

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Fakulta zdravotnických věd**



**Tereza Rygrová**

**Vliv epiziotomie na pánevní dno**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. et. Bc. Štěpánka Bubeníková

**Olomouc 2012**

## **ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vliv epiziotomie na pánevní dno

**Název práce v AJ:** Influence of episiotomy on the pelvic floor

**Datum zadání:** 29-01-2012

**Datum odevzdání:** 18-05-2012

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Autor práce:** Tereza Rygrová

**Vedoucí práce:** Mgr. et. Bc. Štěpánka Bubeníková

### **Abstrakt v ČJ:**

Bakalářská práce se zabývá epiziotomií jako jednou z nejčastějších porodnických výkonů, prováděném v závěru 2. porodní doby. Teoretická část udává stručné informace o obecných faktech o epiziotomii a jejích druzích. Zmiňuje se o komplikacích a porodních poraněních. Tyto informace doplňuje obrazovou přílohou. V přehledu odborných článků se pak zaměřuje především na dvě zásadní otázky týkající se příčin epiziotomie a následků epiziotomie .

### **Abstrakt v AJ:**

This thesis deals with episiotomy as one of the most common birth procedures led at the end of 2nd stage of birth. The theoretical part gives brief information about general facts about episiotomy and its types. The complications and birth injuries are mentioned. These informations are completed with picture attachment. In a study of professional articles, it focuses primarily on two major questions concerning the causes and the consequences of episiotomy.

**Klíčová slova v ČJ:**

Epiziotomie, perineum, ruptura, sutura, pánevní dno

**Klíčová slova v AJ:**

Episiotomy, perineum, rupture, suture, pelvic floor

**Rozsah:** 46 s.

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vliv epiziotomie na pánevní dno“ vypracovala samostatně a citovala jsem všechny použité zdroje.

V Olomouci dne ..... Podpis: .....

Tereza Rygrová

## **Poděkování**

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí Bakalářské práce Mgr. et. Bc. Štěpánce Bubeníkové za odborné vedení a podnětné připomínky, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

## Obsah

1.	Epiziotomie jako jedna z porodních operací.....	- 10 -
1.1.	Druhy epiziotomie, její výhody a nevýhody.....	- 10 -
1.2.	Porodní poranění.....	- 11 -
1.2.1.	Komplikace epiziotomie.....	- 11 -
1.2.2.	Poruchy pánevního dna.....	- 11 -
2.	Přehled publikovaných poznatků.....	- 13 -
2.1.	Definice epiziotomie.....	- 13 -
2.2.	Názory odborníků na provádění epiziotomie.....	- 14 -
2.2.1.	Epiziotomie v České republice.....	- 16 -
2.2.2.	Epiziotomie v některých jiných zemích.....	- 19 -
2.2.3.	Praktické provedení epiziotomie.....	- 21 -
2.3.	Indikace epiziotomie.....	- 23 -
2.4.	Nežádoucí důsledky epiziotomie.....	- 24 -
2.4.1.	Ruptury 3. a 4. stupně.....	- 24 -
2.4.2.	Poruchy pánevního dna.....	- 27 -
2.4.3.	Inkontinence.....	- 29 -
2.4.4.	Jiná poškození.....	- 31 -
2.5.	Prevence a léčba poporodních poranění.....	- 33 -
	Diskuze.....	- 37 -
	Závěr.....	- 39 -
	Seznam použitých zdrojů.....	- 41 -

## ÚVOD

Jedna ze ZÁSAD ZDRAVOTNÍ PÉČE PODPORUJÍCÍCH NORMÁLNÍ POROD říká, že pokroky ve zdravotní péči učinily porod bezpečnějším, obzvláště pro ženy s rizikovým těhotenstvím a předčasně narozené děti.

V mnoha nemocnicích jsou ale rutinou některé porodnické zákroky, i když k nim není zvláštní zdravotní důvod. Mezi ně patří nástřih hráze – epiziotomie. Výsledky výzkumů však ukazují, že rutinní přístup k zákrokům nečiní porod pro ženy ani děti bezpečnějším.

Dokonce platí, že pokud neexistuje pro zákrok jasný zdravotní důvod, zasahování do přirozeného průběhu porodu pravděpodobně nebude prospěšné a ve skutečnosti bude spíše škodlivé. (zásada první, Nepřistupovat rutinně k zákroku. Šest Zásad zdravotní péče bylo vypracováno v roce 2003 organizací Lamaze International. Hlavními autorkami první verze Zásady zdravotní péče byly Judith Lothian, Debby Amis, Jeannette Crenshaw)

Z historických pramenů je známo, že první nástřih hráze byl proveden již v roce 1740 irským sirem Fieldigem Ouldem, do klinické praxe byl zaveden roku 1792 jako součást vedení obtížných porodů k ochraně poranění hráze. (Kališ, et al., 2005, s. 411)

V roce 1905 je vydána ve Stuttgartu kniha praktické lékařky Med.Anny Fischer Dücklemann pod názvem Die Frau als Hausärztin (Žena domácím lékařem), v níž popisuje těhotenství, porod, starostlivost o děti, ale také jak ochraňovat a ošetřovat natržení hráze.

Díky rostoucí popularitě epiziotomie od dvacátých let až téměř do konce minulého století se stala jednou z nejčastějších prováděných porodnických operací, aniž by před-tím byla provedena jakákoliv studie zkoumající její účinnost. Stalo se tak až v posledních 15 letech, kdy se začaly provádět rozsáhlé výzkumy k ohodnocení používání epiziotomie. (www. lehky porod.cz , 2011)

Epiziotomie – chirurgické nastřížení hráze se provádí v přesně vymezených místech jako prevence jejího roztržení při průchodu plodu. V současnosti se provádí běžně, kontraindikace je HIV pozitivita matky. Má profylaktický charakter. Je i prevencí pozdějších poruch pánevního dna. (Velký lékařský slovník On-Line, 2012)

Neexistují důkazy o tom, že epiziotomie může snížit riziko poranění hráze, usnadnit hojení hráze, zabránit porodním poraněním. Za to se však epiziotomie dává do spojení s častějším výskytem bolesti, problémů v sexuální sféře a inkontinence po porodu.

Podat přehled odborných názorů na stále otevřený problém epiziotomie je hlavním cílem méj bakalářské práce.

### **Vstupní literatura**

ČECH, Evžen et al. Porodnictví. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 546 s. ISBN 978-80-247-1303-8

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, 408 s. ISBN 978-80-247.

KUDELA, Milan. Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.

HAMBERGER, Lars. Tajemství života. Vyd. 1. Praha: SVOJTKA a VAŠUT, 1996, 209 s. ISBN 80-718-0025-2.

### **Hlavní cíl**

Přehled odborných názorů a šetření na provádění epiziotomie a jejích následků.

### **Podcíle**

- Cíl č. 1        Jaké jsou názory odborníků na provádění epiziotomie?
- Cíl č. 2        Jaké jsou indikace epiziotomie?
- Cíl č. 3        Jaké jsou důsledky epiziotomie?



## Vyhledávací strategie

Provedla jsem rešerši v období od prosince 2011 do dubna 2012

Z pramenu z let 2001–2012, a to pomocí.:

a) databáze MEDLINE, MEDVIK, PUBMED

b) vyhledávače GOOGLE scholar, Google.cz, Seznam.cz

Užitá a vyhledávací klíčová slova: Epiziotomie, ruptura, sutura, pánevní dno, historie epiziotomie.

Celkem jsem pro svoji práci vyhledala 58 článků, z toho mám 3 v anglickém jazyce a 55 v českém jazyce. Z nichž jsem 35 nepoužila ve své práci z důvodu nevhodnosti k danému tématu. Nejvíce jsem čerpala ze serveru Prolekare.cz.

*„I když zdravá žena může porodit úplně sama bez podpory, působí dobře promyšlená a zkušenostmi potvrzená pomoc, nejen blahodárně, ale chrání i před nehodami.“*

Med. Anna Fischer Dücklemann

# 1. Epiziotomie jako jedna z porodních operací

## 1.1. Druhy epiziotomie, její výhody a nevýhody

Čech, Hájek, Maršál, Srp a kol., definují epiziotomii jako jednu z přípravných operací zahrnovanou do souboru výkonů, které usnadňují postup plodu anebo zvětšují prostor pro následné operační výkony.

Nejčastější indikací je zábrana hráze postupu prořezávané hlavičky dítěte a hrozba ruptury poševního introitu a perinea. (Čech, Hájek, Maršál, Srp a kolektiv, 2006, s. 216)

Kudela rozeznává epiziotomie :

- a) mediální epiziotomie – nástřih se vykonává pomocí nůžek zavedených do střední čáry směrem k análnímu otvoru do vzdálenosti na perineu do 3 až 4 cm, protíná se
  - m. transversus perinei superficialis et profundus,
  - výhoda - snadná sutura a snadné hojení
  - nevýhoda – pokračující ruptura a poranění řitního svěrače nebo stěny rektu
- b) mediolaterální epiziotomie – nástřih směřuje ze střední čáry šikmo k hrbolu sedací kosti v délce 3 až 4 cm, navíc protíná m. bulbocavernosus a levator ani
  - výhoda – menší nebezpečí poškození svěrače
  - nevýhoda – větší krvácivost, event. horší hojivost
- c) laterální epiziotomie – nástřih začíná 2 až 3 cm laterálně od střední čáry a je veden šikmo v délce 4 až 5 cm k hrbolu sedací kosti, protíná m. bulbocavernosus
  - výhoda – nejméně ohrožen řitní svěrač, maximální rozšíření porodních cest
  - nevýhoda – vysoká krvácivost, náročné hojení (Kudela a et al., 2008, s. 196–197)
- d) rozšířená laterální epiziotomie – skalpelem provedený řez směrem od střední čáry poloobloukovitě šikmo vedený v délce 6 až 7 cm, vedle pochvy protíná i kubickou část a okraj ilické části m. levator ani.
  - výhoda – nejprostornější přístup pro operaci

- nevýhoda – krvácivost, náročnost na rekonstrukci a hojení (Čech, Hájek, Maršál, Srp et. al., 2006, s. 487)

(obrazová příloha, obrázek č. 1 a 2)

Nástřih hráze může být tedy v zásadě veden přímo dolů, nebo šikmo. Jeho velikost a směr určuje ve vhodném okamžiku porodník, jehož rozhodnutí o typu výkonu je zároveň podmíněno nepochybně i jeho zkušenostmi. V České republice se provádí především epiziotomie mediolaterální.

## **1.2. Porodní poranění**

### **1.2.1. Komplikace epiziotomie**

Pařízek uvádí, že většina prozatímních výzkumů poukazuje na to, že riziko rutinních epiziotomií jasně převažuje nad deklarovanými výhodami a nemá žádné opodstatnění. Výjimku tvoří pouze případy, kdy je v ohrožení dítě.

