



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Zuzana Kovaříková

**Ošetrovatelská péče o pacientku po
operačním řešení stresové inkontinence**

*Postoperative Care of Patient after Urinary
Incontinence Surgery*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Autor práce:

Zuzana Kovaříková

Studijní program:

Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor:

Zdravotní vědy

Vedoucí práce:

PhDr. Pavla Pavlíková

Pracoviště vedoucího práce:

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK v Praze

Odborný konzultant:

as. MUDr. Jiří Popelka

Pracoviště odborného konzultanta:

Gynekologicko – porodnická klinika FNKV v Praze

Datum a rok obhajoby:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne:

Zuzana Kovaříková

podpis:

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce, PhDr. Pavle Pavlíkové z Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze, odbornému konzultantovi, as. MUDr. Jiřímu Popelkovi z gynekologicko – porodnické kliniky FN Královské Vinohrady a v neposlední řadě kolektivu lékařů a sester gynekologicko – porodnické kliniky, kde jsem bakalářskou práci zpracovávala.

	Strana
1 ÚVOD.....	6
2 Klinická část	8
2.1 Anatomicko – fyziologický úvod	8
2.1.1 Anatomie	8
2.1.2 Vyprazdňování moče	10
2.2 Charakteristika onemocnění	11
2.3 Patofyziologie inkontinence	14
2.3.1 Patofyziologie stresové inkontinence	14
2.3.2 Patofyziologie urgentní inkontinence	15
2.4 Diagnostické možnosti	15
2.4.1 Anamnéza	15
2.4.2 Fyzikální vyšetření	17
2.4.3 Klinické testy	17
2.4.4 Laboratorní metody	17
2.4.5 Urodynamické vyšetření.....	18
2.4.6 Zobrazovací metody	20
2.4.7 Plán urogynekologického vyšetření.....	21
2.5 Terapeutické možnosti.....	21
2.5.1 Konzervativní terapie	21
2.5.2 Chirurgická terapie	23
2.5.3 Prognóza terapie	25
2.6 Hodnocení kvality života.....	26
2.7 Základní údaje o nemocné	27
2.8 Údaje z lékařské anamnézy	27
2.9 Lékařská diagnóza	29
2.10 Přehled provedených vyšetření.....	29
2.11 Přehled terapie	31
2.12 Průběh hospitalizace	34
3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	36
3.1 Ošetřovatelský úvod	36

3.2	Ošetrovateľská anamnéza	36
3.3	Přehled ošetrovateľských diagnóz	44
3.4	Rozpracování plánu ošetrovateľské péče	45
3.5	Edukace pacientky	55
4	ZÁVĚR A PROGNÓZA	56
5	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY, INTERNETOVÉ ZDROJE	58
6	SEZNAM PŘÍLOH	60

1 ÚVOD

Pro zpracování své závěrečné bakalářské práce jsem si zvolila problematiku ošetrovatelské péče o pacientku po operačním řešení stresové inkontinence metodou páskové operace TVT – O. Motivací k volbě tématu pro mě byla zcela zásadní změna v operačních technikách, které se věnují chirurgické terapii diagnózy stresové inkontinence. Změny v těchto operačních technikách jsem mohla sama zaznamenat vzhledem k tomu, že na Gynekologicko – porodnické klinice FN Královské Vinohrady pracuji již od 1994.

Močová inkontinence není vlastně onemocnění v pravém slova smyslu, ale jedná se spíše o příznak nebo následek určité anatomické nebo funkční poruchy urogenitálního traktu. Snad právě proto je tento problém málo sdělovaný a diagnostikovaný. Vzhledem k tomu, že stresovou inkontinencí dle WHO trpí přibližně 5 - 8 % obyvatelstva, jedná se o problematiku nezanedbatelně rozšířenou. Inkontinence moči se vyskytuje častěji u žen než u mužů. Nejčastěji se jedná o typ stresové inkontinence, která hendikepuje a má velmi negativní vliv na kvalitu života milionů žen na celém světě bez ohledu na jejich věk. V průběhu mé profesní ošetrovatelské praxe je zřejmé, že stresová inkontinence trápí ženy čím dál mladší věkové populace. Dotazníkové studie ukazují, že zkušenost s inkontinencí má až 51% jinak zdravých žen a u 16 % jsou tyto potíže zhodnoceny jako velmi závažné. (6, 10)

Z historického hlediska byla v minulosti stresová inkontinence zpravidla řešena kolposuspenzí sec. Burch. Operantky byly zatěžovány delší dobou hospitalizace, která souvisela, mimo ostatní provázející potíže, s velkým operačním řezem a invazivními vstupy, zavedenou epicystostomií. V návaznosti byla také nutná delší doba rekonvalescence.

Porovnáme-li klasickou metodu, která byla nazývána "zlatým standardem" v 90. letech s novými minimálními moderními metodami, je zřejmé, že porovnáváme nesrovnatelné. Z mnoha nesporných výhod, které významně upřednostňují volbu páskových operačních metod je minimální zatížení pacientky a krátká celková doba operačního výkonu. V neposlední řadě je rozhodujícím faktem také kosmetický efekt. Příznivé zhodnocení ekonomické náročnosti celé

chirurgické léčby znamená kratší dobu hospitalizace a ve zkrácené délce následnou pracovní neschopnost. Ekonomická náročnost klasického operačního výkonu je plně vyvážena vstupní finanční investicí jakou představuje pořízení samotné propylenové pásky. S technickým rozvojem a vývojem moderních smyčkových, páskových operačních metod se stávají operační zákroky jednodušší, efektivnější, účinnější, bezpečnější s menší morbiditou. (18, 23)

Stěžejním dnem je den samotného operačního výkonu. V bezprostředně následujícím pooperačním období může nastat mnoho situací, které mohou vážně poškodit zdraví pacientky a výsledný efekt operačního výkonu samotného. Zvolená operační technika metodou TVT – O je vítaná vzhledem ke krátkodobé hospitalizaci a následné zkrácené době rekonvalescence. Další dny rekonvalescence, jsou pro pacientky ze zdravotního hlediska minimálně zatěžující. Zkrácení doby operačního výkonu jako takového dává šanci podstoupit ho i pacientkám, jejichž věk řadíme do období senia, nebo jejichž zdravotní kondice není příznivě nakloněna velkým operacím. Tyto ženy byly v minulosti odsouzeny k doživotnímu používání inkontinenčních pomůcek.

Zvolené téma případové studie má být ukázkou, jak s dobrým výsledným efektem při minimálním zatížení pacientky lze chirurgicky léčit stresovou inkontinenci moderní páskovou metodou a co v praxi znamená a obnáší následná pooperační ošetrovatelská péče.

2 KLINICKÁ ČÁST

2.1 Anatomicko – fyziologický úvod

2.1.1 Anatomie

Močový měchýř (vesica urinaria)

Močový měchýř je uložen v malé pánvi za symfýzou (viz příloha č. 4). Jedná se o dutý orgán, plnící dvojí funkci - shromažďuje moč při nízkém napětí své stěny a naopak za mikce se kontrahuje a moč aktivně vypuzuje. Stěna močového měchýře je tvořena sliznicí s epitelem přechodného typu, svalovinou a tenkou vrstvou adventicie. Kraniální část je kryta viscerálním peritoneem.

Část obklopující proximální uretru se nazývá hrdlo močového měchýře.

Svalovina (detruzor - musculus detrusor vesicae urinae) je tvořena různě orientovanými snopci buněk hladkých svalů, které jsou vzájemně propletené a jejich zevní vrstva je uspořádána longitudiálně. Svalová vlákna střední vrstvy jsou orientována šikmo a cirkulárně. Vnitřní vrstva je longitudiální a její kaudální část utváří smyčku, která je postavena v opozici ke smyčce zevní vrstvy. Svalovina je inervována parasympatickým systémem cestou nervi splanchnici, jejichž centrální synapse jsou uloženy v míšních segmentech S2 - S4.

Trigonum (trigonum vesicae urinae) je semirigidní struktura trojúhelníkového tvaru ohraničená oběma ústí močovodů a vnitřním ústí močové trubice. Inervuje ho sympatikus v oblasti Th11, Th12, L1 a L2 cestou plexus hypogastricus superior (nervus praesacralis). (4,6)

Ženská močová trubice (urethra femina)

Urethra představuje asi 30 - 50 mm dlouhý a 6 mm široký dutý trubicovitý orgán, která svým vnitřním ústím začíná v úrovni středu symfýzy a vede dopředu dolů, kde je pevně spojena s přední poševní stěnou (viz příloha č. 4).

V horních dvou třetinách je tvořena epitelem přechodného typu a v dolní třetině přechází v nerohovějící vícevrstevný dlaždicový epitel. Submukóza, bohatá na cévy, je pojivová tkáň, která se nachází mezi výstelkou a vrstvou hladké

svaloviny. Hladkou svalovinu uretry, tvoří zevní tenké cirkulární a vnitřní tlustší longitudiální vrstvy. Je inervována parasympatickým nervovým systémem.

20 – 80% své délky ve střední části uretru obkružuje příčně pruhovaný sval – musculus sphinkter urethrae externus. Hlavní úloha příčně pruhovaných svalových vláken v okolí uretry spočívá v okamžité kontrakci při zvýšení intraabdominálního tlaku. (4, 6)

Pochva (vagina)

Jako orgán těsně sousedící s dolním močovým ústrojím má pro léčbu a diagnostiku močové inkontinence mimořádný význam (viz příloha č. 4).

Pochva je fibromuskulární tubicovitý orgán, který vede od cervixu dělohy k introitu. Sliznici tvoří nerohovějící mnohvrstevný epitel. Další funkční vrstvou je hladká svalovina. Adventicie je variabilně utvořená tenká vrstva řídké pojivové tkáně vmezežené mezi svalovou vrstvou pochvy a okolní orgány.

Závěs pochvy může být rozlišen do tří úrovní:

- První etáž (level I)

Ve své kraniální části je pochva ukotvena dlouhými vlákny parakolpií ke stěně pánve. Místo úponu parakolpií je tvořeno zesílením fascie musculus obturatorius internus a tuto strukturu nazýváme arcus tendineus fasciae pelvis. Tato struktura je významná pro orientaci operátora při chirurgických výkonech v malé pánvi. Porucha závěsu - defekt v první etáži se projevuje cystokélou.

- Druhá etáž (level II)

Pochva je bližší stěně pánve, má motýlovitý průřez, její parakolpium je kratší a více zahuštěné. Přední křídla průřezu jsou fixována přímo k musculus levator ani a k arcus tendineus fasciae pelvis. Zadní křídla jsou krátkými vazy rektovaginální fascie spojeny s musculus levator ani a rectem. Močová trubice je pevně spojena s předním listem pochvy. Porucha závěsu druhé etáže vede k nedostatečné podpoře uretrovezikální junkce a její hypermobilitě. Většina závěsných operací elevuje nebo podporuje právě tuto etáž. Defekt vazů zadních rohů se projeví vznikem rectokély.

- Třetí etáž (levator III)

Distální část pochvy je přímo spojena s okolními orgány. Přední stěna pochvy pevně fixuje uretru, dorzálně pak perineum. Kraniálně od hymenálního prstence je pochva podporována pevným spojením s perineální membránou, která se za ní spojuje v centrum tendineum perinei. Při defektu tohoto centra dochází ke vzniku rectokély a poruše kontinence stolice. (6)

Pánevní dno (diaphragma pelvis)

Pánevní dno je složeno z pánevních svalů. Členíme je na musculus levator ani, musculus pubococcygeus a musculus iliococcygeus. Dále mezi rameny stydké kosti se napíná diaphragma urogenitale - perineální membrána, diaphragma perineale, musculus transversus perinei profundus. Pánevní dno obsahuje množství složitých speciálních struktur, jež mají funkci fixátorů a úponů. (4, 6)

2.1.2 Vyprazdňování moče

Normální ovládnutí močového měchýře je naučený fenomén, vyžadující normální anatomii a intaktní nervové dráhy.

Senzorická informace o plnění močového měchýře je přenášena pelvickým nervem přes dorsální ganglia do sakrální míchy a pak do kaudální PAG (periaqueaductal grey - periaqueductální šedá hmota mozková). Centrum mikce je uloženo v pontu.

Mikce je za fyziologických okolností volně iniciována, ovládána a je možné ji přerušit. K nucení na moč dochází po naplnění měchýře asi na 300 cm³. V normálních podmínkách moč odtéká v okamžiku, převyšeli intravesikální tlak maximální tlak intrauretrální, nebo když maximální uzávěrový tlak uretrální je menší nebo nulový. Močení nastane pouze v případě, pokud je vhodná situace, kterou vyhodnocují limbické struktury mozkové kůry. Vypuzování a shromažďování moči je zajištěno vzájemnou souhrou několika důležitých faktorů, které rozhodujícím způsobem ovlivňují kontinenci.

