolesti je možné využít také metody psychologické povahy, při nichž dochází k hodnocení chování pacientky na základě pozorování nebo popisu bolesti ze strany pacienty dle hodnotících škál, dotazníků, standardizovaných psychologických testů a jiných metod. U pacientek po LAVH se jedná nejčastěji o bolesti trvající v řádu několika dnů až týdnů. Podstatou efektivní léčby bolesti je zhodnocení několika oblastí. V rámci hodnocení kvantity bolesti je využíváno různých škál, například Vizuelní analogová škála (VAS), Melzackova škála nebo číselná hodnotící škála (NRS). Bolest je subjektivní pocit a proto i její kvantitativní vyjádření je subjektivní.(Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková 2013, s. 125).

Daleko složitější je posouzení kvality bolesti. Na základě verbalizace pacientky pak dochází k lokalizaci a časovému vymezení bolesti. Správná diagnostika typu a intenzity bolesti je rozhodujícím faktorem pro zvolení vhodné a dobře cílené léčby pooperační bolesti. Terapie bolesti u pacientky po LAVH se odvíjí rovněž od detailní anamnézy sloužící k vhodnému výběru metod a postupů k tlumení bolesti (Roztočil, 2011, s. 388-389). Alušíková doporučuje každé pacientce po operaci založit protokol o sledování a případné léčbě pooperační bolesti, kde jsou hodnoty zaznamenávány minimálně 4x denně (Alušíková, 2009b, s. 3).

Podle Colinse, který se opírá o poznatky studií z let 2007 - 2012 je ovšem kontrola a léčba pooperačních bolestí u pacientek po vaginálních operacích až v 30% nedostatečná a to zejména mezi 3. a 7. pooperačním dnem (Collins a kol., 2015, s. 169). Ke stejným

závěrům dochází i Ševčík, který zároveň dodává, že nejsou k dispozici rozsáhlejší data z ČR. Podle Ševčíka je důležité, že neřešené pooperační bolesti jsou problémem preventabilním a většinou i snadno řešitelným (Ševčík a kol., 2008).

V léčbě pooperační bolesti je využívána celá řada různých nefarmakologických metod, jako například psychologické metody (biofeedback), hypnóza, akupunktura, tejpování, masáže, případně aplikace chladu, které zvyšuje práh bolesti a snižuje místní otok. (Gabrhelík a Pieran, 2012, s. 24).

Hongkongští autoři Wai Man a Ka Ming publikovali v roce 2015 studii o využití muzikoterapie v léčbě pooperační bolesti u gynekologických pacientek a jejich výsledky ukázaly, že přestože je hudební terapie obecně účinná na snížení intenzity bolesti, únavy a úzkosti a s tím spojenou spotřebu analgetik v pooperačním období, doporučuje se pouze jako doplněk k farmaceutickým metodám. Zároveň ovšem tito autoři doporučují další studie (a to zejména kvalitativní k efektivnímu využívání muzikoterapie v léčbě pooperačních bolestí v gynekologii) (Wai Man a Ka Ming, 2015, s. 986).

V léčbě pooperační bolesti dominují jednoznačně farmakologické metody. V dnešní době jsou preferovány principy multimodální analgezie- použití více analgetik a jejich kombinace. To má za následek snížení dávkování a tím i výskyt nežádoucích účinků. Ovšem zároveň je nutno upozornit, že smysluplné je pouze kombinování analgetik z různých skupin a zcela nevhodná je kombinace látek z téže skupiny, kdy nejen, že nedojde k potenciaci analgezie, ale naopak k navýšení nežádoucích účinků (Gabrhelík a Pieran, 2012, s. 24).

Součástí pooperační analgezie v gynekologické chirurgii by měla být podle Colins i preemptivní analgezie- to znamená podat analgetika ještě před operací (Collins a kol., 2015, s. 169). Ke stejnému závěru došel i Vadivelu, který se opírá o výsledky celkem 66 studií a který zmiňuje, že preemptivní analgezie byla podávána pacientům už v roce 1985 (Vadivelu, 2014, s. 20).

Lze připomenout i studii australských autorů Actona a kol., kteří zkoumali míru pooperační bolesti u pacientek, které podstoupily LAVH a které měly abdominální incize velikosti 10 mm a stejných pacientek, které měly incize pouze velikosti 5mm. Acton a kol. Z výsledku studie vyplývá, že míra pooperační bolesti byla u obou skupin pacientek stejná (Acton a kol., 2016, s. 18).