Rodičkám přináší spíše bolest a možné problémy, kterými jsou:

- trhliny různých délek a velikostí (odborná literatura uvádí, že anální poranění vznikají v drtivé většině jako důsledek samovolného pokračování nástřihu), vyžadující operační zákrok
- zvýšená krvácivost s následkem větší ztráty krve (některé studie uvádějí zvýšení pravděpodobnosti až o 450 %)
- hematomy (pokud není včas zastavena krvácivost, krev se hromadí, vzniká hematom, který se může šířit až do oblasti parametrií)
- velké poporodní bolesti (v důsledku výše zmíněných hematomů, tlačících na konečník a vyvolávajících bolestivý tlak, dále v důsledku trhin různých stupňů)
- záněty a otoky
- infekce (Pařízek, Kniha o těhotenství a dítěti, s. 205)

### **1.2.2. Poruchy pánevního dna**

Kališ, Chaloupka, Turek, Rokyta o poruchách pánevního dna říkají, že je podpurným aparátem pánevních orgánů utvořený ze svalů a vaziva. V souvislosti s epiziotomií často dochází k jejich poranění – rupturám perinea, v různých stupních a s různými následky.

a) poranění perinea se dělí podle hloubky do 4 stupňů:

- ruptura 1. stupně – postihuje kůži a pojivovou tkáň
- ruptura 2. stupně – zasahuje hlouběji ležící svalovou hmotu
- ruptura 3. stupně – dosahuje k análnímu svěrači
- ruptura 4. stupně – prochází napříč análním svěračem

b) urinální a anální inkontinence

c) svalové ochabnutí pánevního dna

d) porucha kvality sexuálního života (Kališ et al., 2010, s. 284-291)

## 2. Přehled publikovaných poznatků

### 2.1. Definice epiziotomie

Karbanová ve své studii o mediální epiziotomii a poranění análního sfinkteru uvádí, že mediální epiziotomie je dosud velmi nedostatečně definována. Její definice není stanovena ani v jedné z nejčastěji využívaných webových stránek, stejně tak chybí přesný popis provedení epiziotomie v klinických studiích. Předkládá zde několik definic z různých zemí, z nichž jsou vybrány následující: William Obstetrics - nejčastěji používaná porodnická učebnice ve světě, popisuje mediální epiziotomii jako incizi začínající ve střední čáře směřující laterálně a vyhýbající se tak rektu. Jedna z českých monografií popisuje mediální epiziotomii podobně – mediální epiziotomie je vedena ze střední čáry tak, aby při eventuální ruptuře nebyl sfinkter poraněn. Doležalova Technika porodnických operací pracuje s definicí zaměřenou na stupně (45 stupňů) pod nimiž je epiziotomie vedena, stejně je tomu v některých zahraničních učebnicích. Evropský projekt, navržený k porovnání doslovné definice mediální epiziotomii hodnotil definování mediální epiziotomie ve 122 institucích ve 34 evropských zemích. Bylo při tom nalezeno 14 různých typů mediální epiziotomie v rozsahu 30-90 stupňů. Epiziotomie byly definovány pomocí stupňů buď vztahem k sedacímu hrbolu, nebo hodinovým způsobem. Ve 48 % nedefinovaly nemocnice ME dostatečně, 19 % neužívalo žádnou definici, v 17 % ji pak definovalo nepřesně a v 10 % byly zaměněny různé typy epiziotomie. (Karbanová et al., 2009, s. 249)

Štěpán se k definici mediální epiziotomie vyjadřuje takto, citují: „Mediolaterální epiziotomie je velice často nedostatečně definovaná porodnická operace. V základní české monografii mediolaterální epiziotomie směřuje ze střední čáry introitu šikmo k hrbolu sedací kosti, v další pak ze stejného místa tak, aby při eventuální vzniklé ruptuře nebyl poraněn sfinkter. V jiném uznávaném odborném textu v České republice je tento úhel definován 45 stupni, a tak odpovídá standardní definici používané v zahraničních studiích, v kterých je uváděn úhel 40 – 60 stupňů.“ (Štěpán aj., 2007, s. 382)

Jirásková uvádí poněkud jednodušší definici epiziotomie v časopise Aperiio. Podle ní se jedná o chirurgický nástřih hráze, který se provádí na konci druhé doby porodní kvůli zvětšení vaginálního otvoru pro snadnější průchod hlavičky dítěte. (www.aperio.cz, 2012)

Anonymus definuje epiziotomii podobně jako výše uvedená autorka, kdy se jedná o chirurgické nastřížení hráze (perinea) při porodu, které se provádí v přesně vymezených místech jako prevence jejího roztržení při průchodu plodu. Má profylaktický charakter a je zároveň prevencí pozdějších poruch pánevního dna. (www.prirozeny-porod.cz, 2011)

## **2.2.Názory odborníků na provádění epiziotomie**

Porodníci z Fakultní nemocnice Plzeň se už několik let věnují studiu metod, jak při porodu minimalizovat poranění rodiček a jak co nejvíce snížit počet nástřihů hráze. Vyjádření primáře gynekologicko-porodnické kliniky MUDr. Vladimíra Kališe, Ph.D., autora několika studií a výzkumů na téma „epiziotomie ano??“, je zcela jednoznačné.

Kališ - cituji: „Naše porodnice má ze všech univerzitních pracovišť nejmenší počet nástřihů hráze, neděláme je rádi.“ (Kališ, 2011) Dále uvádí, že v 1. pololetí roku 2011 byla epiziotomie provedena asi ve 30 % porodů, ve 2. pololetí to bylo ještě méně.

Je přesvědčen o tom, že tato čísla se dají ještě až o polovinu snížit. Poukazuje, že jsou přítom porodnice, které provádějí nástřih až v 80 %! Kališ je přítom přesvědčen, že lze dosáhnout čísla mezi 15 – 30 procenty porodů, a to především tehdy, kdy to vyžaduje zdraví dítěte.

Podle primáře dosud známé studie velmi špatně, nebo vůbec popisují, co přesně má porodník s rukou dělat. Přitom přímo v Plzni prokázali, že vhodné postavení porodnickových prstů může rodičce velmi pomoci s tak snížit riziko poranění hráze. Toto ideální postavení prstů a dlaně přesně modulovali na digitálním modelu a napětí hráze tak redukovali o 20 %. Spolu s touto metodou používají na klinice již dlouho známý manévr – ve vhodném okamžiku nahmatat bradičku dítěte a posouvat ji ven co nejmenším průměrem. „Jsou to manévry staré 120 let“, říká Kališ. (Kališ, 2012, 3)

Rušavý k provádění epiziotomie uvádí, že je nejčastěji prováděnou porodnickou operací v celosvětovém měřítku a to i přesto, že její indikace ani výhody provedení nebyly nikdy jasně stanoveny. Poukazuje na to, že frekvence provedení se značně liší mezi jednotlivými institucemi, ale i zeměmi v průběhu její historie.

V 70. letech minulého století byla epiziotomie doporučována téměř rutinně po celém světě. Poukazuje na posledních 10 let, kdy se odborníci otázkou četnosti

intenzivně zabývají a publikují v tom směru mnoho metaanalýz a studií, v nichž zavrhuji rutinní provádění této operace. Je přesvědčen, že podle posledních poznatků by měla být epiziotomie prováděna v méně než 30% případů. S kolektivem spolupracovníků zkoumal a později analyzoval na pracovišti v Plzni důvody vedoucí porodníky a porodní asistentky k provádění epiziotomie. Vedle toho předkládá také shrnutí dostupných světových studií opodstatňujících provedení epiziotomie. Studii pak uzavírá závěrem, že dominuje obava o zachování funkce pánevního dna. V současnosti není obava o zachování funkce pánevního dna považována za oprávněnou indikaci k provedení epiziotomie.

Fakt, že 624 (58 %) epiziotomií bylo provedeno primárně z důvodů obavy o zachování funkce pánevního dna, představuje významný prostor pro snížení počtu epiziotomií. Redukce by měla být možná zejména ve skupině porodních asistentek, které prováděly nástřihy častěji než lékaři. (Rušavý, et al., 2011, s. 379)

Štěpán se v úvodu své studie zmiňuje o tom, že vliv provedené mediolaterální epiziotomie na těžší poranění nebyl doposud zcela objasněn. Bylo již vypracováno mnoho různých studií zabývajících se tímto problémem, avšak žádná z nich jednoznačně nepotvrdila její kladný či záporný vliv na poranění 3. stupně ruptury perinea.

V jedné z největších studií, do které bylo zahrnuto 284 783 porodů, byl prokázán projektivní efekt jen v malé skupině porodů. V jiné nizozemské studii se dokonce jevila mediolaterální epiziotomie u prvoroďček jako výkon ochraňující sfinkter před poškozením.

Podle Štěpánova vyjádření, jak uzavírá svůj článek, i tato jeho studie je signifikantní podporou faktu, že znalosti o mediolaterální epiziotomii a jejím vlivu na riziko prevence těžších perineálních poranění není příliš vyjasněna. (Štěpán, et al., 2007, s. 382, 384)

Karbanová ve své práci mimo jiné zmiňuje mediolaterální epiziotomii jako nejčastěji užívanou porodnickou operaci a uvádí výčet jejích výhod a rizik: rupturu perinea 3. a 4. stupně, anální a močovou inkontinenci, dyspareunii, relaxaci svalů pánevního dna, jednoduchost chirurgické korekce poranění perinea, hojící proces, fetální asfyxie, krajinální trauma, intracerebrální krvácení, raménková dystokie, neuspokojivé anatomické výsledky, descensus pochvy, bolestivost, infekce, dehiscence.

Poukazuje na záznamy menší četnosti komplikací hojení u skupiny rodiček s restriktivním přístupem k epiziotomii (28 %) a na to, že většina odborných studií uvádí, že její protektivní efekt není zřejmý a proto by se od liberálního přístupu k provádění epiziotomie mělo odstoupit. (Karbanová et, al., 2009, s. 247)

Anonymus nástřih hráze definuje jako nejběžnější chirurgický zákrok při porodu. U maminek, které rodí poprvé, se nástřih hráze dělá asi v 60 až 80 % případů. O smyslu tohoto úkonu se neustále diskutuje. Odborníci tvrdí, že provedená epiziotomie, při které dojde k rovnému poranění hráze, je daleko bezpečnější než poranění, při kterém může dojít i k poškození konečníku. Odpůrci naopak říkají pravý opak. Podle jejich tvrzení dochází k větším poporodním bolestem, ochabnutí pánevního svalstva a dále samovolnému úniku moči, a to častěji než u žen, které nástřih hráze nepodstoupily.

V jedné z posledních kanadských studií vědci zjistili, že názory a míra provádění se liší země od země a také v různých regionech v rámci jedné země, ba dokonce mezi poskytovateli péče v rámci stejné lékařské sítě. (www.maminet.cz, 2012)

### **2.2.1. Epiziotomie v České republice**

Z dostupných analýz vyplývá, že se Česká republika počtem prováděných epiziotomií v průměru řadí mezi lepší světový průměr, ale stejně jako výše uvedená Kanada, i zde jsou porodnice, kde je přístupováno k rutinnímu provádění nástřihu hráze, jsou však také takové, v nichž procento provedených epiziotomií nepřekročí číslo 10 (viz. níže). Mezi odborníky již delší čas probíhá diskuze a řada šetření, zda je zákrok skutečně vždy nutný. Intenzívně a dlouhodobě se i tímto problémem zabývá gynekologicko-porodnické pracoviště LF UK a FN v Plzni. K tématu doložilo několik výsledků z průzkumů.

O jednom z nich lze říci, že věrohodně demonstruje situaci v naší republice. V komentáři, který k průzkumu podává Rušavý, říká, že Česká republika se dosud řadila mezi země s rutinním přístupem k provádění epiziotomie.

Vzhledem k mezinárodním snahám o redukci frekvence provádění této operace byla na plzeňském pracovišti provedena detailní analýza indikací a faktorů, které ovlivňují rozhodnutí lékařů a porodních asistentek o provedení epiziotomie

Analýza vycházela z následujícího průzkumu a může dle Rušavého v pravdě demonstrovat stav v České republice celkový počet vaginálních porodů v období



únor 2006 - červen 2007 = 2707, z toho provedených epiziotomií 1150 ( 42% ), z nich provedeno lékaři 652 ( 57% ) a porodními asistentkami 498 ( 46 % ), zdůvodněno bylo v 1069 případech, v 80 důvod nezaznamenán, ve 40 neuvedla vykonávající osoba důvod před provedením , v 26 případech zapoměla vykonávající osoba důvod zaznamenat, v 10 ztracen záznam o zdůvodnění, v 5 nezaznamenám z jiných příčin. (Rušavý et al., 2011, s. 380-381)

Anonymus redakce „Máma a já“ uvádí na dané téma zajímavý článek se statistikou z loňského roku. Mimo jiné se v něm píše, že epiziotomie byla zavedena se zavedením lékařských porodů a že někteří porodníci byli a jsou stále často přesvědčeni o jejím pozitivním účinku i přesto, že se účinnost nikdy nepotvrdila. Existují ovšem rozdíly mezi jednotlivými porodnicemi, čímž jsou zároveň dané rozdíly mezi porodnicemi.