Mezi složky mechanismu kontinence patří:

- *poddajnost stěny močového měchýře*

Kapacita močového měchýře je dána tažností jeho stěny a jejími pasivními vlastnostmi. Síla potřebná k rozepětí stěny močového měchýře se při stejném objemu časem zmenšuje.

- *kontrola vyprazdňovacího reflexu*

Ta je podmíněna intaktními kortikálními centry v čelních lalocích ve spojení s thalamem, limbickým systémem, mozečkem a periferií.

Dalším faktorem podmiňujícím kontinenci moči je schopnost transmise - převod změn intraabdominálního tlaku na horní třetinu uretry. Polohu uretry mimo jiné zajišťuje i pubouretrální vazivo a neporušené pánevní dno.

Shrneme-li všechny výše zmiňované poznatky, lze konstatovat, že dolní močové cesty, myšleno tím močový měchýř a uretra představují funkční jednotku, která pracuje jako jeden celek. Každý má dvojí funkci: močový měchýř moč shromažďuje a vyprazdňuje, močová trubice řídí odvod moči a odvádí moč z organismu. Shromažďování moči v ideálním případě probíhá při zachování nízkého tlaku v močovém měchýři pro zachování kontinence a pro ochranu ledvin. Vyprazdňování má být volní, v příhodném čase a místě. (2, 6)

2.2 Charakteristika onemocnění

Definice inkontinence

Močová inkontinence je definována jako nechtěný únik moči, který je objektivně prokazatelný a je sociálním a hygienickým problémem.

Dle poslední definice ICS (International Continence Society) je únik moče definován jako stížnost na každý vůlí neovladatelný únik moče.

Termínem inkontinence moči se označuje: příznak – symptom, projev – sign, stav – condition. (11)

Incidence

Incidence inkontinence moči u žen je vysoká. Zpravidla se v odborných pramenech uvádí, že každá druhá žena má během života potíže s udržením moči.

Odhaduje se, že 30 - 50% udává občasný únik moči.

Asi polovinu všech forem inkontinence představuje typ stresové inkontinence. Ve 20% se vyskytuje stresová inkontinence v kombinaci s urgentní a 30% je zastoupena čistá urgentní inkontinence.

S přibývajícím věkem se incidence zvyšuje.

Halaška cituje: „že Hampel ve své souhrnné literární studii přináší také zajímavé poznatky o etnických rozdílech v incidenci inkontinence a jejich etiologii: černošky oproti indickým ženám mají vyšší pozici hrdla močového měchýře, delší uretru (4,1 cm), nižší compliance a větší kontrakční schopnost svalů pánevního dna, a tudíž i méně inklinují k inkontinenci moči.“ (6, s. 6)

Etiologie

Vzhledem k širokému spektru příčin inkontinence je její dělení možné z několika hledisek. Kromě extrauretrální inkontinence je hlavním předmětem zájmu skupina funkčních poruch. Ty jsou charakterizovány změnou tlakového gradientu močový měchýř - uretra na základě nedostatečnosti uzávěrového systému močové trubice nebo abnormální aktivity svalstva stěny močového měchýře.

Možnou příčinou vzniku inkontinence se jeví méněcennost svalů a fascií pánevního dna po porodech nebo po dlouhém permanentním přetěžování. Další příčinou mohou být neurohumorální poruchy v oblasti močového měchýře a močové trubice, které se obvykle dostavují po menopauze. (2, 6)

Klasifikace inkontinence

Vzhledem k širokému spektru příčin inkontinence uvádím pouze základní dělení.

- ***extrauretrální inkontinence***

Rozlišujeme vrozený a získaný typ.

Vrozená

Příčinou jsou většinou vrozené vady, například extrofie nebo ektopický ureter.

Získaná

Sem patří píštěle (ureterální, vezikální, uretrální).

- ***uretrální inkontinence***

Zde jsou řazeny typy urgentní, reflexní, overflow, stresové a smíšené inkontinence.

Urgentní

Definována jako nechtěný únik moči při imperativním nucení k mikci.

Rozlišujeme dva typy: idiopatickou nebo neurogenní.

Podle přítomnosti svalové kontrakce v cystometrickém záznamu:

motorickou urgentní inkontinenci - nestabilní detruzor

senzorickou urgentní inkontinenci - hypersenzitivita (mikční reflex je vyvolán zesílenými aferentními impulzy)

Reflexní

Je projevem zvýšené aktivity spinálního mikčního reflexu netlumeného z CNS.

Pacientka ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu, který pak probíhá nekontrolovaně přes periferní mikční centrum v sakrální míše. Mikce nastává bez předchozího pocitu nucení na močení.

Overflow (přepadová, přetlaková)

Akutní nebo chronická. Jedná se o retenci v důsledku striktury nebo neuropatie.

Moč odtéká mimovolně z přeplněného močového měchýře (ischuria paradoxa).

Stresová, pravá neboli genuinní

Označována jako inkompetence uretry. Jde o pasivní, mimovolní únik moči uretrou jako následek zvýšeného intraabdominálního tlaku, který vzniká

v důsledku insuficience uzávěrového mechanismu.

Smíšená

Zde řadíme kombinace inkontinence urgentní a stresové. (2, 6, 11)

Posouzení stupně závažnosti

Dělení inkontinence dle stupně závažnosti má stále určitý význam. Existuje několik návrhů k tomuto posuzování, např. dle návrhu Ingelmana - Sundberga, který rozlišuje tři stupně dle úniku moči při pohybu a námaze, v sedě a vleže.

Pro praxi je nejvíce využíván návrh Blaivase:

typ 0 - anamnéza stresové inkontinence, únik při urodynamickém vyšetření neprokázán, vezikalizace uretry v klidu ne, při stresu ano.

typ I - zjevný únik moči při stresu, vezikalizace uretry v klidu ne.

typ II - zjevný únik moči při stresu, vezikalizace uretry v klidu ne, za stresu ano

typ III - únik moči i bez stresu, stálá vezikalizace uretry (6)

2.3 Patofyziologie inkontinence

V následujícím textu stručně představím dva nejčastěji se vyskytující typy inkontinence, a to inkontinenci stresovou a inkontinenci urgentní.

2.3.1 Patofyziologie stresové inkontinence

Ve zjednodušeném modelu lze rozdělit vznik stresové inkontinence dvěma způsoby :

- hrdlo močového měchýře a proximální uretra zachovává svou bazální vlastnost sfinkteru. Za klidových okolností je uretrální tlak vyšší než intravesikální. Epizoda inkontinence vzniká při změně tlakového gradientu v souvislosti s náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku. Nestejná transmise intraabdominálního tlaku je důsledkem intraabdominální repozice junkce (= ztráty správné polohy, mění se zadní uretrovesikální úhel). Tento typ inkontinence je vhodný k operačnímu řešení.

- ztráta schopnosti (inkompetence) uretry jako sfinkteru. Charakterizuje jí nízký klidový uretrální tlak. Je typická pro posttraumatické stavy po opakovaných operacích pro inkontinenci. V této souvislosti je uretra rigidní, fibrotická a deformovaná. Mechanické změny a poranění vedou k descenzu uretrovezikální junkce, zhorší tak transmissi zvýšení abdominálního tlaku na uretru, což má za následek vznik epizody inkontinence. (6)

2.3.2 Patofyziologie urgentní inkontinence

Charakteristickým znakem pro urgentní inkontinenci nebo nestabilní močový měchýř, je spontánní nebo vyprovokovaná kontrakce močového měchýře během plnicí fáze, provázená imperativním nucením k mikci, kterou nemůže pacientka potlačit. Na vině bývá zpravidla ztráta volní kontroly detruzorového reflexu.

Tento typ inkontinence může být způsoben nadměrnými senzoryckými impulzy z receptorů ve stěně močového měchýře, nebo nedostatečnou inhibicí mikčního reflexu. Dochází k hyperaktivitě svaloviny detruzoru na podkladě patologie nervové inervace nebo patologie mozkových struktur lokalizovaných vpředu od pontu. (6)

2.4 Diagnostické možnosti

Diagnostika močové inkontinence musí být komplexní a vyžaduje důkladné vyšetření.

2.4.1 Anamnéza

Sama pacientka, nebývá vždy spolehlivým zdrojem anamnestických údajů, ať již vzhledem k tendenci minimalizovat své potíže nebo naopak je agravovat. Přestože anamnéza sama o sobě nemůže bez pomocných vyšetřovacích metod určit konečnou diagnózu, zůstává nedílnou součástí vyšetřovacího procesu a může velmi často pomoci v orientaci o typu inkontinence a následném terapeutickém postupu.

Obecná anamnéza obsahuje informace o abúzu, rodinnou anamnézu, osobní, podrobnou gynekologicko – porodnickou anamnézu, farmakologickou a sociální statut.

Anamnéza specificky zaměřená v urogynekologické ordinaci zjišťuje typ inkontinence, vážnost inkontinence moči, zvyky pacientky, jiné močové příznaky, pitný režim, chronickou medikaci, příznaky způsobené jinými orgány, pracovní anamnézu a v neposlední řadě je v popředí našeho zájmu i vliv inkontinence na kvalitu života pacientky. K usnadnění sběru dat potíží byly vytvořeny standardizované dotazníky, například Gaudenz – Cardozzová, viz příloha č. 2. Další pomůckou je mikční deník (viz příloha č. 10), který nás kromě příjmu a výdeje tekutin během 24 hod. informuje o dalších událostech v souvislosti s močením případně únikem moči.

"Správně odebranou anamnézu tvoří kompaktní soubor cílených otázek zaměřených na symptomy, které se v daném oboru vyskytují nejčastěji". (6, s. 23)

Příznaky provázející poruchu kontinence moči lze rozdělit do dvou hlavních skupin: příznaky poruchy shromažďování moči a příznaky poruchy vylučování moči.

Příznaky poruchy shromažďování moči:

zvýšená nebo naopak snížená frekvence mikce

nykturie

urgence

polakisurie

inkontinence moči (urgentní, stresová, smíšená, ischuria paradoxa, reflexní, enuresis nocturna, koitální, post-void dribbling, giggle incontinence)

Příznaky poruchy vylučování moči:

retardace startu mikce

napínání

pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře

terminal dribbling

slabý proud moči

dysurie

hematurie (6)

2.4.2 Fyzikální vyšetření

Spolu s podrobným celkovým vyšetřením se provádí i gynekologické vyšetření.

Aspekce - kromě jiného se hodnotí výška hráze, jizvy po epiziotomii, rozpoznávají se případné patologické stavy, hodnotí se zevní ústí a okolí uretry.

Vyšetření v zrcadlech - mimo běžných patologických jevů se zaměřuje na přítomnost moči v pochvě, stav poševní sliznice, sestup děložního čípku nebo poševních stěn, případné defekty a kvalitu závěsného aparátu.

Palpace - posoudí se velikost, pohyblivost a descensus dělohy, únik moči a vyloučí patologické stavy (rezistence).

Vyšetřuje se v klidu a po zatlačení. (6, 17)

2.4.3 Klinické testy

Pad - weighing test - vážením inkontinenčních vložek se měří uniklé množství moči. Rozlišují se dvě hlavní skupiny těchto testů:

kvantitativní - s časovým schématem a bez pevného časového schématu

kvalitativní - pomocí fenazopyridinového barviva se hodnotí stupeň zbarvení vložky

Marshallův - Bonneyho test - stanoví pravděpodobnost vyléčení stresové inkontinence chirurgickou intervencí. Vyšetření se provádí při kašli.

Q - tip test - orientační posouzení uretry a mobility uretrovezikální junkce. Neumožňuje stanovení diagnózy.

Stres - test - hodnocení úniku moči při kašli.

Mikční deník - nikdy nenahradí urodynamickou studii, nicméně ji může výrazně doplnit, viz příloha č. 10. (2, 6)

2.4.4 Laboratorní metody

Následující vyšetření jsou zpravidla prováděna gynekologem, který doporučuje urogynekologické vyšetření. Pacientka si do specializované ambulance přináší

výsledky:

biochemické vyšetření moči, mikroskopické vyšetření močového sedimentu

bakteriologické vyšetření moči

mikrobní obraz poševní

speciální kultivační vyšetření pochvy (chlamydie, gardnerelly)

cytologické vyšetření hrdla děložního

hematologická vyšetření (2,17)

2.4.5 Urodynamické vyšetření

Urodynamické vyšetření je funkční studie. Jeho provedení je z materiálního hlediska podmíněno vybavením ordinace urodynamickou jednotkou a speciálními vyšetřovacími vícecestnými katétry.

Na podkladě tohoto vyšetření, lze stanovit správnou diferenciální diagnózu (typ inkontinence) a strategii následné terapie. Pomáhá při vyhodnocení funkce močového měcháře a močové trubice.

Mezi základní urodynamické vyšetření patří plnicí cystometrie, měření uretrálního tlaku, profilometrie, uroflowmetrie a leak point pressure.