Celkové pocity pacientky se po operaci značně odvíjí od jejího duševního stavu. Navozením psychologické pohody lze zmírnit pocity nejistoty a obavy pacientky z návratu do běžného osobního i pracovního života. Pomoc je založena na rozvoji energie, aktivizaci, podpoře pozitivních pocitů a zvyšování sebedůvěry a sebejistoty pacientky. Pacientka by měla

být schopna oprostít se od přílišného pozorování sebe sama. Vhodné je motivovat k uzdravení a k pozitivnímu náhledu na život z budoucí perspektivy. Psychický stav pacientky po operačním výkonu závisí na jejím celkovém tělesném stavu a kondici. Fyzický stav a kondici pacientky po operaci lze posílit záměrnými cviky k podpoře pánevní statiky (tj. posilování svalů pánevního dna) (Roztočil, 2011, s. 429-430).

Protože operace v podobě LAVH se bezprostředně dotýká pohlavních orgánů pacientky, mají ženy obavy o schopnost vedení následného sexuálního života. Po dobu prvních 6 týdnů od operace není pacientkám doporučen pohlavní styk, neboť je zapotřebí počkat až se dokonale zhojí uzávěr poševního pahýlu. Nedodržení sexuální abstinence pro ženy znamená riziko roztržení pochvy s nebezpečím vyhřeznutí střev před rodidla (Mlčoch, 2012). Odstranění dělohy nemá na funkci v rámci pohlavního styku žádný vliv. Pochva zůstává i po operačním výkonu dostatečně prostorná a dlouhá. Rovněž bývá zachován i její směr. Muž tedy při pohlavním styku nemá možnost poznat, že žena nemá dělohu. Na vnímání pohlavního styku (vyvrcholení) má největší vliv klitoris a poševní stěny (zvláště bod G v přední stěně). Svaly pánevního dna vytvářejí při pohlavním styku tzv. orgastickou manžetu a při operačním výkonu nebývají nikterak narušeny (Mlčoch, 2012).

Po operačním výkonu může u ženy dojít ke vzniku tzv. posthysterektomického syndromu, který se rozvíjí v souvislosti s odstraněním dělohy. Mezi jeho příznaky patří poruchy spánku, bolesti hlavy, závratě, problémy s močením či únava. Jsou-li zároveň odstraněny i vaječníky, může dojít k rozvoji klimakterických potíží. Je vhodné ženu s těmito příznaky seznámit, případně doporučit další odbornou pomoc (Fait, 2010).

Pracovní neschopnost ženy po hysterektomii se odvíjí od typu operačního výkonu a od povahy zaměstnání pacientky. V případě pacientek po LAVH je délka pracovní neschopnosti kratší (5 až 14 dnů) než u žen, které podstoupily abdominální hysterektomii (až 6 týdnů). Pacientka po LAVH by se měla vyvarovat po dobu 6 měsíců od operačního výkonu zvedání těžkých břemen nad 15 kg (prevence sestupu pochvy), (Fait, 2010; Slezáková, 2011).

3.3 Edukace ženy porodní asistentkou

Edukace pacientky je důležitá jak před nástupem ženy k hospitalizaci v rámci ambulantní péče gynekologa, tak v jejím průběhu a před propuštěním ze zdravotnického zařízení do domácího ošetřování. Po propuštění se žena dále obrací se svými dotazy a případnými problémy na svého obvodního gynekologa nebo v rámci komunitní péče může požádat o návštěvu porodní asistentky (Fait, 2010).

V současné době probíhá edukace ženy podstupující LAVH ve vysoké míře na oddělení gynekologie. Převážnou část pro ženu důležitých informací poskytuje porodní asistentka po předchozí edukaci lékařem.

Obsahem edukace, kterou ženě poskytuje lékař, je především sdělení a vysvětlení důvodu operace, o způsobech jejího vedení, následné léčbě a možných komplikacích. Pacientka poté lékařem podepisuje informovaný souhlas s operací. Porodní asistentka ženu informuje nejen o předoperačních vyšetřeních, ale také o tom jak budou probíhat, co je jejich účelem a jak se na prováděná vyšetření připravit. Poskytnutými informacemi tedy ženě dává psychickou podporu a minimalizuje tak její pocity obav, strachu a úzkosti z toho co pacientku čeká (Fait a Kolečka, 2007; Závodná, 2005).