Výrok je podložen informacemi ze serveru společnosti Aperio, který nabízí následující statistiku provedených epiziotomií v porodnicích v roce 2011 :

Vrchlabí 3 % (ze všech fyziologických porodů)

FN Hradec Králové 19 %

Český Krumlov 24 %

Svitavy 2 %

Jablonec n/Nisou 81 %

Písek, Kolín. Čáslav 80 %

poslední informace k problematice pocházejí z roku 2005 u nemocnic -

Motol 35 %

Bulovka 33 % (www.mamaaja.cz,2011)

Anonymus jiného informačního serveru uvádí statistiku starších dat.

Fakultní nemocnice Brno, pracoviště Obilní trh 41% (poslední údaj z roku 2007)

České Budějovice, Nemocnice České Budějovice, a.s. 42 % (z r. 2007)

Havířov - město, Nemocnice s poliklinikou Havířov 62,1 (z r. 2008)

Kladno, Oblastní nemocnice Kladno, a.s. 54% (z r. 2008)

Nové Město na Moravě, Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o. 60% (z r. 2008)

Opava, Slezská nemocnice v Opavě 44,6% (z r. 2008)

Olomouc, Fakultní nemocnice Olomouc 60% (z r. 2008)

Ostrava Poruba, Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava 25,7% (z r. 2008)

Třinec, Nemocnice Třinec, p. o. 76% (poslední údaj z r. 2005)

Vrchlabí, Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s.r.o. 4% (z r. 2006)

Údaje nejsou konzistentní kvůli aktuálnosti dat. Je zde však patrný značný rozptyl. Navíc tato procenta představují absolutní čísla, nevyčísľují podíl epiziotomií ku vaginálním porodům, avšak k celkovému počtu porodů - takže i císařských řezů. Proto může být toto procento značně zkresleno a i relativně nízká míra může znamenat, že je nastřížena každá druhá žena. (www.prirozeny-porod.eu, 2009)

Ústav zdravotnických informací a statistiky dává k dispozici informaci o srovnání provedených epiziotomií v letech 2008–2009 .

Statistika	2008	2009
Provedení epiziotomie	34,4%	37%

(obrazová příloha, obrázek č. 3)

Výsledek je pak komentován následovně: „Chvályhodný je pokles provedených epiziotomií, avšak pokles o 0,4 procentního bodu není příliš velký. Navíc v porovnání s doporučovanou mírou nástřihů hráze kolem 5 % – 10 % je 37 % stále mnoho. Vzhledem k tomu, že počet císařských řezů tvoří nezanedbatelnou část porodů, je vhodné vypočítat míru epiziotomií ne ke všem porodům, ale k porodům jiným, než císařským řezem. Z celkového počtu porodů 116 090 bylo 89 189 ukončeno jinak, než císařským řezem. Epiziotomie byla provedena u 42 960 porodů. Z toho nám vyplývá zcela jiné číslo: 48,2 %.

Takže můžeme říct, že téměř každé druhé ženě byl proveden nástřih hráze. Jestliže bychom vycházeli z toho, že nástřihy jsou rutinně prováděny převážně prvorodičkám, kterých bylo 58 541, a i z tohoto počtu měly některé císařský řez, dalo by se usoudit, že byl proveden nástřih každé prvorodičce. Toto jsou však již spekulace a tato čísla nelze ze zdrojů jasně vyčíst. (uzis.cz , 2009)

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009 [cit. 2011-02-03] prezentuje dále graf, z něhož vyplývá, že celostátní průměr provedených epiziotomií klesá.

V komentáři je však uvedeno, že pohled do jednotlivých nemocnic (pouze náhodným výběrem), ukazuje, že situace se v jednotlivých zařízeních značně odlišuje.

Na závěr je podána ještě jedna zajímavá informace o tom, že Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala oficiální stanovisko k problematice porodů. Toto doporučení podepsal ministr zdravotnictví už za trvání Československa, avšak

není dodržováno ještě ani dnes. Stanovisko je tedy následující: „Systematické vykonávání epiziotomie nemá opodstatnění. Na ochranu perinea by měly být použity alternativní metody“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009)

### **2.2.2. Epiziotomie v některých jiných zemích**

Kališ se ve své práci o analýze důvodů pro epiziotomii zmiňuje o nedostatku informací o stavu v jiných zemích.

Usuzuje, že typickým příkladem rutinního přístupu k provádění epiziotomie jsou rozvojové země a některé země Jižní Ameriky. Demonstruje výrok na ukázce brazilské studie, kdy u vzorku 122 (pouze!) vaginálních porodů byla epiziotomie provedena v 76%, u primipar dokonce v 95%, přičemž primipar byla sama o sobě důvodem k jejímu provedení, zatímco mezi analyzované důvody nebyla vůbec zařazena tíseň plodu.

Katarská studie uvádí epiziotomii v 60 %, hlavním důvodem (93%) je opět primipar. Naproti tomu švédská analýza ve vzorku 2144 porodů uvádí 35 % až 33 % hrozící ruptury perinea a tíseň plodu u primipar a 47 % a 32 % u víceroďiček. Epiziotomie pak byla provedena ve 40 % u primipar a v 9,9 % u víceroďiček. Z průzkumu řeckého vyplývá, že u primipar provádějí epiziotomii v 51 % případů a 12 % u víceroďiček.

Celosvětové statistiky dokládají, že je četnost provádění epiziotomie velmi vysoká<sup>0</sup>, přičemž nejvyšší je v Jižní Americe a Asii, nejnižší pak v zemích severní Evropy a Austrálii. Na tomto faktu se mohou podílet i odlišné kulturní a zdravotnické podmínky. (Kališ et.al., 2011, s.384)

Karbanová nahlíží na mezinárodní studie o epiziotomii z úhlu poranění a zmiňuje se o výsledcích průzkumů na dané téma v Itálii a Nizozemsku.

V italské studii nebyla nalezena žádná výhoda z provedení epiziotomie, naopak byla spojena se signifikantně nižšími hodnotami pánevních funkčních testů ve srovnání s ženami s intaktním perineem, ale i se skupinami žen s rupturou perinea 1. či 2. stupně.

V jiné studii na 87 ženách je síla svaloviny pánevního dna významně slabší ve skupině žen s mediolaterální epiziotomií, než ve skupině spontánních ruptur perinea. Německá studie nepozorovala žádný rozdíl ve funkčních testech svaloviny pánevního dna mezi skupinami žen s liberálním a restriktivním užitím epiziotomie.

Dosud největší studií o komplikovaném vztahu mediolaterální epiziotomie a poranění análního sfinkteru je nizozemská studie provedená na 284 783 porodech, kde byl pozorován jednoznačně její protektivní efekt. Stejně tak další nizozemská studie dokazuje protektivní faktor epiziotomie především u prvorodiček.

K přesvědčivému závěru, která dokazuje, že je epiziotomie jednoznačně rizikovým faktorem perineálního traumatu, došla britská studie. Její autor Andrews přitom stanovil

4 problematické body:

- jak je mediolaterální epiziotomie definována
- -Jak exaktní je praktické provedení
- -Jak je spolehlivá diagnostika poranění
- -Jak je používána nová klasifikace porodního poranění. (Karbanová et al., 2009, s. 248)

Stöpplerová informuje o četnosti nástřihu hráze v tom smyslu, že ve Spojených státech amerických se provádí asi 40 % vaginálních porodů, ale dodává, že převaha epiziotomie tam v posledních letech klesá.

Například v roce 1992 bylo provedeno 1,6 milionu nástřihu hráze, ale jen 716 000 v roce 2003. Míra se však různí podle regionů (stejně jako v Kanadě), nejvyšší míra byla na severovýchodě – 38 %, nejnižší pak na západě – 27 %.

Dále uvádí, že některé jiné země mají podstatně nižší počet epiziotomií než má USA a obecně platí, že nástřih hráze je také menší v Evropě než v USA.

Podotýká, že v USA existují samozřejmě i zastánci epiziotomie a uvádí jejich důvody pro výkon nástřihu hráze, jimiž jsou: snižování množství tlaku rodičky, což zároveň snižuje trauma na vaginální tkáň a napomáhá urychlení porodu dítěte a chirurgický řez je prý též snadněji opravitelný, než spontánní nepravidelný, dále vede k příznivějšímu výsledku s menším počtem komplikací.(www.medicinenet.com, 2008) Anonymus na informačním serveru Aperio předkládá „Zhodnocení výsledků výzkumů publikovaných v časopise Obstetrics and Gynecology“, který ukazuje, že se procedura epiziotomie dělá příliš často, je dokonce mnoho lékařů přistupujících k ní rutinně, protože jsou přesvědčeni, že chrání při vaginálním porodu svalstvo pánevní před natržením atp. poznamenává, že epiziotomie je používána ve většině států střední Evropy.

Dánský profesor Marsden Wagner na jedné ze svých přednášek říká , že když byl na návštěvě v Semmelweisově klinice v Budapešti, dověděl se , že tam vykonávají epiziotomii ve 100 % případů. Jeden lékař se tak bál, že by mohl být pokáraný za to, že neprovedl nástřih, protože žena porodila příliš rychle, takže udělal epiziotomii po porodu! (www.prirozeny-porod.eu, 2011)

Švédsko je ve výkonu epiziotomie neprogresivnější. V letech 1999 – 2000 vykazovalo nejnižší míru provedených epiziotomií u vaginálních porodů na světě - méně než 10 %.

V kontrastu s tím je situace v Guatemale, kde jsou podle odhadů nastřiženy všechny prvoroďičky.

V západní Evropě se míra nástřihu hráze u všech vaginálních porodů pohybovala od 13 % v Anglii - v letech 2002 až 2003, až po 87 % ve Španělsku - v roce 1995. (www.prirozeny-porod.eu, 2011)

### **2.2.3. Praktické provedení epiziotomie**

Karbanová ve své práci informuje o tom, že adekvátní hodnotící studie provedení mediolaterální epiziotomie na hrázi neexistovala až do roku 2003.

Teprve tehdy Tincello provedl průzkum pomocí dvojrozměrného obrázku zobrazujícího prořezávání hlavičky u 50 lékařů a 78 porodních asistentek. Třetina všech zúčastněných situovala počátek epiziotomie laterálně od střední čáry, pouze 16 % lékařů a 1 % porodních asistentek nakreslilo epiziotomii delší než 20 mm a 23 % porodních asistentek umístilo epiziotomii ve 30 stupních či ostřejším úhlu.

Jiná studie provedená Andrewsem s 58 lékaři a 40 porodními asistentkami opět dokazuje naprostou rozlišnost v provádění mediolaterální epiziotomie. Při hodnocení hloubky, délky, zvoleného úhlu epiziotomie (referenční rozmezí 40-60 stupňů) a nejkratší vzdálenosti od středu análního kanálu, pouze 13 % lékařů (a žádná porodní asistentka) provedlo epiziotomii, která splňovala požadovaná kritéria. Dokonce 30 % epiziotomií mohlo být zhodnoceno jako mediální typ.