Dalším urodynamickým vyšetřením jsou manometricko - průtoková studie, měření uretrální elektrické vodivosti, elektromyografie a sfinkteromanometrie. (6, 16, 17)

Plnicí cystometrie

Cystometrie v klinickém významu je metoda kvalitativní a kvantitativní analýzy funkce detruzoru. Informuje o elasticitě stěny močového měchýře, kontrakčních schopnostech detruzoru a jeho inervaci. Z hlediska funkční diagnostiky má zásadní význam, a proto je považována za nejdůležitější urodynamickou metodu.

Registruje tedy poměr změny tlaku v závislosti na změně objemu močového měchýře během jeho plnění standardním způsobem. Zároveň jsou v časové ose hodnoceny subjektivní pocity pacientky spojené s plněním močového měchýře. Záznam nazýváme cystometrogram.

Vyšetření se provádí v supinační poloze vleže na zádech transuretrálním

katétrem za kontinuální rychlosti mezi 25 - 100 ml/min. Plnění močového měchýře je sterilním plnicím médiem ohřátým na tělesnou teplotu, jejíž hodnota je rovněž zaznamenána v konečném cystometrogramu. Teplota média může být chladnější. Médium samotné, může být také plynné (CO₂). K detekci tlaku v zásadě rozeznáváme zevní, vnitřní a telemetrický typ snímače.

V úvodu cystometrie, před začátkem plnění, lze zhodnotit močové reziduum vycévkováním. Dále hodnotíme první nucení, maximální kapacitu, complianci a kontrakci detruzoru po vyvolání stresovými manévry.

Patologické zvýšení motorické aktivity detruzoru svědčí o urgentním typu inkontinence.

Uretrální tlak a profilometrie

Poskytuje informaci ke stanovení kompetence uretry.

Vyšetření se provádí měřením intraluminálního tlaku v uretře buď v jednom bodě po určenou dobu, nebo v několika bodech po celé délce v klidu, při stresových manévrech a během mikce. V praxi je užíván trojcestný katétr, který umožňuje tři funkce - konstantní perfúzi, měření uretrálního tlaku a měření intravesikálního tlaku. Během profilometrie je katétr vytahován konstantní rychlostí (optimální rychlost je 7mm/s, u stresového profilu 1mm/s).

Při vyšetření stresového profilu je během zpětného pohybu katétru pacientka vyzvána ke stresovému manévru. Pokud intravesikální tlak převyší tlak intrauretrální dochází k inkontinenci a je potvrzena diagnóza stresové inkontinence.

Uroflowmetrie

Základní neinvazivní urodynamická metoda v detekci poruch mikce. Představuje měření močového proudu. Její nezbytnou součástí je měření močového rezidua.

Uroflowmetr se skládá ze snímače a záznamového zařízení, je umístěn ve speciálně upravené toaletní míse. Záznamem je uroflowmetrogram. Křivka znázorňuje rychlost protékající moči v čase. Močový proud závisí na intravesikálním tlaku a odporu. Flow závisí na věku, pohlaví, náplni močového měchýře, mikčnickému objemu, postmikčnickému reziduu a na paritě. Močový průtok

klesá jako součást normálního procesu stárnutí. Diagnostický význam uroflowmetrie spočívá v možnosti potvrzení infravesikální obstrukce.

Dle doporučení ICS je uroflowmetrie doporučována ke screeningové diagnostice efektu terapie.

Leak point pressure (LPP)

Měření tlaku v uretře, při kterém dochází k úniku moči. Provádí se zpravidla během urodynamického vyšetření intrauretrálním katétrem. Vyšetření se zpravidla provádí v supinační poloze vleže na zádech.

Rozlišuje se:

detruzorový LPP- zvýšení tlaku v močovém měchýři, při kterém dochází k úniku moči, bez současného zvýšeného abdominálního tlaku.

abdominální LPP - únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku bez současné kontrakce detruzoru.

Zásadní význam této metody spočívá v odlišení insuficience vnitřního svěrače uretry od čisté stresové inkontinence. (6, 16)

2.4.6 Zobrazovací metody

Mezi zobrazovací metody lze zařadit:

nativní rentgenové vyšetření

intravenózní vylučovací urografie

cystouretrografie

cystouretroskopie

videourodynamické vyšetření

magnetická rezonance

ultrazvukové vyšetření – neinvazivní vyšetření s nízkými náklady, které má nezastupitelný význam pro rychlé posouzení stavu a polohy uretrovezikální junkce, poskytující velké množství informací o struktuře a funkci pánevního dna. K vyšetření se používá perineální konvexní sonda a introitální vaginální sonda. (2, 6)

2.4.7 Plán urogynekologického vyšetření

K diagnostice inkontinence je důležitá posloupnost jednotlivých vyšetření v urogynekologické ambulanci dle následujícího schématu:

1. návštěva

- sanace moči, sanace pochvy
- anamnéza, Gaudenz dotazník
- celkové vyšetření, neurologický status
- gynekologické vyšetření
- klinické testy
- ultrazvukové vyšetření

2. návštěva

- reziduum
- základní urodynamické vyšetření
- pad – weight test
- zhodnocení nálezů, pohovor s pacientkou
- doporučení terapie (2)

2.5 Terapeutické možnosti

Základním prvním opatřením, společným pro všechny typy inkontinence před následným léčením je **sanace infekce**, ta se pro některé případy může stát také léčbou kauzální.

Bazálními terapeutickými možnostmi jsou konzervativní terapie a chirurgická terapie. (2, 6)

2.5.1 Konzervativní terapie

Možnosti konzervativní terapie stresové inkontinence

- *gymnastika svalů pánevního dna*

Cílem je posílení svalstva. Cvičení lze doporučit u méně závažné stresové inkontinence, ženám bez výrazného anatomického defektu v oblasti malé pánve. Předpokladem je intaktní poloha podpurných pánevních struktur - kostí, vazů

a závěsného aparátu pochvy. Cvičení je doporučováno jako prevence vzniku inkontinence, například po porodech i když předpoklad, že těhotenství a porod per vias naturales jako rizikový faktor vzniku stresové inkontinence nebyl dosud přesvědčivě potvrzen. Lepších výsledků je dosahováno při cvičení pod vedením odborného instruktora. Nejefektivnější z modelů gymnastiky pánevního dna jsou metody vycházející z Kegelova cvičení, viz příloha č. 11.

- *intravaginální pomůcky - kónusy, kolpexin, viz příloha č. 3.*

- *elektrostimulace*

Nejvhodnější je frekvence kolem 50 Hz. Efekt je způsoben hlavně kontrakcí příčně pruhovaného svalstva dna pánevního. Indikací může být mírný až střední stupeň stresové inkontinence bez výrazných změn anatomie malé pánve.

- *farmakoterapie*

podávání periferních selektivních α – sympatomimetik, estrogeny lokálně - u žen po menopauze

- *balneoterapie*

- *vaginální pesary*

Velmi stará metoda, v současnosti využívána jen jako přechodné opatření. Definitivní použití je pouze paliativního charakteru.

- *změna životního stylu*

redukce hmotnosti (BMI 30), omezení nadměrné fyzické zátěže, korekce příjmu tekutin.

Možnosti konzervativní terapie urgentní inkontinence

- *biofeedback*

Technika spočívá v opakovaném plnění a vyprazdňování močového měchýře po napojení na urodynamickou jednotku. Cílem je vytvoření reflexní reakce vedoucí k posílení uzavírací funkce uretry. Komplikovaná metoda, pro dostupnost v praxi není plošně užívána.

- *elektrostimulace*

Vhodná frekvence je kolem 10 Hz

- *behaviorální léčba*
Trénink močového měchýře. Neinvazivní léčba s minimálními náklady. Je vhodné tuto léčbu doporučit již při pouhém podezření na nestabilitu detruzoru bez předchozího urodynamického vyšetření.
- *psychoterapie*
U anxiózních a depresivních pacientek.
- *farmakoterapie*
Podávání β – sympatomimetik, spasmolytik, tricyklických antidepresiv. Estrogenní lokální terapie u žen po menopauze.
- *laser*
Dobré výsledky jsou při použití nízkovýkonných biostimulačních helium - neonových laserových přístrojů. Metoda spočívá v aplikaci laserových paprsků přes přední stěnu poševní do oblasti trigona močového měchýře.
- *balneoterapie*

2.5.2 Chirurgická terapie

Indikacemi k chirurgické terapii inkontinence je stresová inkontinence a smíšená inkontinence (urgentního a stresového typu). Jediným pokusem o ovlivnění urgentní inkontinence je distenze močového měchýře v celkové narkóze porušením nervových zakončení ve stěně močového měchýře.

Největší naději na úspěch má vždy první operace.

Všeobecně je kontinence dosažena zajištěním polohy uretry proti poklesu při zvýšení nitrobršního tlaku.

Používané výkony lze rozdělit do 4 skupin:

- kolpopexie
- přední poševní plastika
- jehlová suspenze
- smyčka (6, s. 109)

Volba operační metody

Pro zjednodušení s ohledem na praktický postup lze postupovat podle daného kompromisního schématu:

- *první operace*

chybějící až střední descenzus - kolpopexis sec. Burch, TVT

velký descenzus - plastiky poševní (výjimečně)

výrazná obezita - dříve urethropexis sec. Stamey, nyní TVT

- *reoperace*

s descenzem - kolpopexis sec. Burch-Stanton, TVT

bez descenzu stěn - kolpopexis sec. Burch, TVT

bez descenzu uretry – smyčka, tzv. sling (6)

Páskové metody

Tyto techniky, vzhledem k celkově krátké době operačního výkonu jako takového a možností lokální anestézie, umožňují podstoupit chirurgickou léčbu také pacientkám, které jsou z interního hlediska chápány jako vysoce rizikové a z tohoto důvodu operačního výkonu většího rozsahu neschopné.

Další nespornou výhodou je krátká doba hospitalizace a následná pooperační rekonvalescence včetně výrazného zkrácení doby pracovní neschopnosti.

Bezesporu nezanedbatelným kritériem se stává kladné hodnocení kosmetického efektu, kdy po výkonu zůstávají minimální jizvy na skrytých místech.

TVT (Tension free Vaginal Tape)

TVT techniku představuje tahuprostá volná vaginální páska (detail viz příloha č. 8). Zvolený postup byl publikován v roce 1996 a znamenal revoluci v přístupu k léčbě ženské stresové inkontinence.

Jedná se o jednoduchou miniinvazivní metodu s vysokou efektivitou. Jde o beztahové založení pásky pod distální uretru (viz příloha č. 5). Princip TVT spočívá v rekonstrukci pubouretrálních ligament a ve zpevnění pření stěny poševní. Ta pak vytváří kompresní moment vůči uretře během zvýšení intraabdominálního tlaku a sekundárně vede ke kontinenci. V místním znecitlivění

(spinální anestezii), je z krátké kolpotomie v úrovni distální uretry parauretrálně oboustrannou disekcí vytvořen prostor pro založení nevstřebatelné pásky z propylenu. Páska je trokarem protažena kolem zadního okraje symfýzy. Bezpečnou vzdáleností pro vyvedení jehly je vzdálenost 3cm od středu spony stydké. Vzhledem k mimořádné adhezivitě členitého profilu pásky není potřebná její suprapubická fixace a po vytažení plastického chrániče, není již úprava polohy pásky prakticky možná.

Páska po určité době vrostle do tkáně. Operační výkon je ukončen suturou poševní stěny a kůže. Celá operace trvá 20 - 40 min.

V roce 2006 byla publikována úspěšnost této metody až 93%. (1, 6, 7, 13, 15, 18)

TVT - O (Tension free Vaginal Tape - Outside, Transobturator tape)

Metoda, která byla poprvé představena v roce 2001, znamenala významný evoluční krok ve zdokonalení páskových operací. Jedná se o modifikaci metody TVT, páska zůstává téměř identická, pouze její zavádění se liší. Při jejím zavádění proniká chirurg přes foramen obturatorium a podkládá uretru svým téměř horizontálním průběhem. Transobturatorní páska tedy spočívá v horizontálním uložení a její průběh více fyziologicky kopíruje svalstvo pánevního dna, vyvedena je kolem horního okraje ischiopubického ramu, tedy při dolním okraji obturatorní membrány. Páska opouští kožní kryt v genitofemorální rýze ve výši klitoridy, viz příloha č. 6. (1, 6, 18, 23)

TVT - Secure (minipáska)

Nejnovější modifikace TOT metody s výtečnou ergonomikou, která byla představena koncem roku 2003, viz. příloha č. 7. Narozdíl od TVT je litotomická poloha doplněna o flexi steh. Výsledkem je stejné finální umístění beztahové pásky pod distální uretrou. (23)

2.5.3 Prognóza terapie

Prognóza terapie stresové inkontinence záleží na správné diferenciální diagnostice, následném výběru léčebného postupu a případně na kvalitě provedeného operačního zákroku.