Chin – Wan Wang a kol. publikovali v roce 2014 studii, ve které se zaměřili na pocity úzkosti před gynekologickou operací. Srovnávali 100 pacientek, které využily multimediálního edukačního programu a 100 pacientek, které tohoto programu nevyužily. Zkoumání zahrnovalo úzkostné stavy v souvislosti s nadcházející gynekologickou operací a to před využitím programu a hodinu po něm. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl u pacientek, které podstoupily ošetřovatelskou intervenci- edukaci pomocí programu. Došlo k úpravě krevního tlaku, pulzu, dýchání v souvislosti s úzkostí a samy pacientky udávaly její zmírnění. Autoři doporučují v edukaci používat multimediální program, který mohou mít nemocnice na vlastních webových stránkách jako základní informace pro pacientky, které jsou přijaty ke gynekologické operaci. Zároveň upozorňují na fakt, že tento program nenahrazuje lidský faktor a je proto důležité, aby lékaři a porodní asistentky s pacientkami hovořili (Chin – Wan Wang a kol., 2014, s. 169-177).

Peles –Bortz a kol. prováděli v roce 2010 studii, kde sledovali, zda jsou rozdíly mezi podporou u gynekologických pacientek před operací se suspektní malignitou a pacientek s benigním nálezem. Autoři došli k závěru, že přestože obě skupiny pacientek mají podobnou hladinu úzkosti, podporu ze strany zdravotníků dostávají pacientky s nálezem suspektní malignity. Autoři doporučují, aby se lékaři i porodní asistentky věnovali všem ženám a to formou edukace, případně edukačních programů (Peles Bortz a kol., 2017, s. 329-341).

Powel a kol. v meta-analytické studii došli k závěrům, že řádná psychologická příprava, jako součást edukace ze strany ošetřujícího personálu, tedy porodních asistentek, snižuje bolest a negativní emoce u pacientek po gynekologické operaci (Powel a kol., 2016, s. 1465-1858).

Po přijetí je žena seznamována s prostředím a daným režimem na oddělení. Samozřejmostí by také mělo být představení ošetřujícího personálu, který o ženu po dobu její

hospitalizace bude pečovat. Porodní asistentka podává ženě informace o prováděných a plánovaných úkonech. Důležitá je také edukace pacientek v oblasti stylu jejich života po LAVH. Mnohé z nich kladou dotazy týkající se pohlavního života, sportu a návratu do práce po absolvované hysterektomii. Pro edukaci je volena především forma rozhovoru, přednášky a vysvětlování. Rozhovorem je zjišťována míra znalosti žen na dané téma. Ženy mají dostatek času na položení otázky, která je nejvíce trápí. Na rozhovor by měla navazovat přednáška, kdy v jejím úvodu jsou znovu probíraná témata, které ženy nejvíce zajímají. Důležité je, aby byly uvedené informace ucelené a srozumitelné (Závodná, 2005).

Ženy jsou informovány o délce hospitalizace a pracovní neschopnosti. Porodní asistentka upozorňuje ženu na dodržování hygienického režimu přirovnávanému období šestinedělí. Vhodné je tedy sprchování na místo koupele, nošení prodyšného spodního prádla a podle potřeby používání hygienických vložek. Zapomínat by se také nemělo na zvolení vhodné sportovní aktivity. Ženám je doporučováno její povolné zahajování. Zpočátku jsou preferovány procházky, později je možno přidat protahovací cviky a cvičení na posílení pánevního dna. Plavání je možné po dokonalém zhojení poševního pahýlu. V prvních šesti měsících není vhodné intenzivní posilování, vzpírání a jakékoliv skoky. Dále jsou ženám poskytnuty informace o vymizení menstruace, nemožnosti otěhotnění, zahájení pohlavního života a jeho prožívání, případně řešení klimakterických potíží. Porodní asistentka rovněž poskytuje informace, kdy a za jakých podmínek ženě vzniká nárok na komplexní lázeňskou péči (Fait a Kolečka, 2007).