Identickým způsobem provedl Štěpán měření na více jak dvojnásobném množství 253 prvoroďiček. Výsledek byl evidentně odlišný od výše uvedeného – 41 % porodních asistentek provedlo epiziotomii pod úhlem vyšším či rovno 40 stupňů a 39 % lékařů taktéž. Nebyl tedy téměř žádný rozdíl mezi lékaři a asistentkami jako

tomu bylo v anglické studii, avšak byl markantní rozdíl mezi zeměmi. (Karbanová et.al., 2009, s. 249)

Štěpánovy studie o přesnosti a způsobu provedení mediolaterálních epiziotomií bylo účastno 253 prvorodiček, které rodily vaginální cestou. Z toho bylo 137 porodů vedeno lékaři a 116 porodními asistentkami. Mezi těmito dvěma skupinami nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v délce epiziotomie, jejím úhlu, ani v nejkratší vzdálenosti od středu anu. Průměrná délka byla 34 mm v obou skupinách, průměrný úhel ve skupině porodů vedených lékaři byl 35 stupňů stejně jako u porodních asistentek. Nejkratší vzdálenost mezi epiziotomií a středem análního otvoru byl ve skupině lékařů 26 mm a, ve skupině asistentek 28 mm. Počet adekvátně provedených mediolaterálních epiziotomií (úhel 40 – 60 stupňů) u porodů vedených lékaři činil 52 (39 %), u porodních asistentek 48 (41 %).

Touto studií (v roce 2007) bylo zjištěno, že u více jak poloviny mediolaterálních epiziotomií nebyl splněn základní požadavek, tj. pravidlo 40 – 60 stupňů. Štěpán podotýká, že podobná studie byla provedena v roce 2009 ve Velké Británii na 98 ženách s naprosto odlišnými výsledky. Žádná z porodních asistentek a pouze 22 % lékařů vedoucích porod bylo schopno provést epiziotomii adekvátně k definici. (Štěpán et al, 2007, s. 383)

Zmrhal ve své zprávě podané na konferenci v Mělníce v roce 2009 uvádí, že další provedená studie plzeňské kliniky je sondou do problému, jaký úhel je vhodný při vedení mediolaterální epiziotomie. Pilotní studie u 30 primipar při dodržení vylučovacích kritérií ve srovnání se světovou literaturou naznačuje, že ideální je úhel 60 stupňů od střední čáry. Je-li mediolaterální epiziotomie provedena pod tímto úhlem v době rozvinuté hráze, pak po ošetření je úhel sutury 45 stupňů. Výsledek hodnotili autoři z mnoha pohledů včetně inkontinence, kvality sexuálního života, estetických hledisek a dalších kritérií. (Zmrhal, Zpráva z konference, Mělník 2009)

Pro zajímavost je uveden ještě obecný názor na provádění epiziotomie. Anonymus, popisuje metodiku provedení epiziotomie tak, že když se se objeví hlavička dítěte a hrdlo dělohy je co nejvíce roztažené, provede se při kontrakci nástřih hráze. Nejvhodnější okamžik a velikost nástřihu je závislá na zkušenostech porodníka. Nejčastěji se nástřih hráze provádí šikmo z okraje dolní části vnitřních rodidel směrem dolů vpravo nebo vlevo. K tomuto nástřihu se používá skalpel nebo ve větší míře nůžky. Nástřižené místo se okamžitě po narození miminka a vypuzení placenty

zašije v lokální anestézii. Stehy jsou šity ve vrstvách, nejdříve se šijí vnitřní a následovně vnější svaly.

V dnešní době se používají k šití hráze samovstřebatelné stehy. Tyto stehy se po pěti až šesti dnech rozplynou. Některé nemocnice, nebo lékaři, nástřih provádí skoro v každém případě. Jiní se snaží nástřih udělat jen opravdu v případech, kdy je to nezbytně nutné. (www.maminet.cz, 2010)

### **2.3. Indikace epiziotomie**

Dánský profesor Dr. Marsden Wagner ve své přednášce, publikované v časopise Lancet, podotýká, že všechny výzkumy ukazují, že pokud porovnáme epiziotomii a rupturu, epiziotomie způsobuje silnější krvácení, je mnohem bolestivější, způsobuje dlouhodobé deformity vagíny a dočasné i dlouhodobé problémy při sexuálním styku. Říká, že zastánci epiziotomie zdůvodňují její provedení a zároveň uvádějí jako její největší výhodu, prevenci ruptury třetího stupně, prevenci poškození pánevního dna a ochrany hlavičky před dlouhotrvající kompresí během druhé doby porodní. Nic z toho však výzkumy nepotvrdily a podle Wagnera se tedy nejednalo o žádnou indikaci.

Kromě toho by toto vše měl lékař vždy těm ženám, u kterých se chystá epiziotomii vykonat říci a nechat je rozhodnout se samy. (Anonymus, www.childbirth.com, 2011)

Rušavý se k indikaci epiziotomie vyjadřuje také v tom smyslu, že v podstatě nebyla nikdy jasně stanovena, stejně jako výhody pro její provedení. Z těchto důvodů se spolu s kolektivem rozhodl pro projekt s cílem analyzovat důvody vedoucí porodníky a porodní asistentky k provedení epiziotomie.

Do studie (r. 2006-2007) bylo zahrnuto 2707 porodů, osoba provádějící zákrok zaznamenala po porodu jeden z hlavních (nabízených) důvodů, popř. i důvody vedlejší (viz. Příloha., tabulka č.?). Z celkového počtu 1069 epiziotomií byl pouze v jednom případě uveden jen jeden důvod (indikace), v ostatních případech bylo uvedeno důvodů více. Z toho nejčastěji zastoupenou skupinou důvodů při hodnocení toho hlavního byla obava o zachování funkce pánevního dna (z toho důvodu primárně 624=58 %), známky intrauterinní tísně plodu (181=17%), poruchy vypuzovacích sil (109=10 %). (Výsledky průzkumu jsou členěny podle dalších kritérií, pro naši demonstraci však už nejsou tak důležité.) Autor je přesvědčen, že z

postupné detailní analýzy vyplývá následující: je-li nejčastější indikace pro provedení epiziotomie prevence dysfunkce pánevního dna, pak je nezbytné snížení frekvence epiziotomií, neboť v prospektivních studiích na toto téma nebyla prokázána žádná výhoda provedení epiziotomie. Ve srovnání se spontánní rupturou perinea nechrání před inkontinencí či sestupem dělohy, a je navíc spojena s nižší silou svalů pánevního dna. (Rušavý, et al., 2011, s. 379)

Kališ uzavírá analýzu jednoho z průzkumů na svém pracovišti slovy, že v současnosti není obava o zachování pánevního dna považována za oprávněnou indikaci k provedení epiziotomie. (Kališ et al, 2010, s. 291)

Indikací pro provedení epiziotomie je tedy jednoznačně a především vážné ohrožení zdraví či života dítěte, popřípadě vážné poranění matky.

## **2.4. Nežádoucí důsledky epiziotomie**

### **2.4.1. Ruptury 3. a 4. stupně**

Jestliže chceme hovořit o nežádoucích účincích epiziotomie, pak je na místě v první řadě zmínit ruptury perinea, které vznikají v jejím důsledku. Jedná se o různě dlouhé a různě hluboké trhliny – ruptury (poranění), způsobující ženám nemalé potíže. Zasahují často až do pánevního dna a vyžadují chirurgické řešení, dlouhodobou léčbu a bývají spojeny se značnou bolestivostí i jinými obtížemi.

Problémové jsou především ruptury 3. a 4. stupně.

Kališ charakterizuje rupturu perinea vyššího stupně jako porodnické poranění anální-ho sfinkteru, které vyžaduje pečlivé ošetření. Uvádí, že následná dlouhodobá mateřská morbidita je relativně častá.

Jedná se dle něj o:

- anální inkontinenci (nedobrovolný únik plynu či stolice)
- urgentní inkontinenci (taková, která negativně ovlivňuje kvalitu života ženy)
- zhoršení kvality sexuálního života ženy
- chronickou perineální bolest

Podle jeho názoru je nutné řešit tato porodní poranění primární, sekundární i terciární prevencí. Za primární prevencí označuje identifikaci všech rizikových faktorů, které je třeba zhodnotit a na základě toho pak zvolit takový postup porodu, který by rizikové faktory minimalizoval. Sekundární prevencí je pak správná diagnostika poranění a následná volba operačních podmínek a postupu. Za terciární



prevenci považuje soustředit pacientky do specializovaných ambulancí, důkladně a pravidelně je sledovat a diagnostiku případných komplikací řešit ve spolupráci s dalšími odborníky.

Zmiňuje třístupňovou klasifikaci ruptur perinea podle učebnice Porodnictví (Čech a kol.), ale podotýká, že v mezinárodní literatuře se častěji používá klasifikace čtyřstupňová:

1. stupeň – je postižena kůže, podkoží a část poševní stěny
2. stupeň - postihuje kůži, podkoží a svaly hráze
3. stupeň – předchozí + postižení análního svěrače inkompletní (stěna svěrače neporušena)
4. stupeň – předchozí + postižení análního svěrače kompletní (stěna rekta roztržena). (Kališ et al, 2010, s. 285)

Záhumenský ve svém komentáři k článku o porodnickém poranění říká, že vaginální porod je jedním z rizikových faktorů pro inkontinenci.

Prevalence postpartální anální inkontinence se pohybuje v jednotlivých studiích mezi 3 – 29 % a prevalence poranění análního svěrače mezi 1,6 – 26,9 %. Důvodem tak velkého rozptylu je s velkou pravděpodobností především nejednotná klasifikace porodních poranění a chybějící doporučení postupů ošetření a následné péče o ženy s porodním poraněním m. sfincter ani.

Zmiňuje problém klasifikace jako klíčového problému a upozorňuje také na nesrovnalosti týkající se způsobu ošetření, způsobu antibiotického krytí a následného postupu péče o porodní poranění.

Komentář dokládá zajímavým průzkumem. Pomocí dotazníkové metody, jíž se účastnilo 55 porodnic v ČR, byl položen dotaz a) na definici, b) způsob ošetřování a c) další péči u závažných porodních poranění.

Výsledky byly překvapivé a jenom potvrzovaly skutečnost o nejednotnosti klasifikace (což způsobuje komplikace při vyhodnocování samotného druhu a způsobu poranění). Bylo vyhodnoceno 8 různých kombinací. Třístupňovou klasifikaci (s menšími odchylkami) používá 28 českých porodnic, klasifikaci čtyřstupňovou 15 porodnic, 5 porodnic používá přímý slovní popis poranění bez klasifikace, 7 porodnic používá nestandardní klasifikaci. (Záhumenský, 2010, s. 294)

Štěpán vyhodnocuje mediolaterální epiziotomii jako dobře známý rizikový faktor pro rupturu třetího a čtvrtého stupně. Proč tomu tak je zdůvodňuje také tím, že velmi často se provedení medioleterální epiziotomie blíží spíše k provedení

epiziotomie ve střední čáře, čímž se značně zvyšuje riziko možného poranění části vnějšího análního sfinkteru. Uvádí, že v jedné ze současných studií poukazuje její analýza na relativní 50 % redukci rizika vzniku poranění 3. stupně při každých 6 stupních odklonu epiziotomie od mediální čáry. (Štěpán et al, 2007, s. 384)

Kališ se zabývá ve své práci sonograficky a klinicky detekovaným poraněním análního sfinkteru – okultní rupturou análního sfinkteru, neboli rupturou patrnou pouze na endo - anální sonografii. Možnost zobrazení análního sfinkteru pomocí anální endosonografie přinesla zásadní změnu pohledu na hlavní příčinu vzniku anální inkontinence.

Poprvé takové výsledky publikoval v roce 1993 Sultan. Jeho studie byla provedena na 202 konsekutivních rodičkách, u 150 byla endosonografie provedena před porodem a poté 6 týdnů po porodu. U žádné primipary nebyl zjištěn defekt análního sfinkteru před porodem, ve skupině multipar byl defekt diagnostikován u 19 (40 %).