Chirurgická léčba stresové inkontinence je velmi příznivá.

Pro porovnání lze uvést procentuální úspěšnost jednotlivých typů operačních metod:

Poševní plastiky: 86% (hodnoceno v souboru 12 let)

Kolpopexis sec. Burch: u primárních výkonů – 84 - 91%, u reoperací – 78 - 86%

Jehlová uretropexe: Stamey uvádí 91%, nicméně dlouhodobá úspěšnost byla 43%

TVT metoda: úspěšnost až 93%

Klasická operativa 80. a 90. let je z velké části postupně nahrazována miniinvasivní uretropexí, která pokročila od retropubické pásky k pásce obturátorové a minipásce TVT - Secure. (6)

2.6 Hodnocení kvality života

Oblast posuzování kvality života je obvykle měřena pomocí strukturovaných dotazníků.

Stresové inkontinenci a její terapii je dnes celosvětově věnováno stále více pozornosti. Přestože tato diagnóza nevede ke zkrácení života ženy a není chorobou ve vlastním slova smyslu, nýbrž příznakem z mnoha příčin, má nezanedbatelný vliv na snížení kvality života, jež může zcela změnit. Jako jiná onemocnění má i svůj sociální rozměr a negativně ovlivňuje miliony žen na celém světě, které postihuje v celém spektru jejich populace. Rozdílně vyhodnotí situaci inkontinence pacientka v produktivním věku a pacientka, která tuto obtíž chápe jako samozřejmou součást procesu stárnutí. Nezanedbatelným je i fakt, kdy se mnoho žen o tomto problému stydí hovořit, protože se jedná o záležitost velice intimní. Mylně se domnívají, že se jedná o problém neřešitelný. Ženy, které trpí inkontinencí omezují své aktivity mimo domov, což má za následek sociální izolaci, se kterou souvisí i negativní dopad na psychiku ženy. Tento syndrom, i nadále, přes nesporné léčebné úspěchy posledních desetiletí, zcela jednoznačně zatěžuje ekonomickou, sociální, fyzickou a emoční pohodu pacientek.

Ke zlepšení kvality života přispívá větší informovanost o možnostech léčby, dostupnost ve výběru protetických a inkontinenčních prostředků, důsledná edukace a všestranná podpora. (10)

2.7 Základní údaje o nemocné

Jméno: I. F.

Oslovení: paní F.

Pohlaví: ženské

Datum narození: r. 1960, 48 let

Osoba kterou lze kontaktovat: manžel

Pojišťovna: 211 (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR)

Datum přijetí: 23.června 2008

Doba mého ošetřování: 23. června - 27. června 2008

2.8 Údaje z lékařské anamnézy

Rodinná anamnéza

Z rodičů žije pouze otec, který je zdravý.

Matka zemřela ve třiceti letech na aneurysma aorty.

Sourozence nemá.

Osobní anamnéza

Běžná dětská onemocnění, vážněji nestonala, glaukom nemá, léky žádné neužívá.

Vertebrogenní obtíže údajně po podání epidurální analgezie

Operace - APPE v r. 2001, transfúzi krve dosud nedostala.

Dietu žádnou nedrží, ani ji nebyla doporučena lékařem, nekouří, abúzus alkoholu a návykových látek neudává.

Gynekologická anamnéza

Menarché - ve 12 letech.

Menstruační cyklus pravidelný po 28 dnech.

Délka menstruačního krvácení - 7 dní.

Poslední menstruace - 6.6. 2008.

Počet těhotenství – 5.

Počet porodů - 2 (2x spontánně záhlavím).

Spontánní aborty - 1 (ve 12 týdnu gravidity).

UPT - 2x ze zdravotní indikace (1x mrtvý plod, 1x Edwardsův syndrom).

Gynekologické operace - konizace čípku děložního v r. 1999 v nemocnici Čáslav.

Hormonální antikoncepci neužívá.

Venerické onemocnění – neudává.

Alergická anamnéza

Biseptol - projevující se svědivým exantémem.

Sociálně – pracovní anamnéza

Vdaná, žije s manželem a dvěma nezaopatřenými dětmi, které ještě studují.

Všichni společně bydlí v rodinném domě.

Paní I. F. v současné době pracuje v zaměstnaneckém poměru v rodinné firmě jako účetní.

Nynější onemocnění

Pacientka pozoruje 3 - 4 roky obtíže s udržení moči.

Nyní poslední jeden rok zhoršení při skoku, zvednutí břemen nebo kýchnutí ve smyslu samovolného úniku moči.

2.9 Lékařská diagnóza

Pacientka byla přijata na gynekologicko – porodnickou kliniku FNKV k plánovanému operačnímu řešení metodou TVT – O s diagnózou stresové inkontinence II. stupně.

2.10 Přehled provedených vyšetření

Všechna potřebná předoperační vyšetření byly zhotoveny praktickou lékařkou a pacientka je dodala při příjmu.

- **Stav při přijetí (23.6. 2008)**

Váha: 80 kg

Výška: 179 cm

BMI: 24,97

Tepová frekvence: 76/minutu

Krevní tlak: 120/70 Torr

Tělesná teplota: 36,4°C

Během mého ošetřování byla provedena následující vyšetření:

- **Interní a anesteziologické vyšetření**

Závěr: Pacientka je schopná operačního výkonu v celkové anestézii s rizikem ASA II.

- **Měření fyziologických funkcí**

Tabulka č. 1 Fyziologické funkce (25.6. 2008)

VELIČINA	0. HODINA	1. HODINA	5. HODINA	12. HODINA
KREVNÍ TLAK [mm Hg]	130 / 80	125 / 80	120 / 70	115 / 70
PULS [min ⁻¹]	85	82	80	72
DECH [min ⁻¹]	10	16	12	16
SpO ₂ [%]	92	97	97	96
TEPLOTA [°C]	neměřeno	neměřeno	37,2	37,5

Ve dnech 26. – 27.6. 2008 byly kontrolně měřeny fyziologické funkce. Hodnoty se pohybovaly ve fyziologickém rozmezí bez významných výkyvů.

- ***Příjem a výdej tekutin***

Tabulka č. 2 Bilance tekutin

DATUM	PŘÍJEM	VÝDEJ
25.6. 2008 za 12h od příjmu ze sálu	Enterální 850 ml	Moč 1 300 ml
	Parenterální 1 000 ml	Stolice 0
CELKEM	1 850 ml	1 300 ml

- ***Laboratorní vyšetření krve***

Hematologické vyšetření ze dne 26.6. 2008

Tabulka č. 3 Hematologické vyšetření – krevní obraz

SLEDOVANÁ FRAKCE	HODNOTA	REFERENČNÍ ROZMEZÍ
Leukocyty (WBC)	12,4 x10 ⁹ /l	4 – 10 x10 ⁹ /l
Erytrocyty (ERY)	4,87 x10 ¹² /l	3,8 – 4,9 x10 ¹² /l
Hemoglobin (HGB)	138g/l	120 – 162g/l
Hematokrit (HCT)	42,1%	36 – 46%
Trombocyty (PLT)	200 x10 ⁹ /l	135 – 400 x10 ⁹ /l

Biochemické vyšetření krve ze dne 26.6. 2008

C – reaktivní protein (CRP) 32,6 mg/l referenční mez: 0,0 – 12,0 mg/l

2.11 Přehled terapie

- **Operační zákrok**

Operační výkon byl proveden 25.6. 2008. V celkové narkóze byla pomocí zavaděčů, z incizí po stranách velkých lábií a v poševní sliznici zavedena TVT – O páska. Incize byly kryty jednotlivými nevstřebatelnými stehy. Během operačního výkonu zaveden PMK Folley CH 16, po výkonu odchází čirá moč. Krevní ztráta byla minimální. Výkon proběhl bez komplikací v celkové délce 30 minut. Při úvodu do anestézie byla zavedena i. v. kanyla do levé horní končetiny v oblasti véna cephalica.

- **Premedikace**

Premedikace byla ordinována anesteziologem:

100 mg Dolsin

0,5 mg Atropin

Podána byla 30 minut před plánovaným operačním výkonem intramuskulárně.

- **Léky podávané i. v.**

Sodium chloride 0,9% W/V (Fyziologický roztok)

Generikum: natrii chloridum

Indikační skupina: infúzní terapie, elektrolyty

Dávkování: Po operačním výkonu 1x 500 ml

Doba podávání: 25.6. 2008

Hlavní nežádoucí účinky: Přímé nežádoucí účinky nejsou uváděny.

- **Léky podávané i. m.**

Dolsin 50 mg amp.

Generikum: pethidini hydrochloridum

Indikační skupina: analgetikum, anodynum, opioid

Dávkování: 100 mg

Doba podávání: 25.6. 2008 v 8 hod. v rámci premedikace

Hlavní nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, hypotenze, zácpa, ospalost, sucho v ústech, bradykardie, palpitace, ortostatická hypotenze. Riziko vzniku lékové závislosti.

Atropin 0,5 mg inj.

Generikum: atropini sulfas

Indikační skupina: parasymptolytikum

Dávkování: 0,5 mg

Doba podávání: 25.6. 2008 v 8 hod. v rámci premedikace

Hlavní nežádoucí účinky: útlum sekrece slinných žláz, mydriáza, zvýšení nitroočního tlaku, tachykardie, poruchy srdečního rytmu, retence moče, bolesti hlavy, obstipace.

Tralgit 100 mg amp.

Generikum: tramadoli hydrochloridum

Indikační skupina: analgetikum, anodynum

Dávkování: 100 mg

Doba podávání: 25.6. 2008 v 11 hodin

Hlavní nežádoucí účinky: únava a vertigo, nauzea, zvracení, sucho v ústech a pocení, sedace, ortostatická hypotenze, tachykardie, bolest hlavy, excitace, křeče, vyrážka. Při dlouhodobém podávání nelze vyloučit vývoj závislosti.

- **Léky podávané s. c.**

Clexane 0,4 ml inj.

Generikum: enoxaparinum narticum

Indikační skupina: antitrombotikum, antikoagulans

Dávkování: 0,4 ml

Doba podávání: 25.6. 2008 v 6,00 hod.

Hlavní nežádoucí účinky: hemorhagie, trombocytopenie, kožní i celkové alergické reakce.

- **Léky podávané per os**

Diazepam 5 mg tbl.

Generikum: diazepamum

Indikační skupina: anxiolytikum, sedativum, centrální myorelaxanc

Dávkování: 5 mg

Doba podávání: 24.6. 2008 ve 22,00 hod.

Hlavní nežádoucí účinky: neuropsychické poruchy.

- **Dietoterapie**

Po celou dobu hospitalizace mimo předoperační přípravu, nebylo nutné žádné významné dietní omezení – dieta č. 3, racionální.

Pacientka byla seznámena o nutnosti dodržení stravovacího schématu před a po operačním výkonem. Byla edukována tak, že den před operací od 12 hodin nepřijímala pevnou stravu, od 24 hodin lačnila - nepila, necucala bombóny, nežvýkala. Paní I. F. byla ujištěna o tom, že nedostatek tekutin bude hrazen infúzní terapií během operačního výkonu a po dobu nezbytně nutnou po operaci. V den operace (25.6. 2008) a 2 hodiny po operačním výkonu nepila. Večer, protože to zdravotní stav dovolil, dostala lehkou večeři. Běžnou stravu přijímala od 1. pooperačního dne (26.6. 2008).

- **Rehabilitace**

V rámci prevence tromboembolické nemoci byla pacientka již den před operačním výkonem 24.6. 2008 podrobně edukována fyzioterapeutkou. Ta s pacientkou procvičovala dechová cvičení, odkašlávání, techniku vstávání z lůžka, procvičování dolních končetin vleže a posilovací cviky na posílení pánevního dna. Pooperační rehabilitace byla zahájena bezprostředně po operačním výkonu. V pooperačním období, byla i nadále, za spolupráce fyzioterapeutky stejným způsobem rehabilitována.

- **Lokální terapie**

V rámci prevence tromboembolické nemoci byla v den operace a následující 1. pooperační den prováděna bandáž dolních končetin elastickými punčochami.

V oblasti genitofemorální rýhy se nacházely 2 nevstřebatelné stehy (každý na jedné straně). Tyto stehy byly ošetřovány 5 x denně sprchováním a následným sušením. Doporučeno bylo také "větrání" inkriminované oblasti operačního pole. Desinfekce a sterilní krytí ran nebylo potřeba.

2.12 Průběh hospitalizace

Celková doba hospitalizace paní I. F. na gynekologicko - porodnické klinice trvala od 23. června do 27. června 2008, tj. 5 dní.

Na gynekologické oddělení pooperační péče byla pacientka I. F. přijata k plánovanému operačnímu řešení s diagnózou stresové inkontinence. Doporučena byla minimálně invazivní uretropexe metodou TVT - O (transobturator tape).