Před propuštěním do domácího prostředí může pacientka po LAVH obdržet některé z uvedených pokynů v tištěné podobě. Taktéž by pacientka měla obdržet důležité informace a kontakty, aby věděla, na koho se může v případě potřeby obrátit (Slezáková, 2011, s. 34).

ZÁVĚR

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie je v dnešní době jednou z nejpoužívanějších operačních technik v gynekologii. LAVH kombinuje vaginální přístup s laparoskopií. Nejčastější indikací k této operaci je výskyt myomů. Kontraindikací bývá příliš velká děloha. Přestože není jednoznačně uvedena její velikost, většina autorů uvádí, že kromě velikosti záleží i na dovednostech operátora. Komplikace po LAVH se vyskytují vzácně, ze zjištěných zdrojů autoři uvádí poranění močového měchýře. Dehiscence poševního pahýlu se může vyskytnout v případech snížené obranyschopnosti organismu. Poruchy střevní pasáže jsou pak dočasným problémem, kterému lze předcházet. Ve srovnání s AH uvádí autoři, že výhodami k provedení LAVH se stává menší pooperační bolest, nižší krevní ztráta při operaci, rychlejší průběh hojení, kratší pracovní neschopnost a s tím související návrat do zaměstnání. Opomenout bychom neměli kosmetický efekt po LAVH, který bývá pro mnoho žen také významným hlediskem. Mezi nevýhody LAVH ve srovnání s klasickou abdominální hysterektomií řadí autoři převážně delší čas operace než v případě AH, zmiňují pak také finanční nároky na přístrojovou techniku a vybavení potřebné k LAVH. Prvního i druhého cíle této práce bylo dosaženo. Třetím cílem bylo předložit poznatky o péči PA, která o ženu pečuje nejen před, ale také po operaci a v případě komunitní péče po propuštění z nemocnice. Pro ženy je důležitá nejen fyzická, ale hlavně psychická příprava na operaci a citlivá pooperační péče. Stejně důležité je pro ženy období rekonvalescence a jejich návrat do plnohodnotného života po stránce tělesné, duševní i sociální. Přestože edukaci ve značné míře provádí lékař, má i edukace porodní asistentkou své místo v péči o ženy, neboť porodní asistentka nejen, že tráví s ženami více času, ale dokáže se lépe vcítit do jejich potřeb. Pacientky také častěji a otevřeněji mluví s porodní asistentkou, než s lékařem, ať už z pocitu studu nebo z důvodů časové tísně. Mohou tedy lépe formulovat své obavy, nejasnosti, přání či otázky. Samozřejmostí by měla být spolupráce mezi lékaři a porodními asistentkami. Je doporučeno využívat nejrůznějších edukačních materiálů nebo multimediálních programů, ale tyto materiály by neměly nahrazovat přímý kontakt, kdy je možno pružně reagovat otázkami a odpověďmi. Porodní asistentky by se měly v uvedené problematice dále vzdělávat. Třetí cíl byl splněn.

Využití pro teorii a praxi

Tato přehledová bakalářská práce předkládá zjištěné poznatky o problematice LAVH. Může být použita jako zdroj tvorby edukačního materiálu pro ženy podstupující LAVH nebo studijního materiálu pro studenty nelékařských oborů k jejich seznámení s problematikou LAVH. Práce shrnuje poznatky o metodě LAVH, jejich indikacích, kontraindikacích a komplikacích. Zabývá se výhodami a nevýhodami. Závěrečná část zahrnuje péči porodní asistentky se zaměřením na předoperační péči, pooperační péči a edukaci ženy porodní asistentkou.

REFERENČNÍ SEZNAM

ACTON, J. N. a kol., 2016. Outcomes of Total Laparoscopic Hysterectomy Using a 5 mm vs. 10 mm Laparoscope: A Randomized Control Trial. *Obstetrical & Gynecological Survey* [online]. Vol. 71, Iss. 1, P. 17-18. ISSN 0029-7828 [cit. 2017-04-05]. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000278. Dostupné z: http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2016/01000/Outcomes_of_Total_Laparoscopic_Hysterectomy_Using.9.aspx.

ALUŠÍKOVÁ, M. a kol., 2009. Léčba pooperační akutní bolesti – část 2. *Farmakoterapeutické informace*. Roč. 14, Č. 10, S. 1-4.. ISSN 1211-0647 [cit. 2017-03-20].