Endosonografie odhalila, že u 28 (35 %) primipar dochází ke vzniku okultní ruptury análního sfinkteru zahrnujícího buď jeden či oba svaly během porodu.

Kališ nabízí zajímavý přehled dalších studií z různých zemí a kontinentů o souvislosti natržení hráze a análního sfinkteru (obrázek) Podotýká však, že jednoznačné vyhodnocení výsledků těchto studií je obtížné, neboť jednotlivé komponenty výzkumu se od sebe velmi liší technikou a vedením porodu, zahrnutím ruptur jen okultních nebo spolu s klinickými, užití různých typů epiziotomií, nedodržení správné frekvence epiziotomie a dalšími.

Konstatuje, že i samotný název porodní okultní ruptura análního sfinkteru prochází historickým vývojem. Zatímco počáteční názor uvádí výskyt tohoto poranění více jak v jedné třetině všech prvních vaginálních porodů, dnešní poznatky se týkají spíše katastrofálně nedůsledné a nekvalifikované klinické revize poranění perinea po porodu.

Práci končí závěrem, že se v současné době vzhledem k počtu operačně ukončených porodů a nedostatečně definované metodice provádění mediolaterálních epiziotomií zdá, že počet poranění análního sfinkteru alespoň českých rodiček bude nižší, než se obecně uvádí.

Ovšem jaký je skutečně přesný počet nelze dle něj odhadnout, protože autorům výzkumu se nepodařilo nalézt v žádné studii hodnocení spontánních

vaginálních porodů bez provedené epiziotomie a frekvenci poranění análního sfinkteru. (Kališ et al, 2007, s. 239)

#### **2.4.2. Poruchy pánevního dna**

Kašíková ve svém obsáhlém článku podrobně odpovídá na otázku, zda při porodu dochází k poruše pánevního dna a zda jsou případná poranění klinicky relevantní. Říká, že se tato otázka stala předmětem mnoha studií, zaměřujících se nejen na rizikové faktory traumat, ale i na možnosti diagnostiky těchto poranění.

Jelikož neexistuje dosud konsenzus týkající se hodnocení míry poškození, klinického významu a také prevence poranění pánevního dna, poukazuje v důsledku toho na dvě názorové skupiny odborníků. Jedna připouští možnost poškození pánevního dna v průběhu porodu a považuje za nutné ženy o tom informovat. Naproti tomu druhá skupina vidí poranění jako podružné ve vztahu k pozdějším následkům. Nicméně, k poraněním pánevního dna při porodu nejen že dochází, avšak mohou být i klinicky významná co se týče projevů inkontinence moči nebo stolice a prolapsu pánevních orgánů.

Uvádí několik typů poškození pánevního dna vzniklých v průběhu porodu: Svalové, nervové, poranění faciálních a podpurných struktur, poranění orgánů malé pánve.

#### **Svalové poranění**

Podotýká, že v roce 1955 byla Haroldem Gaineym zveřejněna první významnější práce zabývající se vyšetřením pánevního dna v souvislosti s porodním poraněním. V ní vytvořil vlastní systém hodnocení pánevního dna založený pouze na palpačním vyšetření pochvy a perinea. Porovnával 2 skupiny rodiček s epiziotomií a bez, přičemž rozlišoval primipary a multipary. Větší poranění, které korelovaly se svalovou atrofií a symptomy inkontinence, shledával u žen bez provedené epiziotomie, proto v ní viděl možnost prevence porodního poranění pánevního dna.

Od 90. let minulého století je k zobrazení pánevního dna využívána metoda magnetické rezonance, jejímž průkopníkem byl J. De Lancey. V jedné ze svých prací porovnával svalové komponenty u nulipar a primipar, z nichž polovina trpěla stresovou inkontinencí. Defekt nebyl prokázán u žádné z nulipar, avšak 20 % primipar mělo viditelný defekt levátoru a 73 % žen s defektem pánevního dna mělo zároveň příznaky stresové inkontinence.

J. De Lancey provedl v roce 2004 další průzkum týkající se mechanismu deformace svalů pánevního dna v průběhu druhé porodní doby. Pomocí počítačového modelu zjistil, že se jednotlivé svalové části pánevního dna prodlužují, stejně jako se tomu děje u nervových struktur.

Maximální zátěž prokázal v nejkaudálnější a nejmediálnější části levátorového komplexu s indexem natažení až 3,5. Právě tato oblast bývá nejvíce porodním traumatem ohrožena.

### **Nervové poranění**

Skutečnost, že následkem porodu dochází často k poranění nervových pletení zásobujících pánevní orgány a svaly, podporují mnohé klinické studie. J. De Lancey v roce 2005 v animálních experimentálních studiích prokázal, že za postupu hlavičky dochází k významné-mu prodlužování jednotlivých větví nervových struktur a že natažení periferního nervu o více než 15 % způsobuje jeho trvalé poškození. Dalším typickým znakem pro poranění je prodloužení trvání akčního potenciálu a snížení počtu motorických jednotek svalů.

Allen prokázal významnou poporodní neuropatii v pudendální oblasti u 80 % žen. Jako hlavní příčiny uvádí vyšší porodní hmotnost plodu a délku druhé porodní doby. Elektivní císařský řez působil naopak na pánevní dno protektivně. Na základě toho byl vyvozen závěr, že v průběhu vaginálního porodu je hlavním mechanismem traumatu parciální denervace pánevního dna.

### **Poranění pánevních orgánů**

Poranění zevního řitního svěrače tvoří zvláštní skupinu porodních traumat, které lze prokázat v 1 – 5 % případů. Hlavními příčinami pro jeho vznik je podle Kašíkové primiparita, větší váha plodu a užití porodnických kleští.

Poranění faciálních a podpůrných struktur se zjišťují především pomocí ultrazvuku. Projevuje se obvykle zvýšenou pohyblivostí pánevních orgánů po porodu. Rozsáhlou práci publikoval Dietz. Vyšetřil 200 nulipar ve 20. a 36. týdnu, následně 2 – 5 měsíců po porodu. Součástí šetření byl pohovor o průběhu porodu a ultrazvuk pánevního dna. Šetření pak vyhodnotil závěrem, že silnou determinantou peripartálních změn je způsob porodu. (Kašíková, 2012, [www.zdn.cz](http://www.zdn.cz))

Vlk ve svém komentáři k článku „Prevence poranění perinea v průběhu porodu“ komentuje problematiku poranění pánevního dna během vaginálního porodu

v tom smyslu, že jsou častá, avšak ve většině případů méně závažná, dobře se hojící a bez dlouhodobých následků. Tato případná fakta ale nemohou vést k přehnanému optimismu, eventuálně podcenění správného vedení porodu, či nesprávnému zhodnocení rizika poranění. V případě jeho vzniku pak nelze podcenit jeho rozsah a tím nedokonalé chirurgické ošetření. Zejména operativní vaginální porod může vést k následnému poklesu pánevních orgánů, dyspareunii, poruše statiky pánevního dna a s tím souvisejícími inkontinencemi.

Zmiňuje se také o epiziotomii a přiklání se k názoru, že ve většině případů není nástřih hráze nutný, ba pokládá ho spíše z hlediska dlouhodobých následků za škodlivý a říká, že při spolupráci rodičky a porodníka lze provádět epiziotomii do 30 % případů a je třeba o ní rozhodnout až ve vrcholné fázi druhé doby porodní. (Vlk, www.tribune.cz, 2004)

Pařízek se ve svém příspěvku v „Deníku pro těhotné a rodiny s dětmi“ snaží přiblížit problematiku poranění pánevního dna objasněním, proč vlastně k problému dochází. Jedná se o rozpínání a více či méně traumatizaci pochvy a jejího okolí, složité vrstvy svalstva pánevního dna a nakonec i hráze vlivem tlaku rodící se hlavičky na konci druhé doby porodní. Tlak zhoršuje prokrvení pánevních tkání, které jsou vlivem toho více náchylné k poranění. Říká, že nejobávanější komplikací porodníků je pak roztržení svěrače konečníku nebo i střeva a vyjmenovává možné důsledky takového poranění. V souvislosti s tím uvádí, že ne vždy je na místě pohlížet na epiziotomii pouze negativně, neboť hlubší tkáň pánevního dna je třeba chránit v mnohých případech právě její pomocí. Rozhodně ale do-poručuje provádět epiziotomii pouze v urgentních případech a ne rutinně. (Pařízek, 2011, www.porodnice.cz)

### **2.4.3. Inkontinence**

Do příčinné souvislosti je dááno trauma pánevního dna s inkontinencí moči a stolice.

Samovolný únik moči (močová inkontinence) či stolice nebo plynů ( fekální inkontinence) v souvislosti s epiziotomií nebo natrhnutím hráze od druhého stupně výše, se objevuje mnohem častěji než u žen, jejichž hráz zůstala při porodu neporušená.

Záhumenský ve svém odborném komentáři poukazuje na katastrofální vliv na společenský a pracovní život ženy trpící anální, případně fekální inkontinencí a na to, jak výrazně jí takový problém snižuje kvalitu života.

Zmiňuje dále typy inkontinence podle stupně projevů na anální a fekální a uvádí jejich definici. Zároveň ale upozorňuje, že jak dělení, tak definice nejsou zcela adekvátní, protože velkou roli hraje složka urgentní, tedy kdy je žena schopna obsah konečníku (stejně jako moče) udržet, avšak na úkor výrazného dyskomfortu až bolesti. Předkládá srovnání inkontinence u mužů a žen a její příčiny. Nás však zajímá souvislost s porodem a epiziotomií. V této souvislosti uvádí, že většina autorů udává vaginální po-rod jako rizikový faktor, kdy nejčastější příčinou je částečné, nebo úplně poranění m. sfínter ani. Jeho protržení je spojeno se signifikantním snížením jeho tonu, ale nemusí být jedinou příčinou. Svou roli hraje i tlak hlavičky na pánevní dno, a následné natažení nervu z Alcockova kanálu.

Pod názvem Prevalence poranění III. a IV. stupně udává následující zajímavý přehled o vyšetření po porodu, který signifikantně podhodnocuje výskyt postpartálního poranění svěrače. Okultní poranění svěrače, které se pozná endoanální monografií, se zjistí u 35 % primipar po vaginálním porodu. Toto poranění je asociováno s anální inkontinencí ve 13-23 %. Nejnovější práce ukázaly, že metaanalýzou 717 vaginálních porodů se stanovil výskyt defektů svěrače u 26,9 % primipar a výskyt nových poranění svěrače u 8,15 % multipar. (Záhumenský, 2010, s. 292)

Vztahem mezi porodem a následným rozvojem anální inkontinence se zabývá také další článek kolektivu lékařů z gynekologicko porodnické kliniky v Plzni. Štěpánovo zhodnocení vztahu mezi porodním poraněním a následným rozvojem anální inkontinence se opírá o několik studií z jiných zemí. Na jejich základě konstatuje, že riziko anální inkontinence u ženy s porodním poraněním je v krátkém časovém období až 50 %, avšak během roku se může postupně snížit, nebo úplně upravit. Na druhé straně jedna z prvních studií zaměřená na dlouhodobý následek porodu poukazuje na situaci, kdy se fekální inkontinence vyskytla zhruba u čtvrtiny všech žen po vaginálním porodu a ruptury perinea a byla dokonce obvyklejší u epiziotomií než u poranění análního sfinkteru. Jiná zajímavá studie (francouzská) zaměřená na vyhodnocení stavu anální inkontinence u žen následkem porodu v delším časovém období (po 6 letech) dochází k závěru, jak velmi důležité je řešit defekt sfinkteru ihned po porodu, jinak riziko inkontinence dlouhodobě přetrvává.