V den příjmu bylo provedeno konziliární vyšetření internistou a anesteziologem ke zhodnocení, zda je pacientka schopna operačního výkonu. Anesteziolog stanovil závěr, že pacientka byla schopna výkonu v celkové anestezii s rizikem ASA II.

Při příchodu na oddělení se pacientka objektivně jevila klidnou, při vědomí, orientovanou v čase i prostoru a spolupracující. Byla plně informována o svém zdravotním stavu a důvodu hospitalizace. Pohybovala se samostatně bez pomoci.

Den operace byl z provozních důvodů stanoven na 25. června 2008.

2. den hospitalizace, tedy den před plánovaným operačním výkonem byla v odpoledních hodinách provedena edukace fyzioterapeutkou týkající se náviku časné aktivní i pasivní rehabilitace. Dále následovala předoperační příprava, která spočívala v oholení operačního pole, přípravou střeva vyprázdněním preparátem Yal a vyčištěním pupeční jizvy.

V den operace jsem jednorázově aplikovala, dle ordinace lékaře, nízkomolekulární heparin (Clexane 0,4 ml). V dalším podávání tohoto preparátu se nepokračovalo.

Operační výkon byl proveden bez komplikací, s minimální krevní ztrátou (50 ml), v celkové anestézii. Bezprostředně po operačním výkonu byla pacientka z důvodu nutnosti trvalé monitorace fyziologických funkcí umístěna na jednotce intenzivní péče gynekologicko - porodnické kliniky. Zde byla sledována následujících 24 hodin. Po částečném odeznění celkové anestézie si pacientka stěžovala na bolest v tříslech, a proto jí byl aplikován Tralgit 100 mg 1 ampule intramuskulárně. Dále si na bolest již nestěžovala, ani v následujících pooperačních dnech. Večer v 17,30 hod., v den operace pacientka vstala

s dopomocí k umyvadlu, kde samostatně provedla večerní hygienu. 1. pooperační den byla paní I. F. v dobrém zdravotním stavu přeložena na standardní pooperační oddělení, kde byla pacientce odstraněna periferní i.v. kanyla. Permanentní močový katétr typu Folley CH16, zavedený během operačního výkonu, byl dle ordinace lékaře 1. pooperační den ve 12 hod. odstraněn. Zhruba do dvou hodin po odstranění pacientka spontánně močila a potíže při mikci neudávala. Hospitalizace pokračovala další 1 den. Denně byl kontrolně měřen krevní tlak a puls, a to i přes to, že v průběhu hospitalizace nedošlo k žádnému významnému výkyvu těchto hodnot. Po celou dobu hospitalizace mimo předoperační přípravu, nebylo nutné žádné významné dietní omezení.

5. den hospitalizace - 2. pooperační den byla pacientka po změření močového residua (celkové množství 2 ml moče), propuštěna do domácího ošetřování.

3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 Ošetřovatelský úvod

Ošetřovatelský proces je hlavní stěžejní metodou současného ošetřovatelství. Zahrnuje pět fází - zhodnocení nemocného, stanovení ošetřovatelské diagnózy, plánování ošetřovatelské péče, její realizaci a hodnocení efektu. Cílem ošetřovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacienta.

Ošetřovatelský model je teoretické schéma, které v konkrétních podmínkách dává návod, jak koncepci ošetřovatelství realizovat v praxi. Modely jsou založeny na třech komponentech - pacient / klient, cíl ošetřovatelské péče a ošetřovatelské intervence. Ošetřovatelský model charakterizuje vztahy mezi zdravím, prostředím, ošetřovaným a ošetřovatelským personálem.

Použitý model Marjory Gordon vychází z hodnocení kvality zdraví jedince, vyjadřuje jeho celkovou bio – psycho – sociální integritu. Podle Gordon může být zdravotní stav člověka funkční nebo dysfunkční. Kritéria hodnocení funkčního zdraví jsou charakterizována ve 12 oblastech.

Z hlediska holistické filozofie je tento model mezi odborníky posuzován jako nejkompexnější pojetí člověka v ošetřovatelství. (14)

3.2 Ošetřovatelská anamnéza

Zhodnocení pacientky jsem realizovala na základě modelu dle Marjory Gordon v den přijetí 23. června 2008 a bezprostředně po operačním výkonu 25. června 2008.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Při příjmovém rozhovoru paní I. F. hodnotila svůj současný zdravotní stav jako velmi dobrý, cítila se zdravá. Příčinu svých obtíží viděla nejen ve svém sedavém zaměstnání, ale zejména v souvislosti s porody svých dvou dětí a následujícími dvěma neúspěšnými těhotenstvími, které byly ukončeny poměrně invazivní cestou ze zdravotní indikace. Potíže s inkontinencí hodnotila jako výrazně obtěžující a narušující manželské soukromí. Ošetřujícímu gynekologovi

se svěřila s problémy s kontinencí poměrně brzo. Díky informovanosti, které nabyla z časopisů a vzhledem ke svému věku, neměla výrazné pocity studu. Ošetřujícím gynekologem jí bylo doporučeno vyšetření v urogynekologické ambulanci. Zde po speciálních vyšetřeních bylo navrženo nejdříve cvičení pánevního dna a posléze, po terapii bez efektu, výběr typu operačního řešení.

Protože pacientka pracuje jako účetní v rodinné firmě, dle jejích vlastních slov cituji "si nemůžu dovolit velké absence v zaměstnání", to se jí zatím dařilo a také termín této hospitalizace byl pečlivě naplánován. Vzhledem k její gynekologické anamnéze nebyla současná hospitalizace na gynekologicko - porodnické klinice první, také typ plánovaného operačního výkonu svědčil pro hospitalizaci krátkodobou, a proto jí pobyt v nemocnici nečinil potíže. S diagnózou stresové inkontinence se léčila poprvé. Operační výkon byl paní I. F. podrobně vysvětlen lékařem, specialistou, kterým byla operována, zodpověděl její otázky, a proto z operace neměla obavy. Po předešlých negativních zkušenostech odmítala epidurální anestézi.

V minulosti již byla hospitalizována na chirurgické klinice kvůli operaci slepého střeva. To však nebyla plánovaná operace.

Pacientka nesportuje, nikdy prý nesportovala, výjimku tvořilo cvičení na posilování pánevního dna, což ovšem bylo bez očekávaného efektu. K udržování zdraví nekouří, nepije a nepožívá žádné omamné látky, také se snaží neužívat léky, jen pokud je to nezbytně nutné. Vitamíny upřednostňuje pouze v přírodní formě. Paní I. F. pravidelně a často, v průměru 3 x ročně jezdí k moři, jinak k udržení zdraví nic výjimečného nepodnikala.

Po operaci hodnotila pacientka svůj zdravotní stav jako dobrý. Byla zvědavá, jak vypadají operační rány, ty si zkontrolovala pomocí poskytnutého zrcadla.

2. Výživa a metabolismus

Při objektivním zhodnocení, byla paní I. F. vysoké, souměrné postavy, při výšce 179 cm a váze 80 kg měla BMI 24,97 - hraniční nadváha. Dle slov pacientky se snaží jíst pravidelně, racionálně, do svého jídelníčku zařazuje z větší části zeleninu a ovoce a v tomto duchu realizuje výživu celé rodiny. Vzhledem

k tomu, že nemocniční strava nebývá zpestřena a obohacena o tyto prvky výživy, nechala si zeleninu a ovoce donést manželem. Denně vypila 2 až 2,5 litru tekutin, většinou ovocné čaje, které nesladila. Přísun tekutin vědomě omezovala pouze ve večerních hodinách, kvůli snížení nykturie, nebo při plánovaných společenských akcích, aby alespoň zčásti omezila svůj problém s inkontinencí. Chut' k jídlu měla dobrou, žádné změny nepocítovala, jedla vše. Potíže s chrupem neměla, byl vlastní, sanovaný, bez viditelných defektů.

Pacientka byla poučena o nutnosti dodržení stravovacího schématu před a po operačním výkonu - den před operací od 12 hodin nepřijímat pevnou stravu, od 24 hodin nepít, necucat bombóny, nežvýkat. Paní I. F. byla ujištěna o tom, že nedostatek tekutin bude hrazen infúzní terapií během operačního výkonu a po dobu nezbytně nutnou po operaci. V den operace, 2 hodiny po operačním výkonu nebude pít a večer, pokud to zdravotní stav dovolí, dostane lehkou večeři. Běžnou stravu bude přijímat od 1. pooperačního dne.

3. Vylučování

Pozorováním jsem zhodnotila, že se pacientka výrazně nepotí, i při samotném dotazu následovala zamítavá odpověď.

V souvislosti s dotazem na případné potíže ve vyprazdňování stolice, pacientka sdělila, že potíže nemívá. Mohou se výjimečně projevit při změně prostředí a podnebí. Změněné vyprazdňování pacientka hodnotila ve smyslu obstipace, což sama řešila následnou úpravou stravy. Proto si jídelníček v nemocnici zpestřovala již zmiňovaným ovocem a zeleninou.

Korekce potíží ve vylučování moči byla důvodem současné hospitalizace. Inkontinence stresového charakteru se výrazně zhoršila v průběhu posledního roku, tato okolnost pacientku vedla k rozhodnutí o návštěvě specialisty. V předešlých letech tento typ inkontinence obtěžoval pacientku pouze sporadicky, většinou v případě porušení pitného režimu, ve smyslu zvýšeného příjmu tekutin, a současném následném stresovém manévru, při kterém došlo ke zvýšení nitrobrišního tlaku. Nykturie se dostavovala podle chyb v pitném režimu, průměrně však 3x za noc. Od září 2007, kdy prodělala cystitidu, paní I. F. pozorovala výraznou progresi svých potíží s inkontinencí a vyhodnocovala,

že k úniku moči docházelo častěji, například již při lehké zátěži jakou je smích. V posledních měsících se pro ni stalo nutností nosit speciální inkontinenční pomůcky - TENA vložky, oproti minulosti, kdy svoji funkci zcela splnily obyčejné slipové vložky běžně dostupné v drogerii.

Pacientka byla seznámena s tím, že bezprostředně po operačním výkonu bude mít, pravděpodobně na dobu 24 hodin, zavedený permanentní močový katetr, který byl nutný k zajištění k bezproblémovému hojení a bezpečnému odvodu moči. Zavedený močový katetr v pooperačním období činil pacientce největší potíže a opakovaně si stěžovala na dráždivé nucení k mikci.

4. Aktivita, cvičení

V rámci aktivity jsem v den příjmu stanovila Barthelův test základních denních činností se skórem 100 bodů - pacientka nezávislá, po operaci se celkové skóre změnilo na 90 bodů - lehká závislost. Bodové snížení se jednalo v lehké pomoci při chůzi. V chůzi, držení těla a pohybové koordinaci neměla žádné omezení.

Vzhledem k tomu, že pacientka žije v kompletní rodině se dvěma dětmi a pečuje o ni, nedá se říct, že by měla omezený pohyb. Byla pracovně aktivní, nezávislá na okolí. V pohybu tedy neměla žádné zábrany, sama se o sebe postarala a vzhledem k typu operačního výkonu ani neočekávala vznik závislosti na svém okolí. Nicméně sama pacientka přiznala, že v současnosti sama aktivně necvičí. Tento fakt přičítala především pracovní zaneprázdněnosti. V minulosti cvičit chodila, ale v poslední době nechuť vzrostla v souvislosti s potíží udržet moč. Po negativních výsledcích se cvičením pánevního dna, rezignovala i na tuto pohybovou aktivitu. V současnosti se ve volném čase věnovala plavání, což prospívalo také jejím vertebrogenním potížím s páteří. V průběhu rozhovoru bylo pacientce, jako určitá vhodná forma prevence inkontinence, doporučeno obnovit procvičování pánevního dna v průběhu pooperační rekonvalescence.

5. Spánek, odpočinek

Pacientka neměla významné potíže se spánkem, spala souvisle 8 až 9 hod. Obvykle chodila spát kolem 22 hodiny a po ulehnutí téměř okamžitě usínala.

Pokud není spánek narušen nykturií, která ji nutila v noci vstát až 3x za noc, spala dobře bez potíží, po probuzení se cítila odpočínutá. Změna prostředí neměla, dle slov pacientky, na kvalitu spánku žádný vliv. Obavy s potížemi tohoto druhu v nemocnici neočekávala a ani u předešlých hospitalizací se neprojevíly. Hypnotika pacientka neužívá a ani v minulosti neužívala.