BAEKALANDT, J. a kol., 2017. Postoperative outcomes and quality of life following hysterectomy by natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) compared to laparoscopy in women with a non-prolapsed uterus and benign gynaecological disease: a systematic review and meta-analysis, *EJOG. European Journal Of Obstetrics A Gynecology And Reproductive Biology* [online]. Volume 208, P. 6-15. ISSN 0301-2115 [cit. 2017-04-01]. Dostupné z: [http://www.ejog.org/article/S0301-2115\(16\)31000-4/abstract](http://www.ejog.org/article/S0301-2115(16)31000-4/abstract).

BLAŽEK, M. a kol., 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína pro praxi*; 14(11): s.422-428. ISSN 1803-5256 [cit.20.4.2017]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/11/06.pdf>.

COLLINS, S. A., GIRISH, J., QUIROZ, L. H., STEINBERG, A. C. a Mikio A. NIHIRA, 2015. Pain Management Strategies for Urogynecologic Surgery. *Obstetrical & Gynecological Survey* [online]. 70(3), 169-171. ISSN 0029-7828 [cit. 2017-03-10]. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000165. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006254-201503000-00010>

CRISTOFORONI, P., PALMIERI, A., D. GERBALDO a F. MONTZ, 1995. Frequency and cause of aborted laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*. Volume 3, Issue 1, p. 33-37. ISSN 1074-3804 [cit. 2016-12-07].

FAIT, T. a T. KOLEŠKA, 2007. *Hysterektomie - odstranění dělohy: příručka pacientky*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-983-2.

GABRHELÍK, T. a M. PIERAN, 2012. Léčba pooperační bolesti. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 16, s. 23-25. ISSN 1212-7299 [cit.2017-03-15].

- GOSWAMI, D. a kol., 2016. LAVH versus NDVH for benign gynaecological diseases: an experience in tertiary care hospital in Uttarakhand. *International Journal of Medical Research and Review* [online]. Vol. 4, Iss. 5. ISSN 2321 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://medresearch.in/index.php/IJMRR/article/view/567/899>
- GUVENAL, T. OZSOY, A. M. KILCIK a A. YANIK, 2010. 'The availability of vaginal hysterectomy in benign gynecologic diseases: A prospective, non-randomized trial', *Journal Of Obstetrics & Gynaecology Research*. Volume 36, Issue 4, P. 832-837. ISSN 1341- 8076 [cit. 2017-03-15]. Academic Search Complete, EBSCOhost.
- HOLUB, Z. a D. KUŽEL, 2005. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-0834-5.
- HWANG, JL. a kol., 2002. Comparative study of vaginal, laparoscopically assisted vaginal and abdominal hysterectomies for uterine myoma larger than 6 cm in diameter or uterus weighing at least 450 g: a prospective randomized study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. Volume 81, Issue 12, P. 1132–1138. ISSN 0001-6349 [cit. 2017-03-10].
- JOSEPH, E. a P. YETHIRAJAN, 2017. A prospective study of non-descent vaginal hysterectomy. *J. Evid. Based Medic. Healthc.* 4(20), 1119-1122. ISSN 2349–2562 [cit. 2017-03-11]. DOI: 10.18410/jebmh/2017/220.
- KOBILKOVÁ, J., 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2315-x.
- KOVACHEV, S. a kol., 2016. Comparison Of Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy And Vaginal Hysterectomy For Benign Diseases And Lesions Of The Female Genital System. *Akush Ginekol (Sofia)*. Vol. 55, Suppl. 1, P. 1:4-10. ISSN 0324- 0959 [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27514161>
- KUBÍNOVÁ, K., MÁRA, M., P. HORÁK a D. KUŽEL, 2012. Současné postupy v léčbě děložních myomů. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. Č. 4, s. 101-105. ISSN 1803-9588 [cit. 2016-12-7].
- KUČERA, E., 2004. Laparoskopie. *Moderní babičtví*. Č. 5. ISSN 1214-5572 [cit. 2017-02-10].
- ĽUBUŠKÝ, M., a kol., 2003. Hysterektomie na olomoucké klinice v letech 1989-2002: vývoj v indikačním spektru a operačním přístupu. *Česká Gynekologie*. [cit. 2017-03-22]. 69(2), s. 125-128. ISSN 1210-7832. Dostupné z: <http://www.lubusky.com/clanky/07.pdf>

ŠEFČÍK, P. a kol., 2008. Doporučené postupy diagnostiky a terapie: léčba akutní pooperační bolesti. *Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP*. [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.akutne.cz/res/file/doporucene%20postupy/7_%20Doporuceny%20postup%20Lecba%20akutni%20pooperacni%20bolesti.pdf

MÁRA, M. a Z. HOLUB, 2009. *Děložní myomy: moderní diagnostika a léčba*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-1854-5.