Zajímavý poznatek předkládá k souvislosti císařského řezu a anální inkontinence. Ještě donedávna se mělo za to, že císařský řez chrání před vznikem inkontinence. Průzkum ukazuje, že tomu tak nemusí být. Fekální inkontinence se vyskytla i v těchto případech, i když ne tak často a v takovém rozsahu jako u vaginálních porodů. (Štěpán et al., 2010, s. 6, 7)

Gravidita obecně je jedním z rizikových faktorů pro vznik či případnou recidivu stresové inkontinence moči.

Sedláková ve své práci říká, že v tomto období má stav hladiny gestagenů nepříznivý vliv na tonus pánevních svalů. Ke vzniku stresové inkontinence moči se v těhotenství pravděpodobně uplatňuje také tlak naléhajícího plodu na pánevní dno v důsledku augmentace dělohy. Je tak zatěžován její závěsný aparát a možnost celkového poklesu s konečným výsledkem vzniku stresové inkontinence moči. (Sedláková et al., 2011, s. 45)

Kašíková se vyjadřuje k inkontinenci prostřednictvím průzkumu autorů Viktrup a kol., kteří prokázali u 305 primipar manifestaci inkontinence moči ve 39 % před porodem a v jeho průběhu a 7 % nově vzniklých jeho následkem. Kontrolní vyšetření po pěti letech po porodu potvrdilo inkontinenci moči ve 30 %. Ženy, které byly po porodu kontinentní, vykazovaly po pěti letech známky inkontinence moči v 19 %, zatímco ženy s příznakem inkontinence tři měsíce po porodu byly po pěti letech inkontinentní v 90 % případů. Kašíková podotýká, že existuje několik dalších studií potvrzujících spojitost rozvoje inkontinence s porodnickými faktory, zejména trváním druhé doby porodní a hmotností novorozence. (Kašíková, 2012, [www.zdn.cz](http://www.zdn.cz))

#### **2.4.4. Jiná poškození**

Bez ohledu na to, zda byla provedena epiziotomie, nebo stehy po přirozené ruptuře perinea, se bude žena cítit bolavá několik dní až týdnů. Správně provedený a ošetřený nástřih nebo malá trhlina by se měly hojit rychle – do 2 až 3 týdnů, a bez následků. Mohou se však objevit porodnické komplikace v šestinedělí v podobě krvácení, infekcí rodidel, onemocnění cév, prsu a poruch kojení.

Pařízek k časnému krvácení v šestinedělí uvádí, že se dostavuje do konce prvního týdne po porodu. Zdrojem krvácení může být porodní poranění, zadržení části placenty, porucha krevní srážlivosti, zpomalené zavinování dělohy a městnání

krve v děloze. Zatímco z většiny příčin je krvácení hojnější, v posledně uvedeném příkladu se projevuje jen hojnými a krvavými očišky. (www.porodnice.cz, 2011)

Anonymus v časopise *Moje rodina* upozorňuje na další možné poporodní poškození v podobě krevního výronu – hematomu, který může vzniknout v okolí natržení nebo epiziotomie. V okolí stehů vzniká otok a dochází k hromadění krve. V některých případech se může krevní výron utvořit hluboko ve vagíně, což žena pociťuje velkým tlakem. Závažný případ je třeba řešit chirurgicky a krevní výron je třeba vyprázdnit. (www.moje-rodina.cz, 2010)

Vokroj podává přehled o infekčním onemocnění v šestinedělí pod všeobecným termínem puerperální infekce.

Řadí mezi ně infekce genitálního traktu a jeho okolí, prsů a uroinfekce v šestinedělí. Puerperální infekce jsou relativně častou komplikací po porodu. Včasný záchyt nebo ještě lépe předvídání těchto infekcí u rizikových rodiček a vhodně zvolená antibiotika snižují počet komplikací. I přes výrazné úspěchy terapie zůstává puerperální sepe jednou z nejčastějších příčin mateřské morbidity a mortality. Infekce může vzniknout zjednodušeně dvojím způsobem – heterogenně, např. samotnou ženou při nedodržování zásadních hygienických pravidel nebo zdravotnickým personálem při porodu (časté vnitřní vyšetřování, nesterilní nástroje, rukavice, rouška).

Druhá cesta je pak autogenní, tedy především ascenzí bakterií, které byly v genitálním traktu přítomny již před porodem, přičemž vaginální mikroflóra obsahující aerobní i anaerobní bakterie je zodpovědná za vznik většiny puerperálních infekcí.

Dále pak je možný vznik infekce metastaticky krví či lymfatickou cestou nebo přenos per continuitatem při infekčním ložisku v dutině břišní.

Vokroj puerperální infekce rozděluje podle lokalizace, ale podotýká, že je to mírně zavádějící, neboť z infekcí lokálních mohou vzniknout infekce systémové. Uvádí, že perineum, pochva a vulva jsou již od porodu často hojně kontaminovány bakteriemi, přesto bývají málokdy příčinou vážné infekce. Jejich porodní poranění se většinou velice dobře hojí, což je s velkou pravděpodobností způsobeno cévním zásobením.

Nejvyšší riziko vzniku infekce je logicky v epiziotomii, která je pak v důsledku zánětu zarudlá, edematózní a výrazně palpačně bolestivá. U pokročilejších zánětů pak vytéká purulentní zapáchající obsah. Doprovodným jevem této infekce je



v drtivé většině případů povrchová nebo kompletní dehiscence epiziotomie, jejíž spodina se hojí postupně granulacemi. Při menší, resp. povrchové dehiscenci stačí lokální léčba a sutura se mnohdy zhojí sama, při hlubší dehiscenci resuturu provádíme s časovým odstupem až po vyčištění rány. Zatímco u infikovaných a dehiscenčních epiziotomií se nasazují antibiotika většinou jen při celkových příznacích, při paravaginálních abscesech jsou antibiotika samozřejmostí, společně s jejich incizí. (www.zdn.cz-Archiv, 2011) Velká bolest, bolestivý intimní styk, deformace pochvy, či následné emoční poruchy jsou dalšími porodními poškozeními, které mohou mít závažný dopad na život ženy.

## **2.5.Prevence a léčba poporodních poranění**

Předcházet porodním poranění je velmi problematické a prakticky tak ani nelze. Považujeme-li patřičnou a nutnou porodnickou erudici za samozřejmou, zbývá toho málo, jak poranění předcházet.

Jirásková (ale i mnohé porodní asistentky) píše o masáži hráze před porodem jako o prevenci a důležité součásti přípravy na porod. Hráz se stane pružnější a tím se může dostatečně rozvinout, čímž se porod do určité míry usnadní a zároveň se tak do určité míry sníží riziko epiziotomie a trhlin. Masáž se provádí 4 až 6 týdnů před termínem porodu a doba jejího trvání je 3 minuty. Zmiňuje se také o posilování vaginálního svalstva pomocí Kegelových cviků, které se skládají z napínání a uvolňování svalů v okolí močovodu, vagíny a análního otvoru. Cviky se provádí dvakrát až třikrát denně s frekvencí 10 – 20 krát za sebou.

Bez zajímavosti není ani její doporučení prevence před poraněními v podobě porodu ve vzpřímené poloze. V klasické poloze na zádech je dítě tlačeno s námahou proti působení gravitační síly a tento tlak prý způsobuje zvýšení tlaku na hrázi, což je důvodem jejího roztržení, resp. důvodem provádění zbytečných epiziotomií. Dle Jiráskové většina západních výzkumů udává, že tato poloha redukuje nepravděpodobnost natržení hráze až o 300 %, ukazuje šestinásobně nižší výskyt epiziotomie i instrumentálního ukončení porodu a zkracuje druhou dobu porodní průměrně o 23 minut u prvorodiček a 13 minut u vícero diček. (www.azrodina.cz, 2007)

Kašíková k prevenci porodních poranění podotýká, že cestou k ní jsou především:

- a) spolehlivé rozpoznání rizikových faktorů pro vznik perineálního traumatu
- b) diagnostika perineálního traumatu
- c) správné ošetření
- d) výcvik dovedností šetrného vedení porodu (Kašíková, 2012, www.zdn.cz )

Na prevenci ze zcela jiného úhlu pohlíží porodní lékařka

Kotrbová, která ve svém článku „Hráz miminku v cestě“ říká, že nástřih hráze je zbytečným předporodním strašákem mnoha žen. Ona sama, jako lékař porodník, její provádění spíše preferuji vzhledem ke vzniku inkontinence moči v pozdějším věku a pro existující neoddiskutovatelné indikace a situace, kdy je nutné nástřih hráze provést. Avšak dobrou masáží hráze v předporodním období lze její elasticitu zvýšit natolik, že při správném vedení porodu nástřih není nutný ani u prvorodíček. Podle Kotrbové masáž hráze může eventuálně ženu od epiziotomie uchránit a nemůže v žádném případě uškodit. Zmiňuje se dále o technice masáže a upozorňuje na její neprovádění při výtoku či krvácení. Pokud se porod bez epiziotomie neobejde, musí následuje revize a sutura porodního poranění. Připomíná, že dnešní moderní vstřebatelné šicí materiály sice nepůsobí na tkáň iritačně, ale důležitá role péče o hráž po porodu samozřejmě zůstává. Důraz je klade na časté sprchování a větrání rány. Při hojení per secundam může být jako první pomoc zvolen oplach peroxidem vodíků, ovšem vždy je nezbytná konzultace s lékařem, který zváží užití lokálních antibiotik, hojivých mastí, či je-li nutné chirurgické řešení dehiscence rány. (Kotrbová, 2008, 4 (2) )

Léčba porodních a poporodních traumat je rozsáhlou, složitou a především samostatnou problematikou, proto se jí dotýkám pouze okrajově. Spíše podávám, nahlédnu do několika rozličných léčebných oblastí.

Jako první oblast lze uvést pasáž ze zajímavého letáku pro nastávající rodičky vydaného nemocnicí Mělník, který sice nehovoří o samotné léčbě, ale spíše souvisí s péčí o ženy před porodem.

### **„Farmakologické tišení bolesti“**

Dle přání rodičky a ordinace lékaře lze zvolit zmírnění bolesti pomocí léků. Dále je možno využít metodu místního umrtvení - tzv. PARACERVIKÁLNÍ BLOK. Rychlá a účinná metoda, která se provede během vaginálního vyšetření. Zmírňuje bolesti a uvolňuje porodní cesty. Je bezplatná.

Tlumení bolesti použitím EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE, kterou nabízíme podle aktuálních možností personálního zajištění oddělení ARO. (Cena za podání epidurální analgezie na přání je uvedena v ceníku nadstandartních služeb.)

Pro zmírnění bolesti nabízíme ENTHONOX - inhalaci oxidu dusného obohaceného kyslíkem.

Novinkou je nabídka gelu DIANATAL, který usnadňuje průchod dítěte porodními cestami, porod tak může urychlit, snižuje též riziko porodního poranění. (www.nemocnicemelnik.cz, 2012)

Významným pomocníkem při hojení po porodnických operacích a poraněních jsou např. enzymy, které omezují vznik otoků, urychlují jejich vstřebávání, zmírňují bolest a zkracují dobu hojení. Snižují výskyt pooperačních komplikací, a co je pro ženy důležité – pomáhají zajistit tvorbu menší jizvy.

Účinným a zajímavým léčebným prostředkem nemusí být nutně klasický farmakologický výrobek.