6. Vnímání, poznávání

Paní I. F. neměla žádné smyslové poruchy, byla při vědomí a spolupracovala. Slyšela dobře, i při otázkách kladených šepotem slyšela a odpovídala adekvátně. Potíže kognitivních schopností jako je rozhodování, paměť nebo například učení neměla žádné, rovněž mentální funkce byly bezproblémové. Pacientka byla podrobně opakovaně informována o svém zdravotním stavu a plánu terapie. Při přijetí netrpěla žádnou bolestí, ale anamnesticky udávala vertebrogenní potíže páteře. Přiznávala, že tento typ bolestí zpravidla nastává v důsledku delšího pobytu na lůžku a změny lůžka samotného. V den přijetí žádná analgetika neužívala. Po operačním výkonu se cítila ospalá. Bolest vnímala jako intenzivní přibližně jednu hodinu po operaci a lokalizovala ji do oblasti třísel.

Vaginální krvácení bylo intenzivní která byla předem očekávaná a vše nasvědčovalo tomu, že operační výkon proběhl bez komplikací. Pacientka možnost operačního řešení vítala a vnímala velmi pozitivně, věřila, že dojde k výraznému zlepšení jejích obtíží, žádné negativní možnosti výsledku zákroku si nepřipouštěla. Inkontinenci, pro jejíž chirurgické řešení byla hospitalizována v den přijetí, vnímala především jako citlivý, sociální a hygienický problém, který ji každodenně ztrpčuje život.

Po operačním výkonu pacientka zjišťovala dotazy, co vše může dělat, aby si neublížila nevědomostí. Snížení intimity během provádění pooperační večerní hygieny paní I. F. vnímala velmi negativně.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Podle způsobu vyjadřování pacientky, to jak dbala o svůj zevnějšek a samotná snaha o vyřešení problému s inkontinencí, mě utvrzovalo v tom, že

v této oblasti pacientka větší problémy v současnosti neměla. Z nonverbálních projevů jsem nezaznamenala sebemenší náznak vnitřní nevyrovnanosti a emocionální nejistoty. Při rozhovoru mi připadala paní I. F. energická, klidná, organizačně schopná, vyrovnaná se svým věkem, vzhledem i aktuálním zdravotním stavem.

Paní I. F. ale sama přiznala, že s odstupem času, je nyní poněkud klidnější. Bývala nervózní, podrážděná, utrápená a emocionálně labilní. To vše až do okamžiku, kdy začala intimní problém inkontinence řešit nejdříve s manželem a později s odborníky. Ztracenou sebeúctu nacházela v podpoře chápavého manžela. Dalším neméně významným posunem v léčbě bylo zjištění, že i přes mizivý efekt cvičení pánevního dna, se problém s inkontinencí dá řešit operativně bez nutnosti velké operace. Připustila, že i ona prošla obdobím, kdy byla plačtivá a sama sebe si přestávala vážit. Nyní je to jinak a vidí vše v "růžových barvách". Optimistická začala být od okamžiku objednání se k operaci, neboť věřila, že se její problém vyřeší. V době příjmu na oddělení plánovala, podle slov pacientky "rehabilitační pooperační dovolenou u moře".

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Paní I. F. pracuje jako účetní a termín pracovní neschopnosti byl pečlivě naplánován tak, aby co nejméně zatížil provoz její rodinné firmy. Z tohoto důvodu neočekávala žádné komplikace v zaměstnání.

Pacientka je vdaná, žije v rodinném domě, kde spolu se svým manželem vychovává dvě nezletilé děti. Vztah s manželem, vzájemnou soudržnost hodnotila velmi kladně. Zátěžovou zkoušku pro jejich partnerský vztah znamenal nezdar posledních dvou těhotenství. Při rozhovoru, který se týkal rodiny bylo zřejmé, jak moc ji na ní záleží. Soudržnost rodiny upřednostňovala na prvním místě. Otec pacientky stále žije a pravidelně ho navštěvovala i s rodinou. Vlastní matku ztratila v dětství, ta zemřela náhle na prasklé aneurysma aorty. Po její smrti se cítila velmi osaměle. Snad proto, jak tvrdila, má velmi úzký vztah k oběma dětem. Vždycky si přála velkou rodinu, což se jí bohužel nepovedlo. Vzhledem ke krátkodobé hospitalizaci si pacientka nepřála návštěvy dětí. Na pravidelné návštěvy manžela se vždy těšila. Ten se také aktivně zajímal, jaká potřebná

omezení bude třeba dodržet pro zdárný výsledek a optimální efekt operačního výkonu. Paní I. F. rovněž prokazatelně souhlasila s podáním informací manželovi. Z toho jsem usoudila, že plnění role v manželství, v rodině a mezilidské vztahy nezaznamenaly negativních výkyvů.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Vztah s manželem hodnotila jako výjimečný, neboť se projevil jako chápající manžel i v okamžiku, kdy neznal příčinu sexuálního nezájmu a ochladnutí. Dále pacientka na toto téma odmítla hovořit, proto tato otázka nebyla podrobněji rozebírána.

Gynekologická anamnéza viz výše.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Sice za poslední dva roky paní I. F. nezaznamenala nějakou významnější životní změnu s výjimkou zhoršení inkontinence. Nicméně vzhledem k prodělaným gynekologickým zákrokům pacientka zhodnotila, že sama stresové situace nezvládá dobře. Dosud její největší zátěžovou situací byl nezdar posledních těhotenství. Zátěžovým situacím se snaží vyhnout. Pokud má z něčeho obavy, snaží se to zamaskovat. Většinou se pomalu uklidňuje, uzavírá se často sama do sebe a následně dlouho hodnotí, zda neudělala nějakou chybu. Pokud má nějaký problém, řeší ho podle okolností, ale většinou s pomocí manžela a rodiny. Z blížícího se operačního výkonu, pacientka nepociťovala strach.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka byla finančně zajištěná, spokojená se svojí současnou situací. Života si užívala. Spokojená je v kruhu rodinném a budoucnost viděla ve svojí rodině. Domnívala se, že jejím životním cílem je vychovat z dětí dobré a slušné lidi, za které se nebude muset stydět. Byla by ráda pokud by děti dál studovaly, ale nutit je nebude. Za největší životní hodnotu považuje život, zdraví, lásku a finance. Byla nevěřící, nikdy nebyla praktikující věřící. Ve stejném duchu vychovávala svoje děti. V této souvislosti nebyly z její strany požadovány náboženské služby. O existenci různých sekt, náboženství a společenství

se dozvídala většinou z médií, ovšem nikdy se o tato seskupení významně nezajímala.

12. Jiné

Vzhledem k tomu, že operace byla plánována až za dva dny, projevila pacientka přání odejít na jeden den na propustku domů. Z procesuíálních důvodů jí nebylo možné vyhovět, což vnímala velmi negativně.

3.3 Přehled ošetřovatelských diagnóz

Pořadí ošetřovatelských diagnóz jsem stanovila podle naléhavosti ošetřovatelské péče ve spolupráci s pacientkou a podle časového sledu jejich výskytu. Rozlišila jsem ošetřovatelské diagnózy před operací a po operaci. Z hlediska naléhavosti jsem formulovala ošetřovatelské diagnózy aktuální a ošetřovatelské diagnózy potenciální.

Ošetřovatelské diagnózy před operací

- Stresová inkontinence moči z důvodu oslabení svaloviny pánevního dna

Ošetřovatelské diagnózy po operaci

aktuální

- Akutní bolest třísel v souvislosti s operačním výkonem
- Akutní vaginální krvácení (střední intenzity) v důsledku operačního výkonu
- Porušená kožní integrita v oblasti genitofemorální rýhy v souvislosti s operačním výkonem
- Změna ve vyprazdňování moči v souvislosti se zavedeným permanentním katetrem
- Nedostatek informací v souvislosti se změněným zdravotním stavem
- Změna pocitu psychické pohody v souvislosti se snížením soukromí a intimity

potenciální

- Riziko vzniku pooperačních komplikací (TEN, infekce, retence moči) v souvislosti s operačním zákrokem

3.4 Rozpracování plánu ošetrovatelské péče

- *Stresová inkontinence moči z důvodu oslabení svaloviny pánevního dna*
(23.6. 2008)

Cíl:

Pacientka chápe možné vyvolávající příčiny vzniku inkontinence.

Pacientka zvládá techniku cvičení k posilování pánevního dna.

Pacientka zvládá specifickou hygienickou péči.

Ošetrovatelské intervence:

- Ověřit, zda pacientka umí a zvládá cviky k posilování pánevního dna.
- Poučit pacientku o nutnosti močit v pravidelných časových intervalech, nejlépe po 3 hodinách (kvůli snížení tlaku v močovém měchýři).
- Doporučit absenci močopudných tekutin (káva, černý čaj, alkohol, kofeinové nápoje).
- Kontrolovat dodržení hydratačního režimu - pacientka vypije min. 2000 ml tekutin / 24 hodin.
- Poučit pacientku o vhodnosti absence tekutin 2 - 3 hodiny před spaním.
- Edukovat pacientku v péči o perineální krajinu.
- Doporučit vhodné pohybové aktivity.
- Provést záznam do dokumentace.

Realizace:

Pacientka předvedla jednotlivé provádění cviků. Při vstupním pohovoru jsem doporučila opatření, jakým je například mikce v pravidelných časových intervalech. Tím by mohla předejít nykturii. Dále jsem doporučila dietní omezení ve výběru typu tekutin, které mohou inkontinenci zhoršovat. Během dne a na konci dne jsem provedla ve spolupráci s pacientkou kontrolu příjmu tekutin. Přibližně ve 20 hod. jsem pacientku upozornila na vhodnost absence tekutin, aby nedošlo k nykturii. V péči o perineální krajinu jsem nabádala k časté výměně

inkontinenčních vložek, sprchování po každém močení nebo úniku moče a následné ošetření kůže speciálními krémy (Menalind). Výběr pohybových aktivit jsem doporučila tak, aby se jednalo o cvičení vhodné i v pooperačním období. S tímto ohledem jsem jako ideální vybrala plavání a lehkou cyklistiku. Do dokumentace jsem učinila záznam o proběhlé edukaci.

Hodnocení:

Vzhledem k tomu, že pacientka cvičení k posilování pánevního dna již měla navržené jako prvotní terapii, tyto cviky dobře ovládala.

Dodržení hydratačního režimu bylo dosaženo, pacientka vypila 2200 ml tekutin, převážně ovocného čaje. Od 20,00 hod pacientka akceptovala absenci tekutin a dále si na žízeň nestěžovala.

- ***Akutní bolest třísel v souvislosti s operačním výkonem (25.6. 2008)***

Cíl:

Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti, bolest umí zhodnotit.

Bolest bude pro pacientku snesitelná, klesne ze stupně 6 na stupeň 1-2 po celý den

Pacientka zná úlevové polohy a techniky k zamezení zhoršování bolesti.

Ošetrovatelské intervence:

- Poučit pacientku o nutnosti verbálního sdělení pocitu bolesti.
- Sledovat neverbální projevy pacientky jako reakci na bolest.
- Akceptovat a uznat pacientčinu bolest, získat její důvěru.
- Lokalizovat místo bolesti a charakterizovat její intenzitu.
- Zhodnotit ve spolupráci s pacientkou stupeň bolesti na stupnici od 0 do 10.
- Aplikovat analgetika dle potřeby pacientky.
- Nově vzniklou bolest hlásit lékaři.
- Sledovat účinnost a možné nežádoucí účinky podaných analgetik.
- Pomoci pacientce zaujmout úlevovou polohu k ovlivnění bolesti.
- Provést záznam do dokumentace.

Realizace:

Bolest se projevila u pacientky po odeznění celkové anestezie a vystupňovala se přibližně hodinu po operačním výkonu. Pacientka hodnotila bolest stupněm 6 (hodnoceno od 0 do 10). Aplikovala jsem lékařem naordinované analgetikum - Tralgit 100 mg intramuskulárně. Pacientce jsem vysvětlila příčinu vzniku bolesti. Následně pacientka zaujala s dopomocí úlevovou polohu vleže na boku s pokrčenými dolními končetinami tak, jak jí to bylo příjemné. Analgetický efekt se dostavil za 15 minut po aplikaci a pacientka zhodnotila bolest stupněm 2. Při vertikalizaci a mobilizaci jsem pacientku instruovala, jak postupovat, aby nedošlo ke zhoršení bolesti.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo. Pacientka chápala proč bolest vznikla, umí ji zhodnotit. Umí při mobilizaci vstát tak, aby se bolest nezhoršovala. Bolest se během dne udržela na stupni 2 a již se nevyhrotila na stupeň 6. Další aplikaci analgetik pacientka nevyžadovala, stačila jí zaujmutá úlevová poloha. Jiná bolest v následujících dnech nevznikla.

- ***Akutní vaginální krvácení (střední intenzity) v důsledku operačního výkonu (25.6. 2008)***

Cíl:

Pacientka chápe příčiny vzniku vaginálního krvácení.

Krvácení bude mít snižující se intenzitu.

Ošetřovatelské intervence:

- Edukovat pacientku o příčinách vzniku krvácení.
- Sledovat charakter a množství krvácení, vyměňovat vložky.
- Neustupující intenzitu krvácení nebo její progresi ihned hlásit lékaři.
- Poučit pacientku o vhodném hygienickém a hydratačním režimu (vypít min. 2000 ml tekutin / 24 hodin).