MIKHAIL, E., B. MILADINOVIC a M. FINAN, 2014. The Relationship Between Obesity and Trends of the Routes of Hysterectomy for Benign Indications. *Obstetrics & Gynecology* [online]. ISSN 0029 - 7844 [cit. 2017-04-05]. DOI: 10.1097/01.AOG.0000447087.18352.06. Dostupné z: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2014/05001/The_Relationship_Between_Obesity_and_Trends_of_the.259.aspx

MINELLI, L., M. ANGIOLILLO, C. CAIONE a V. PALMARA, 1991. Laparoscopically-Assisted Vaginal Hysterectomy. *Endoscopy* [online]. 23(02), 64-66. ISSN 0013-726x. [cit. 2017-03-20]. DOI: 10.1055/s-2007-1010614. Dostupné z: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2007-1010614>.

MLČOCH, Z, 2012. LAVH, laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie – postup, průběh, komplikace. *Zbynekmlcoch.cz* [online]. 2012 [cit. 2016-12-07]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/lavh-laparoskopicky-asistovana-vaginální-hysterektomie-postup-prubeh-komplikace>.

Muralikrishnan N. K. P. a kol., 2016. LAVH or TAH – choosing it wise and making it safe. *IJRCOG* [online]. Vol. 5, No. 3. ISSN 2320-1789 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/718>.

MYUNG, J.K. a kol., 2014. Evaluation of risk factors of vaginal cuff dehiscence after hysterectomy. *Obstet Gynecol Sci*. [online]. Vol. 57, Iss. 2, P. 136-143. ISSN 2287–8572 [cit. 2017-03-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5468/ogs.2014.57.2.136>.

PAPADOPOULOS, M., A. TOLIKAS a D. MILIARAS, 2010. Hysterectomy - Current Methods and Alternatives for Benign Indications. *Obstetrics & Gynecology International*. P. 1-10. Available from: Academic Search Complete, EBSCOhost. ISSN 1687–9589 [cit. 2017-03-20].

PELES BORTZ, A., BLUVSTEIN, I., L. BERGMAN a S. BARNOY. Anxiety and support resources for Israeli women before gynecological surgery. *Women & Health* [online]. 2016, 57(3), 329-341. ISSN 0363-0242 [cit. 2017-04-24]. DOI: 10.1080/03630242.2016.1160964. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03630242.2016.1160964>

PIVOVARNÍKOVÁ, R. a J. EIM, 2002. Kontroverze v gynekologické operativě – Laparoskopie versus laparotomie při řešení adnexálních rezistencí. *Praktická gynekologie* [online]. Č. 5, S. 28. ISSN 1211-6645 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_02_05_05.pdf

POWELL, R., BRUCE, J., JOHNSTON, M., VÖGELE, C., SCOTT, N., M. SHEHMAR a T. ROBERTS, 1996. *Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. Chichester, UK: John Wiley & Sons [cit. 2017-04-24]. DOI: 10.1002/14651858.CD008646. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008646>

PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

RAJEDRAN, S., 2016. Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in women with benign uterine disease: a retrospective study. *International Journal Of Reproduction, Contraception, Obstetrics A Gynecology* [online]. Vol. 5, No. 11. ISSN 2320-1789 [cit. 2017-04-01]. Dostupné z: <http://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/363>

REICH, H., J. DeCAPRIO a F. McGLYNN, 2009. Laparoscopic Hysterectomy. *Journal of Gynecologic Surgery*. 5(2): 213-216. ISSN 1042-4067. DOI:10.1089/gyn.1989.5.213.

REPKOVÁ, A. a kol., 2006. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-806-3236-7.