Kačer doporučuje pro chirurgické ošetření všech typů gynekologicko-porodnických operačních ran, kam zahrnuje také výkon epiziotomie a poranění vzniklá v souvislosti s vaginálními porody, přípravky řady Vermio. Jedná se o přípravek založený na unikátním biologickém extraktu majícím schopnost ovlivňovat fyziologické procesy probíhající v kůži a sliznicích. Extrakt má zároveň přímý antiseptický efekt na patogenní mikroorganismy. Lze jej používat i pro korekci již dohojených epiziotomií, které bývají přesto často zdrojem nepříjemných pocitů tahu, napětí a bolestí při pohlavním styku. (Kačer, m 2010 /5 (19))

Pohled na zcela odlišný způsob léčby uvádí Kymplová v souvislosti s léčbou porodních poranění, hovoří o laserové terapii. Upozorňuje, že obor nazývaný fototerapie doznal v posledních letech velkého rozmachu a našel uplatnění téměř ve všech klinických oborech. Předkládá výsledky studie fototerapie při léčbě epiziotomií. Dle jejích slov se jedná o renesanci využití světelné energie v terapii, kterou je možno úspěšně použít v nejrůznějších gynekologicko – porodnických oborech.

Epiziotomie se jevila vhodnou pro studium hojení, neboť jde o krátkou ránu, nepříznivé podmínky pro možnost snadné infekce, pohmoždění okolních tkání a časté hematomy. Z výsledků studie bylo pak jasně patrné, že fototerapie epiziotomií statisticky znatelně snižuje výskyt komplikací při jejich hojení. Lze přitom použít jak terapeutického laseru, tak polarizovaného světla. (Kymplová,aa.ecn.cz ,2011)

Anonymus uvádí jako samostatnou léčebnou skupinou léčbu puerperálních infekcí – infekcí genitálního traktu a jeho okolí, prsů a uroinfekce v šestinedělí, kde nejvyšším rizikem ke vzniku infekce je epiziotomie. Zatímco u infikovaných a dehiscenčních epiziotomií se nasazují antibiotika většinou jen při celkových příznacích, při paravaginálních abscesech jsou samozřejmostí společně s jejich incizí. (www.zdn.cz, 2011)

Obecné, ale zcela zásadní pokyny a rady porodníka jsou podávány ženám na internetových stránkách HAMI klubu pod názvem „Jak urychlit hojení po porodu“:

- při poranění rodidel udržovat celou oblast šití v maximální čistotě a suchu, ránu.
- pravidelně sprchovat a důkladně osušit, pravidelně měnit hygienické vložky a používat jemný vícevrstvý papír
- bolest zmírnit na krátkou dobu přikládáním ledu, nebo gelových polštářů
- omezit přímý kontakt rány (při poranění hráze) s tvrdou podložkou sedáním na nafukovacím kruhu
- pravidelně odpočívat a omezit na minimum fyzickou zátěž
- co nejčastěji cvičit cviky na posílení pánevního dna
- dodržovat zdravý jídelníček s vysokým obsahem vlákniny a pít hodně tekutin, čímž se omezí riziko zácpy a potažmo námahy pánevního dna a rány (www.hami.cz , 2012, online)

## Diskuze

Velmi mne udivilo, že výroky dvou předních amerických gynekologů (Pomeroy a J. B. DeLee, rok 1920) vynesných téměř před sto lety o tom, že nástřih hráze má zaručeně ochrannou funkci integrity pánevního dna, introitu zevních pohlavních orgánů a ruptury septa vesicovaginálního atp., ovlivňují učení porodníků na celém světě prakticky až k dnešnímu dni.

Také dlouhá druhá doba porodní prý zničila bezpočet dětí prodlouženým tlakem a různým stupněm asfyxie. V důsledku těchto učení ještě nynější generace řady lékařů věří, že urychlený porod chrání dítě a epiziotomie je výhodná pro matku a proto ji rutinně provádějí.

Předpokládala jsem, že na základě nesčetných studií, průzkumů a závěrů o výhodách či nevýhodách epiziotomie, budou mít již porodníci a porodní asistentky v této otázce zcela jasno a budou tedy přistupovat k nástřihu hráze restriktivně, ne rutinně.

Beru s povděkem fakt, že je problém rutinních epiziotomií mezi odborníky stále více diskutovaný a to i v mezinárodním měřítku a že v posledním desetiletí odborníci stále častěji propagují epiziotomii restriktivní.

Na druhé straně mne neuspokojuje, že u nás navzdory průzkumům existuje stále dost pracovišť, kde nástřih hráze provádějí až v 80 % především z preventivních důvodů o zachování funkce pánevního dna a neberou ohled na prokázanou naprostou neopodstatněnost.

Zároveň jsem překvapena, že ani v USA, v tak vyspělých státech, tomu není jinak.

Jsem přesvědčena, že právě tato nejčastější indikace byla mnoha studii popřena a tvoří významnou rezervu pro snížení frekvence provádění epiziotomie, protože v prospektivních studiích zabývajících se funkcí pánevního dna po porodu nebyla prokázána žádná výhoda jejího provedení. Naopak bylo prokázáno, že mediolaterální epiziotomie (u nás se provádí právě tato) v porovnání se spontánní rupturou perinea nechrání před urinální ani anální inkontinencí ani před sestupem dělohy, ale je navíc spojena s nižší silou svalů pánevního dna a častější dyspareunií. Zanedbatelný není ani fakt často bolestivého pohlavního styku.

Budu mile překvapena až výrok Henciho Goera o tom, že rutinní epiziotomie má pouze rituální funkci a žádný léčebný účel, bude platit v porodnictví obecně jako takový, protože jsem přesvědčena, že je pravdivý.

## Závěr

Podat přehled odborných názorů a šetření na provádění epiziotomie a jejich následků bylo hlavním cílem mojí bakalářské práce.

K jeho splnění jsem si zvolila následující podcíle :

Cíl č. 1 Jaké jsou názory odborníků na epiziotomii ?

Cíl č. 2 Jaké jsou indikace epiziotomie ?

Cíl č. 3 Jaké jsou důsledky epiziotomie ?

Jaké jsou názory odborníků na provádění epiziotomie? Odborníci se shodují v tom, že prvotním problémem je samotná definice epiziotomie , respektive epiziotomie mediolaterální (ta je používána a doporučována nejčastěji). Karbanová uvádí, že v řadě zemí je definice velice sporná a že pokud nebude sjednocena, nemohou být přesně definovány či porovnávány další skutečnosti a parametry s epiziotomií související, jako jsou např. porodní poranění. (Karbanová, et al, 2009, s. 247)

Štěpán uvádí, že je mediolaterální epiziotomie velmi často nedostatečně definována. V základní české monografii – směřuje nástřih ze střední čáry introitu šikmo k hrbolu sedací kosti, v jiné pak ze stejného místa tak, aby nebyl při eventuální vzniklé ruptuře poraněn sfinkter. Další uznávaný český text definuje mediolaterální epiziotomii úhlem 45 stupňů a přibližuje se tak standardní zahraniční definici, která ji definuje úhly 45 – 60 stupňů. (Štěpán et al., 2007, s. 382)

Jeden z průzkumů prováděný LF UK ve FN v Plzni ukázal, že z 253 epiziotomií bylo více jak polovina provedena pod parametry mediolaterální epiziotomie a blížila se spíše k mediální, čímž se pochopitelně zvyšuje riziko ruptur. (Štěpán et al., 2007, s. 382)

Co se týká samotného užití epiziotomie, ve většině se porodníci shodují, že není možné používat epiziotomii rutinně, nýbrž restriktivně. Rušavý říká, že k rutinnímu užití této operace vedl v mnoha zemích názor, že jde o jednoznačný protektivní faktor těžkého poranění perinea. Toto tvrzení popírá a připomíná, že je restriktivní přístup prokazatelně výhodnější než rutinní a že kliničtí lékaři musí brát ohled na publikovaný výzkum ohledně přínosu epiziotomie.

Tyto a mnohé podobné názory dávají jasně odpověď na Cíl č. 1, který tím byl splněn.

Jaké jsou indikace epiziotomie? V závěru provedené studie Rušavý uvádí, že nejčastějším zdůvodněním obecně bývá obava o zachování funkce pánevního dna, přičemž existuje bezpočet důkazů, že tento důvod není opodstatněn a měl by být nutně omezen. Tento názor potvrzují i výsledky průzkumu provedeného na jeho pracovišti gynekologicko-porodnického oddělení FN v Plzni. (Rušavý et al., 2011, s. 384)

Pařízek dává odpověď na otázku. Kdy by se epiziotomie měla dělat tak, že by se rozhodně neměla provádět rutinně ale v opodstatněných případech, především když jsou známky poruchy zdraví plodu nebo nadměrného prodlužování porodu nebo když matce hrozí zřetelné nebezpečí ruptury sfinkteru. (Přízek, 2012)

Anonymus podává ještě jeden pohled na indikaci a říká, že jsou případy, kdy je epiziotomie nevyhnutelná nebo prospěšná, jako jsou porod nezralého plodu, urychlení porodu v případě problémů s dýcháním u dítěte, ulehčení porodu koncem pánevním či rozšíření velmi úzkého vaginálního otvoru. (www.pregnancy.com, 2011) Cíl č. 2 byl splněn uvedenými příklady názorů na indikaci epiziotomie.

Jaké jsou důsledky epiziotomie? Vlk ve svém komentáři k článku o prevenci a poranění perinea uvádí, že jsou poranění velmi častá, ve většině případů méně závažná a dobře se hojí. Tato skutečnost ale může vést k optimismu a následně k podceňování a špatnému zhodnocení poranění. Podle něho zejména epiziotomie u vaginálního porodu je právem dávána do souvislostí s poklesem pánevních orgánů, dyspareunií, poruchou statiky pánevního dna a s tím související močovou, fekální a plynovou inkontinencí. (Vlk, 2004, s. 12)

Kašíková informuje o porodních traumatech ve spojení vaginálního porodu s pánevním poraněním. V článku uvádí celou řadu poranění, které mohou vzniknout při porodu jako takovém, zdůrazňuje ale, že zvláštní skupinu poranění tvoří poranění zevního řitního svěrače, jehož nejvýznamnějším faktorem je operační ukončení porodu. (Kašíková, 2012, online).

Kališ potvrzuje zvýšenou incidenci poranění análního sfinkteru v souvislosti s epiziotomií a dokládá to přehledem výsledků šetření z deseti různých zemí světa. (Kališ et al., 2007, s.234–238)

V souvislosti se splněním Cíle č. 3 byl splněn také hlavní cíl bakalářské práce.



## Seznam použitých zdrojů

ROZTOČIL, Aleš. Moderní gynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 508 s. ISBN 978-802-4728-322.

ČECH, Evžen, HÁJEK, Z., MARŠÁL K., SRP, B. Porodnictví. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007, 544 s. ISBN 97880247130382010.

GOER, Henci. Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. 1. vyd. Překlad Jiří Královec. Praha: One Woman Press, 2002, 549 s. ISBN 80-863-5613-2.

Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu Přivádíme děti na svět:- Praha, 2001. Praha: Aperio, 2002, 119 s. ISBN 80-903-0871-6.

FREUNDL, Günter, Christian GNOTH a Petra FRANK-HERRMANN. Chceme mít miminko: nové cesty k vytouženému dítěti. České vyd. 1. Praha: Vašut, 2008, 180 s. Dobré rady (Vašut). ISBN 978-80-7236-603-3.

KUDELA, Milan. Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.

WESSELS, Miriam a Heike OELLERICH. Cvičení v těhotenství a šestinedělí. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 127 s. ISBN 80-247-1427-2.

ŠTĚPÁN, J. jr., KRÁLÍČKOVÁ, M., ULMANOVÁ, E., ROKYTA Z. 2007. Jak přesné je provedení mediolaterální epiziotomie. Česká gynekologie, 6, s. 381-385.

KALIŠ, V., BEDNÁŘOVÁ, B., ŠTĚPÁN, J., ROKYTA, Z. 2010. Sutura ruptury perinea 3. a 4. stupně. Česká gynekologie, 4, s. 284-291.

ZÁHUMENSKÝ, J. 2010. Závažné porodnické poranění a anální inkontinence. Česká gynekologie, 4, s. 292-296.