- Provést záznam do dokumentace.

Realizace:

Všechny naplánované ošetrovatelské intervence jsem realizovala.

Hodnocení:

Charakter a množství vaginálního krvácení mělo snižující se intenzitu. Pacientka byla spolupracující, chápala příčinu vzniku vaginálního krvácení.

Cíle se podařilo dosáhnout.

- ***Porušená kožní integrita v oblasti genitofemorální rýhy v souvislosti s operačním výkonem (25.6. 2008)***

Cíl:

Pacientka ví o umístění operačních ran a je poučená v péči o ně.

Hojení bude probíhat per primam.

Ošetrovatelské intervence:

- Poučit pacientku o místě porušené kožní integrity.
- Sledovat operační rány a jejich hojení.
- Edukaci zaměřit na péči o operační rány a hydratační režim (vypít min. 2000 ml / 24 hodin).
- Denně kontrolovat stav ran, případné změny kůže v okolí hlásit ihned lékaři (zarudnutí, macerace, sekret).
- Vše pečlivě zaznamenat v dokumentaci.

Realizace:

Pacientce jsem ukázala operační rány v oblasti genitofemorální pomocí zrcadla. Doporučila jsem v rámci hygienické péče časté sprchování inkriminované oblasti a sušení "větráním". Vzhledem k umístění operačních ran jsem doporučila absenci

v nošení spodního prádla na dobu nezbytně nutnou než budou odstraněny intradermální stehy.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo. Pacientka ví, kde má umístěné operační rány. Ovládá péči o operační rány. V rámci hygienické péče sleduje denně stav operačních ran. Edukace byla zaznamenána v dokumentaci.

- ***Změna ve vyprazdňování moči v souvislosti se zavedeným permanentním katétre*** (25. 6. 2008)

Cíl:

Pacientka chápe nutnost přítomnosti permanentního močového katetru (PMK) a hygienickou péči o něj.

PMK bude mít volný spád do sběrného sáčku bez překážek (zalomení, útlak).

Po odstranění PMK bude pacientka informována o způsobu mikce a hydratačním režimu.

Ošetrovatelské intervence:

- Pečlivě podrobně vysvětlit důvod zavedeného permanentního močového katetru (PMK).
- Dohlédnout na zajištění volné drenáže močového měchýře.
- Dodržovat hygienickou péči o PMK.
- Podle ordinace lékaře odstranit PMK po 24 hodinách od operace.
- Po odstranění PMK poučit pacientku o způsobu mikce a hydratačním režimu (vypije min. 2000 ml / 24 hod.).
- Informovat lékaře o první mikci a s ní spojených případných potížích po odstranění PMK.
- Zaznamenat vše do dokumentace.

Realizace:

Všechny naplánované ošetrovatelské intervence jsem realizovala.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo. I přes to, že pacientka chápala nutnost zavedení PMK, pocitově vnímala samotný katetr jako výrazně obtěžující, neustále nutící k mikci. Výraznou úlevu zaznamenala až po odstranění PMK. Po odstranění PMK, 1. pooperační den, pacientka do dvou hodin spontánně močila, bez potíží. Po mikci pacientka udávala pocit úplného vyprázdnění močového měchýře.

- *Nedostatek informací v souvislosti se změněným zdravotním stavem (25.6. 2008)*

Cíl:

Pacientka správně chápe informace v plné šíři a rozumí jim.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistit zda odezněla analgosedace a pacientka je orientována.
- Informovat postupně, pomalu, jasně a srozumitelně.
- Nepoužívat odborné výrazy, kterým pacientka nemusí rozumět.
- Podporovat aktivní roli pacientky.
- Poskytnout pacientce prostor pro dotazy.
- Dotazy zjistit, zda všemu pacientka správně porozuměla.
- Zaznamenat spolu s lékařem do dokumentace rozsah podaných informací.

Realizace:

Naplánované ošetrovatelské intervence jsem realizovala.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo. Dodatečné dotazy byly pacientce zodpovězeny.

- *Změna pocitu psychické pohody v souvislosti se snížením soukromí a intimity (25.6. 2008)*

Cíl:

Zlepšení psychické pohody pacientky.

Ošetrovatelské intervence:

- Zajistit větší soukromí pacientce.
- Zajistit intimitu při kontrolách zdravotního stavu a podávání informací.
- Umístit pacientku na menší pokoj, co nejméně vyrušovat pacientku vstupováním do pokoje.
- Umožnit možnost návštěv i mimo vyčleněnou dobu, jak to provoz oddělení dovolí.
- Být empatická při ošetřování pacientky, chápat pocit studu.
- Ošetřovat pacientku izolovaně na vyšetřovně.

Realizace:

Po předání pacientky na oddělení pooperační péče jsem pacientku umístila na dvoulůžkový pokoj. Nutná ošetření jsem prováděla na vyšetřovně. Před odstraněním PMK jsem spolupacientku vyzvala, aby opustila po dobu výkonu pokoj. Návštěvě – manželovi jsem umožnila navštěvovat pacientku i v dopoledních hodinách.

Hodnocení:

Cíle bylo částečně dosaženo, pacientka sice vítala veškerou vstřícnost, ale přesto se těšila domů, do vlastní postele, na vlastní koupelnu.

- ***Riziko vzniku pooperačních komplikací (TEN, infekce, retence moči) v souvislosti s operačním zákrokem (25.6. 2008, 26.6. 2008)***

RIZIKO TEN (Tromboembolická nemoc)

Cíl:

Pacientka umí a zná preventivní opatření vedoucí k zamezení vzniku tromboembolické nemoci.

Minimalizovat riziko vzniku tromboembolické nemoci.

Ošetrovatelské intervence:

- Aplikovat antitrombotikum dle ordinace lékaře.
- Zajistit bandáž dolních končetin kompresivními punčochami.
- Nacvičovat časnou aktivní i pasivní rehabilitaci s pacientkou již před operačním výkonem.
- Po operaci zahájit časnou pasivní i aktivní rehabilitaci.
- Zjišťovat přítomnost možných krvácivých projevů jako následek antitrombotické léčby.
- Kontrolovat stav dolních končetin.
- Kontrolovat dodržování hydratačního režimu - vypít min. 2000 ml / 24 hodin.
- Provést záznam do dokumentace.

Realizace:

Ošetrovatelské intervence, tak jak jsem je naplánovala, jsem i zrealizovala.

Hodnocení:

K TEN nedošlo. Pacientka chápala nutnost všech preventivních opatření a sama aktivně prováděla rehabilitační cvičení.

RIZIKO INFEKCE

Cíl:

Snížit riziko vzniku infekce.

Hojení operačních ran bude probíhat bez komplikací (per primam).

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnotit a zdokumentovat stav kůže a okolí invazivních vstupů.
- Dodržovat řádné mytí rukou před ošetřováním pacientky.
- Používat ochranné pomůcky.
- Dodržovat zásady asepse.
- Využívat při ošetřování jednorázové pomůcky.
- Převazovat zavedenou periferní kanylu podle potřeby až do doby kdy bude odstraněna.
- Pečovat o zavedený PMK a perineální oblast.
- Kontrolovat u pacientky dodržování hydratačního režimu (vypít min. 2000 ml tekutin / 24 hodin).
- Kontrolovat kvalitu mikce a reziduální moč.
- Pečovat a kontrolovat stav operačních ran.
- Případné zjištěné změny nahlásit ihned lékaři.
- Provést záznamy do dokumentace.

Realizace:

Ošetrovatelské intervence tak, jak jsem naplánovala, jsem následně zrealizovala. PMK jsem odstranila po 24 hodinách. Také periferní i. v. kanylu jsem odstranila 1. pooperační den (26.6. 2008). Žádné změny jsem nezjistila.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo. Pacientka neměla žádné projevy možné infekce.

RIZIKO RETENCE MOČI

Cíl:

Minimalizovat riziko vzniku retence moči. Močové residuum bude maximálně 50 ml, nebo žádné.

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnotit stav hydratace, zajistit hydratační režim (vypít min. 2000 ml tekutin / 24 hodin).

- Kontrolovat spontánní výdej moče, frekvenci mikce, subjektivní pocity pacientky po mikci a případné potíže.
- Poučit pacientku, aby zpočátku po operaci a po odstranění PMK dodržela mikční režim (pravidelné vyprazdňování močového měchýře po 3 hodinách).
- Dbát na soukromí a intimitu.
- Změřit residuální množství moče.
- Provést záznam do dokumentace.

Realizace:

Pacientku jsem poučila o vhodnosti dodržování hydratačního a mikčního režimu. Hodnota močového residua byla 2. pooperační den 2 ml.

Hodnocení:

Cíle bylo dosaženo, k retenci moče nedošlo, pacientka neměla žádné potíže s mikcí.

3.5 Edukace pacientky

Edukace je významnou součástí ošetrovatelského a léčebného procesu. Je cíleně zaměřena na daného pacienta a jeho konkrétní situaci. Cílem je jeho pozitivní ovlivnění a získání k aktivní spolupráci.

Edukace byla v předoperačním období úzce spjata především s podporou psychické pohody pacientky. Fyzioterapeutka dbala na důkladný nácvik rehabilitačních technik v souvislosti s prevencí TEN. V důsledku možného zhoršení základního onemocnění a jako vhodná forma prevence inkontinence i v pooperačním období jsem předoperační edukaci zaměřila také na kontrolu přesnosti provádění cviků k posílení svalstva pánevního dna.

Pacientku jsem informovala o pořadí v operačním programu, o sledu ošetrovatelské péče v den operace a o možných potížích, které mohou nastat v bezprostředním pooperačním období.

V pooperačním období jsme společně s fyzioterapeutkou edukaci opět zaměřily na prevenci vzniku TEN, na důležitost v dodržování hygienického a hydratačního režimu. Zcela zásadní v pooperačním období byl nácvik mikce. Zde hrála důležitou úlohu zpětná vazba, kdy jsem potřebovala zjistit úspěšnost edukace mikce.

Při propuštění pacientky do domácího ošetřování, kladl ošetřující lékař v edukaci mimořádnou důležitost na dodržování doporučené hygienické péče o operační rány, dodržení hydratačního režimu a absenci pohlavního styku po dobu šesti týdnů (šestinedělí). Zvláštní edukace v oblasti výživy nebyla nutná. Nemálo významným bodem lékařské edukace byla zmínka o dodržování pravidelného vyprazdňování stolice a předcházení obstipaci. V neposlední řadě jsem pacientce doporučila vynechat zvedání a nošení těžkých břemen, vyvarovat se dlouhého stání a prochladnutí.

Pracovní neschopnost zpravidla lékař doporučuje v délce 2 týdnů, po propuštění z nemocnice, záleží však na aktuálním zdravotním stavu nemocné.

4 ZÁVĚR A PROGNÓZA

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice stresové inkontinence. Zpracovala jsem případovou studii ošetrovatelské péče o pacientku po operačním řešení technikou TVT - O.

Vzhledem k věku pacientky byla v mnoha směrech oboustranně velmi dobrá spolupráce. Případovou studii jsem zpracovávala s laskavým svolením paní I. F. Pacientka byla nejen vstřícná, ale oplývala i značnou měrou trpělivosti.

Klinická část je tvořena anatomicko - fyziologickým a patofyziologickým úvodem. Charakteristika onemocnění, léčebné a diagnostické možnosti jsou přínosné ke správnému pochopení problematiky této diagnózy. Nedílnou součástí klinické části tvoří také údaje o nemocné a průběh samotné hospitalizace.

Ošetrovatelská část obsahuje anamnestické zhodnocení pacientky dle vybraného modelu Fungujícího zdraví Marjory Gordon. Dále je popisována ošetrovatelská péče v pooperačním období, včetně edukace, která byla pacientce poskytována takřka po celou dobu hospitalizace. Zvláštní důraz byl kladen na edukaci těsně před propuštěním z nemocnice do domácího ošetřování.

Z medicínského hlediska byl operační zákrok u mé pacientky vyhodnocen jako úspěšný. Mikce se upravila, očekávaný efekt operačního výkonu se dostavil.

2. července 2008 byly pacientce ambulantně, bez komplikací, odstraněny intradermální stehy.

8. srpna 2008 pacientka přišla na ambulanci kliniky ke kontrolnímu vyšetření. Zde bylo s odstupem od operačního výkonu stanoveno, že vaginální páska je dobře umístěná a drží. Paní I. F. byla plně kontinentní, spokojená a žádné potíže neudávala, výsledek operace hodnotila velmi kladně. Z tohoto důvodu byla pacientka předána zpět ke svému ošetřujícímu gynekologovi. V daný okamžik nebyl důvod se domnívat, že zlepšený zdravotní stav nebude trvalý.