SAMSAD, J. a kol., 2015. Laparoscopic hysterectomy in large uteri: Experience from a tertiary care hospital in Bangladesh. *Asian Journal of Endoscopic Surgery* [online]. Volume 8, Issue 3, Pages 323-327. ISSN 1758-5902 [cit. 2017-03-28] Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ases.12184/full>

- SEOW, K., TSOU, C., LIN, Y., HWANG, J., Y. TSAI a L. HUANG, 2006. Outcomes and complications of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Volume 95, Issue 1, p. 29-34. ISSN 0020-7292 [cit. 2017-03-11].
- SHETTY, J., A. SHANBHAG, a D. PANDEY, 2014. Converting Potential Abdominal Hysterectomy to Vaginal One: Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy. *Minimally Invasive Surgery* [online]. Vol. 2014, Article ID 305614, 5 P. ISSN 2090-9438 [cit. 2017-03-21]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/305614>. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/mis/2014/305614/abs/>
- SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SCHÜTZ, K. a kol. 2002. Prospective randomized comparison of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy (LAVH) with abdominal hysterectomy (AH) for the treatment of the uterus weighing >200 g. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*. Vol. 16, Iss. 1, P. 121-125. ISSN 1432- 2218 [cit. 2017-03-06].
- SIMOČKOVÁ, V., 2011. *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatel'stvo: Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-622.
- SONODA, Y., 2014. Surgical treatment for apparent early stage endometrial cancer. *Obstet Gynecol Sci*. [online]. Vol. 57, Iss. 1, P. 1-10. ISSN 2287-8572 [cit. 2017-03-2017]. DOI <https://doi.org/10.5468/ogs.2014.57.1.1>. Dostupné z: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.5468/ogs.2014.57.1.1>
- SUE, P.Y. a kol, 2014. Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy for Women With Anterior Wall Adherence After Cesarean Section. *JLS* [online]. Vol. 18, Iss. 3, P. 00315. ISSN 1086-8089 [cit. 2017-03-17]. DOI: 10.4293/JLS.2014.00315. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154428/>
- TRACHTOVÁ, E., G. TREJTAROVÁ a D. MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 3., nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-532.
- VADIVELU, N. a kol., 2014. Preventive analgesia for postoperative pain control: a broader concept. *Local and Regional Anesthesia* [online]. Vol. 7, P. 17-22. ISSN 1178-7112 [cit. 2017-03-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012350/>
- WAI MAN, S. a MING, K. A. C., 2015. Effect of Music Therapy on Postoperative Pain

Management in Gynecological Patients: A Literature Review. *Pain Management Nursing* [online]. Vol. 16, Iss. 6, P. 978-987. ISSN 1524-9042 [cit. 2017-04-02]. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.06.008>. Dostupné z: [http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042\(15\)00101-0/abstract](http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(15)00101-0/abstract)

WANG, Chin-Wan, a kol., 2014. The Effects of Multimedia Nursing Education on Pre-Surgery Anxiety in Gynecologic Laparotomy Patients. *Journal of Nursing & Healthcare Research* [online]. Vol. 10, Iss. 3, P.169-177. ISSN 2072-9235 [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=20729235&AN=98515064&h=oolbb7E67NIXeVUB5jtJMpLJuaNSUWEMnwuI2mqWv7phmvejKvUvWpkvoVp3MY9borgzZdNuhdftAxZS4Gam7A%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d20729235%26AN%3d98515064>

WENDSCHE, P., A. POKORNÁ a I. ŠTEFKOVÁ, 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.

ZÁBRANSKÝ, F., 2006b. Hysterectomy vaginalis. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Roč. 15, č. 2. ISSN 1211-1058 [cit. 2017-03-10].

ZÁBRANSKÝ, F., 2010. Vaginální hysterektomie v proměnách času - fragmenty z vývoje operační techniky. *Gynekolog: časopis ženských lékařů*. Hradec Králové: MedExart. Roč. 19, č. 2, s. 47-53. ISSN 1210-1133 [cit. 2017-03-10].

ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-193-X.

ZESMIN, F., ARA, B. H., F. BEGUM a N. FATIMA, 2013. Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy: A Case Control Comparative Study with Total Abdominal Hysterectomy. *Faridpur Medical College Journal* [online]. 8(2): 59-62. ISSN 2079-3553 [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: <http://imsear.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/172760>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AH - abdominální hysterektomie

DKK - dolní končetiny

HRT - hormonální terapie

LAVH - laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

OG - obvodní gynekolog

TEN – tromboembolická nemoc

VH - vaginální hysterektomie

PA – porodní asistentka

RTG - rentgen