RUŠAVÝ, Z., KALIŠ, V., LANDSMANOVÁ, J., KAŠOVÁ, L., KARBANOVÁ, J., DOLEJŠOVÁ, K., SÝKORA, T., NEČESALOVÁ, P., NOVOTNÝ, Z. 2011. Perineální audit: důvody pro více než 1000 epiziotomií. Česká gynekologie, 5, s. 378-385.

KALIŠ, V., CHALOUPKA, P., TUREK, J., SUCHÁ, R., ROKYTA, Z. 2003. Vaginální porod u primipara anální inkontinence. Česká gynekologie, 5, s. 312-320.

KOTRBOVÁ, Daniela. 2008. Péče o pokožku v těhotenství. Praktické lékařství, 4(2), s.

KYMPLOVÁ, J., NAVRÁTIL, L., KNÍŽEK, J. 2012 Přínos fototerapie při léčbě epiziotomií. Český gynekolog, s. 138.

RUŠAVÝ, Z., KALIŠ, V.; LANDSMANOVÁ, J. aj. 2011. Perineální audit: důvody pro více než 1000 epiziotomií. Český gynekolog, roč. 76, č. 5, s. 378-385.

KALIŠ, V.; BEDNÁŘOVÁ, B.; ŠTĚPÁN, J.; ROKYTA, Z. 2010 Sutura ruptury perinea 3. a 4. stupně. Česká gynekologie, 75, č. 4, s. 284 – 291.

HALAŠKA, M.; 2010. Závažné porodnické poranění a anální inkontinence. Český gynekolog, 75, č. 4 s. 294.

KAŠÍKOVÁ, E. 2012. Vaginální porod a pánevní trauma. Gynekologie a porodnictví-ZDN. [online]. [cit 20.03.2012]. Dostupné na <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/vaginalni-porod-a-panevni-trauma-463808> >

ZÁHUMENSKÝ, J. 2010. Závažné porodnické poranění a anální inkontinence. Český gynekolog, 75, č. 4, s. 292 – 296.

KALIŠ, V., CHUDÁČEK, Z., ŠTĚPÁN J., HORÁK, M., KARBANOVÁ, J. ROKYTA, Z. 2007. Okultní ruptura análního sfinkteru během porodu. Český gynekolog, 72, č. 4 s. 234 – 240.

ŠTĚPÁN,J.jr.,KARBANOVÁ,J.;KALIŠ,V.;CHALOUPKA,P.;LANDSMANOVÁ,J.  
;NOSEK,J.;BUKAČOVÁ,Z.;ROKYTA,Z. Porodní poranění a anální inkontinence  
v dlouhodobé perspektivě. Česká gynekologie 2010,75,č.1, s.4 – 8

KALIŠ,V.; Rozhovor pro ČTK ze dne 13.3.2012 , [www.zdravky.cz/zpravodajství/v-plzni-zmenšuji-poraněni-žen-při-porodu/](http://www.zdravky.cz/zpravodajství/v-plzni-zmenšuji-poraněni-žen-při-porodu/)

ŠTĚPÁN,J.jr.;KRÁLÍČKOVÁ, M.;ULMANOVÁ,E.;ROKYTA,Z. Jak přesné je  
provedení mediolaterální epiziotomie. Česká gynekologie 2007, 72, č. 6 s. 381 – 385

KARBANOVÁ, J.; ŠTĚPÁN,J.Jr.; KALIŠ,V.;LANDSMANOVÁ,J.;BEDNÁŘOVÁ,  
B.;BUKAČOVÁ,Z.;HORÁK,M.;LOBOVSKÝ,L.;KŘEN,J.;KRÁLÍČKOVÁ,M.;RO  
KYTA,Z.Mediolaterální epiziotomie a poranění análního sfinkteru. Český  
gynekolog. 2009, 74, č. 4 s. 247 - 251

SEDLÁKOVÁ, K.;HUSER,M.; BELKOV,I. A.; JANKU, P. Vedení porodu po  
inzerci volné vaginální pásky-kazuistika a literární přehled. Praktická gynekologie.  
2011, 15 (1), s. 42 – 46

ZMRHAL, J., Zpráva z konference. Praktická gynekologie. 2010, 14(1),s.53-57

GOLDBERG,Jay.; SULTANA, Carmen. Prevence poranění perinea v průběhu  
porodu. Gynekologie po promoci, Komentář Radovana Vlka, 6/2004,s. 12

KYMPLOVÁ,J.;NAVRÁTIL,L.;KNÍŽEK,J. Přínos fototerapie při léčbě episiotomií.  
KAČER, V.; Slovo lékaře. Gynekolog, 2010,5 (19) HAMBERGER, Lars. Tajemství  
života. Vyd. 1. Praha: SVOJTKA a VAŠUT, 1996, 209 s. ISBN 80-718-0025-2.

Přirozený porod [online]. 2011 [cit. 2011-04-20]. Dostupné z WWW: <<https://www.prirozeny-porod.eu.html>>.

Průběh porodu – druhá doba porodní [online]. Máma a já, 2011 [cit. 2011-04-20].  
Dostupné z WWW: <<http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/3670/html>>.

Nástřih hráze [online]. Maminet, 2011 [cit. 2011-04-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.maminet.cz/clanek/96-nastrih-hraze.html>>.

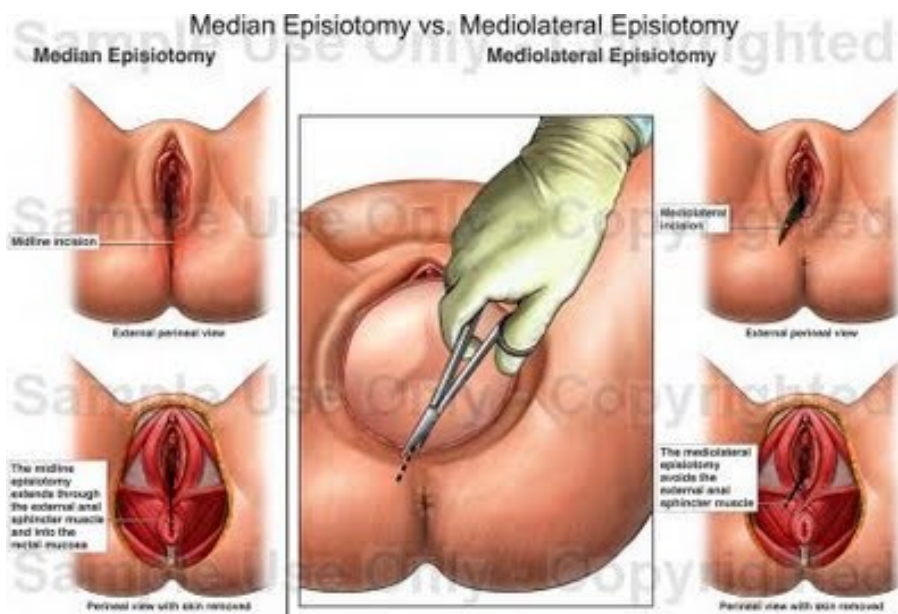
Doba porodní [online]. Porodnice.cz, 2011 [cit. 2011-04-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.porodnice.cz/i-doba-porodni-neboli-vypuzovaci.html>>.

Epiziotomie [online]. azrodina.cz, 2011 [cit. 2011-04-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.azrodina.cz/789-epiziotomie-chirurgicky-nastrih.html>>.

Poporodni poranění [online]. moje rodina, 2011 [cit. 2011-04-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.moje-rodina.cz/tehotenstvi-a-porod-poporodni-poraneni>>.

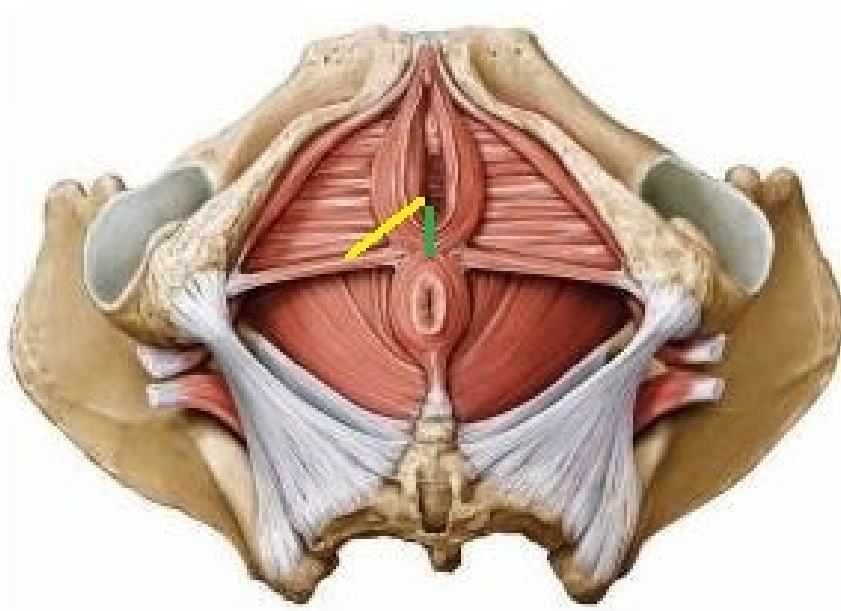
Obrazová příloha

Obrázek č.1



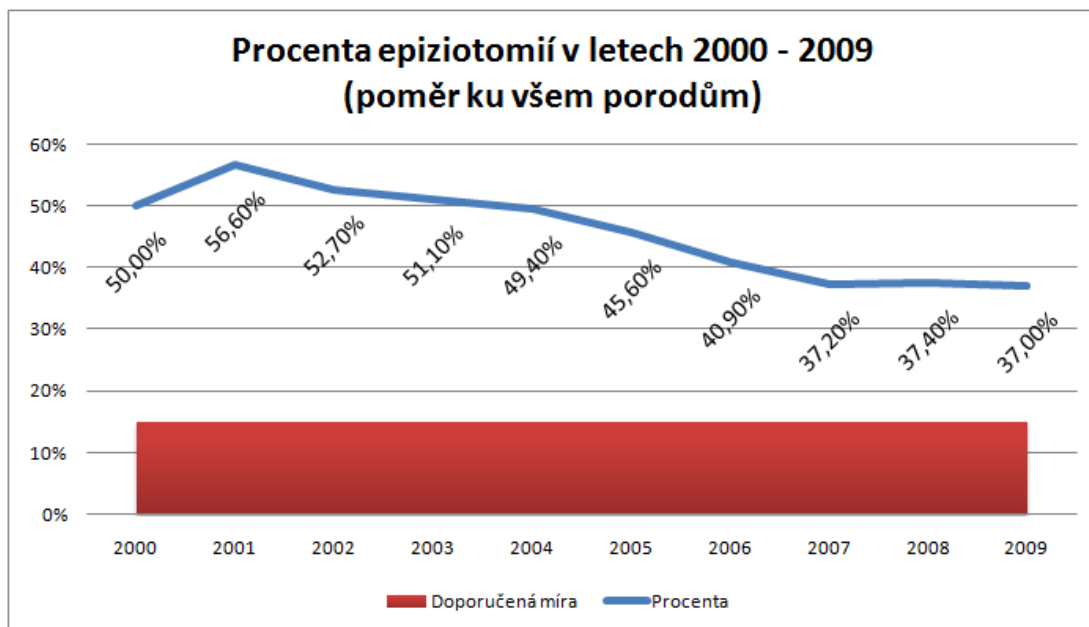
<http://voifimamica.blogspot.com/2011/05/epiziotomia.html>

Obrázek č.2



<http://www.prirozeny-porod.eu/vse-co-jste-nechteli-vedet-o-nastrihu-hraze/>

Obrázek č.3



<http://www.prirozeny-porod.eu/vse-co-jste-nechteli-vedet-o-nastrihu-hraze/>