Další kontrola v urogynekologické ambulanci naší kliniky nebyla stanovena.

Zpracování případové studie bylo pro mě přínosné z hlediska potvrzení velmi dobré úspěšnosti moderní operační metody pomocí TVT – O pásy, která

řeší již zmiňovanou problematiku stresové inkontinence. Je potěšujícím zjištěním, že výzkum a zpracování propylenové pásky samotné je v současnosti i nadále ve stadiu neustálého technologického zlepšování (viz příloha č. 9), a to především ve prospěch nemocných.

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY, INTERNETOVÉ ZDROJE

- 1) BROŽÁK, M. et.al. Smyčkové operace stresové inkontinence moči u žen. *Urologie pro praxi*, 2007, roč. 8, č. 6, s. 268-271. ISSN 1213-1768.
- 2) CITTERBART, K. et.al. *Gynekologie*. Praha : Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
- 3) ČERVINKOVÁ, E. et.al. *Ošetrovatelské diagnózy*. 3. vydání Brno : IDVPZ, 2003. 165 s. ISBN 80-7013-358-9.
- 4) ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. vydání Praha : Grada Publishing, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X.
- 5) DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání Praha : Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
- 6) HALAŠKA, M. et.al. *Urogynekologie*. Praha : Galén, 2004. 256 s. ISBN 80-7262-272-2.
- 7) HALAŠKA, M. Chirurgická léčba inkontinence moči a descentu pánevních orgánů u žen. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003, roč. 12, č. 1, s. 100-118. ISSN 1211-1058.
- 8) HYNIE, S. *Farmakologie v kostce*. 2. vydání Praha : Triton, 2001. 520 s. ISBN 80-7254-181-1.
- 9) KOBILKOVÁ, J. et.al. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha : Galén, 2005. 256 s. ISBN 80-7262-315-X.
- 10) MARTAN, A. et.al. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba.*: Maxdorf, 2006. 83 s. ISBN 80-7345-094-1.
- 11) MARTAN, A. et.al. Standardizace terminologie funkce dolních cest močových. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003, roč. 12, č. 1, s. 46-55. ISSN 1211-1058.
- 12) MARTAN, A., MAŠATA, J., ŠVABÍK, K. Konzervativní léčba inkontinence moči. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003, roč. 12, č. 1, s. 98-99. ISSN 1211-1058.
- 13) MIKLICA, J. Nemoci ženského močového traktu z pohledu urogynekologa. *Urologie pro praxi*, 2006, roč. 7, č. 5, s. 226-227. ISSN 1213-1768.

- 14) TRACHTOVÁ, E. et.al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání Brno : IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
- 15) VRTAL, R. Současné možnosti léčby ženské stresové inkontinence. *Urologie pro praxi*, 2005, roč. 6, č. 3, s. 95-98. ISSN 1213-1768.
- 16) ZMRHAL, J., HRADEC, D., HORČIČKA, L. Místo a význam urodynamických vyšetřovacích metod v současnosti. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003, roč. 12, č. 1, s. 56-70. ISSN 1211-1058.
- 17) ZMRHAL, J. Doporučení k diagnostice a terapii inkontinence moče u ženy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2007, roč. 16, č. 1, s. 202-205. ISSN 1214-20-93.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- 18) CHMEL, R. *Chirurgická léčba ženské stresové močové inkontinence* [online]. [cit. 2008-10-24]. Dostupné z: <http://www.mocova-inkontinence.cz/clanky1.html>
- 19) *Inkontinence – příliš diskrétní problém* [online]. [cit. 2008-11-21]. Dostupné z: <http://www.prazskapetka.cz/book/print/6221>
- 20) *Miniinvazivní terapie stresové inkontinenceTVT páskou* [online]. [cit. 2008-10-24]. Dostupné z: <http://portal.med.mini.cz/clanky.php?aid=472>
- 21) *Urodynamické vyšetření* [online]. [cit. 2008-11-21]. Dostupné z: <http://cz.hartmann.info/CZ/74493.html>
- 22) *Urodynamické vyšetření* [online]. [cit. 2008-11-21]. Dostupné z: <http://www.andrologie.cz/page/5021.urodynamicke-vysetreni/>
- 23) VRTAL, R. *Stresová inkontinence u žen*. [online]. [cit. 2009-02-15]. Dostupné z: <http://www.urol.cz/file.php?id=76>

6 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Seznam použitých zkratk**
- Příloha č. 2 Dotazník Gaudenz – Cardozzová**
- Příloha č. 3 Typy kolpexinů**
- Příloha č. 4 Anatomický přehled**
- Příloha č. 5 Umístění TVT pásky**
- Příloha č. 6 Umístění TVT – O pásky**
- Příloha č. 7 Detail pásky TVT – Secure**
- Příloha č. 8 Detail pásky TVT – O**
- Příloha č. 9 Detail struktury pásky TVT – O**
- Příloha č. 10 Mikční deník**
- Příloha č. 11 Cviky na zpevnění svalstva pánevního dna**

Příloha č. 1 Seznam použitých zkratek

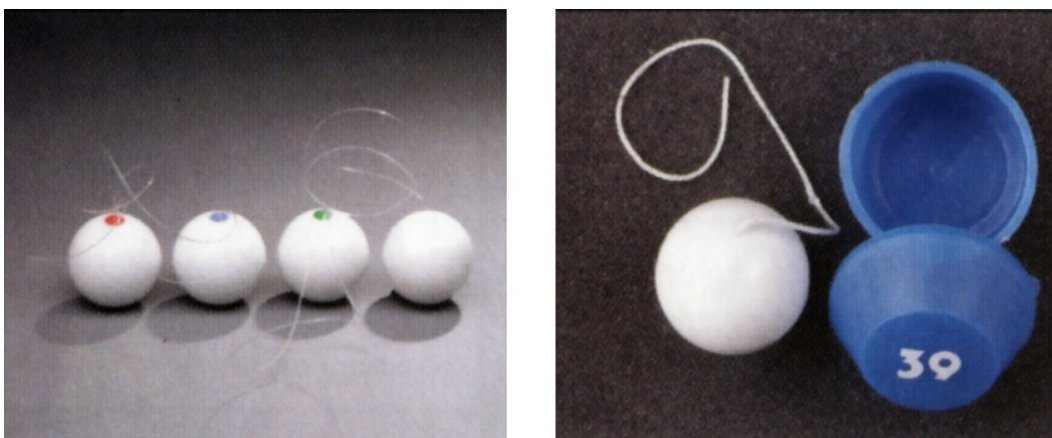
amp.....	ampule
APPE.....	appendectomie
ASA.....	stanovení anesteziologického rizika
BMI.....	Body Mass Index
CNS.....	centrální nervový systém
CO ₂	oxid uhličitý
CH 16.....	Charrieriho stupeň 16
i. m.	intramusculární
i. v.....	intravenózní
ICS.....	International Continence Society
inj.	injekce
LPP.....	Leak Point Pressure
mm Hg.....	jednotka tlaku, výška rtuťového sloupce v milimetrech
PAG.....	periaqueaductal grey (periaqueaduktální šedá hmota mozková)
PMK.....	permanentní močový katetr
s. c.	subcutánní
sec. Burch.....	secundum Burch
SpO ₂	saturace hemoglobinu kyslíkem
tbl.	tableta
TEN.....	tromboembolická nemoc
Torr.....	jednotka tlaku, výška rtuťového sloupce v milimetrech
TOT.....	Transobturator tape
TVT.....	Tension free Vaginal Tape
TVT – O.....	Tension free Vaginal Tape – Outside
TVT – Secure.....	Tension free Vaginal Tape – Secure
UPT.....	umělé přerušení těhotenství
WHO.....	World Health Organization

Příloha č. 2 Dotazník Gaudenz – Cardozzová (2, s.187)

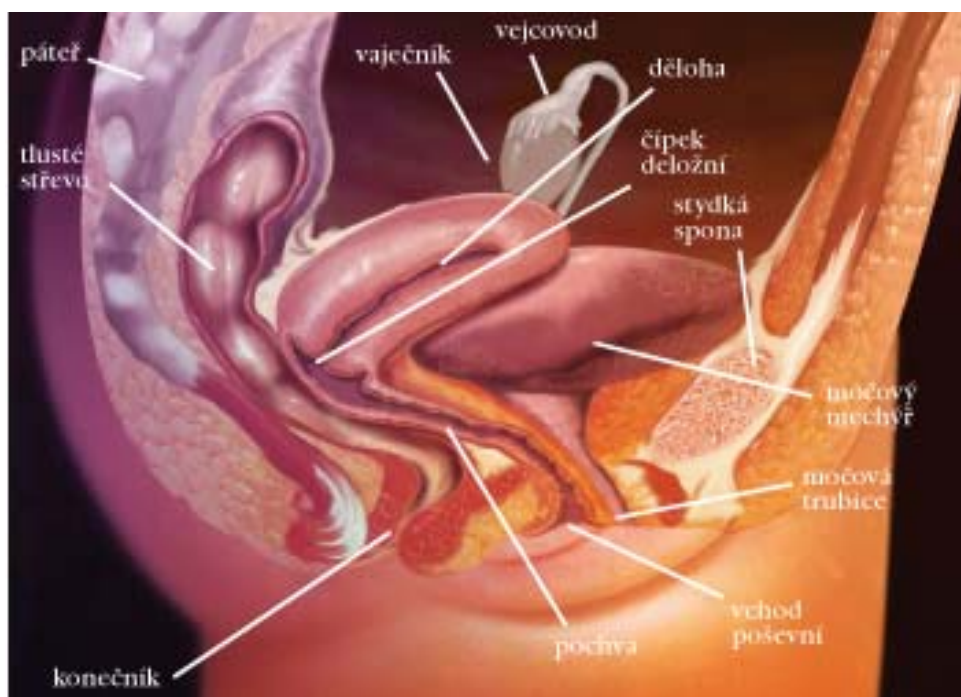
Dotazník pro stanovení diagnózy inkontinence (Gaudenz-Cardozzová)

Příjmení	Pocítujete pálení při močení?
Datum	- ano, během močení
Jméno	- ano, po močení
Adresa	- ne
Věk	Kolikrát během dne močíte?
Telefon	- každé 3–6 hodin
	- každou 1–2 hodiny
	- každou půlhodinu nebo častěji
	- je to různé, při rozčilení
Pomočujete se někdy mimovolně?	Budíte se v noci, protože máte nucení na moč?
- ano	Jak často v noci močíte?
- ne	- nikdy
Jak často se to stává?	- jednou, nepravidelně
- zřídka, např. při nachlazení	- 2–4x
- příležitostně	- 5 a vícekrát
- denně, několikrát za den	
- prakticky neustále	Pomočujete se v noci při spaní, aniž o tom víte?
Jak velké množství moči mimovolně odchází?	- ne, nikdy
- několik kapek	- příležitostně, zřídka
- malé dávky	- často, pravidelně
- větší množství	Máte-li nucení na moč, musíte jít hned nebo můžete počkat?
Jak často během dne si musíte měnit spodní prádlo, protože je mokré?	- mohu čekat
- není třeba	- musím jít brzy, během 10–15 minut
- několikrát denně	- musím jít ihned, během 1–5 minut
Často použiji vložku nebo vatou:	Stane se někdy, že nestačíte dojít na záchod a již cestou se pomočíte?
- když jdu ven	- nikdy
- také doma	- zřídka, např. při nachlazení
- také když jdu spát	- příležitostně
Když si měním prádlo nebo vložku, jsou:	- pravidelně, často
- suché	Stane se někdy, že máte náhle silné nucení na moč a brzy poté se zcela nečekaně pomočíte, aniž se tomu dá zabránit?
- vlhké	- ne
- mokré	- zřídka
- úplně mokré	- často
Mimovolné pomočování pro mne znamená:	Dokážete silou vůle přerušit proud moči?
- není to pro mne problém	- ano
- příležitostně mne to obtěžuje	- ne
- velmi mne obtěžuje	- nevím
- nesmírně mi vadí	Máte pocit, že váš močový měchýř je po vymočení prázdný?
Při jaké příležitosti dochází k mimovolnému pomočování?	- ano
- při kašli a kýchní	- ne
- když se smějí	- ne vždy
- při chůzi nebo chůzi do schodů	- nevím
- při sestupování	Často jen stěží potlačitelné nucení na moč je pro mne:
- při skákání, cvičení, poskakování	- vlastně to není problém
- vstoje	- příležitostně mi vadí
- vsedě, vleže	- velmi mi vadí
Po jaké události se mimovolné pomočování objevilo poprvé?	- nesmírně mi vadí
- po porodu	Kolik vážíte?
- po břišní operaci	- méně než 50 kg
- v přechodu	- 51–60 kg
- jindy	- 61–70 kg
Kolik dětí jste porodila?	- 71–80 kg
- žádné	- více než 80 kg
- 1–3	Trpíte návaly?
- 4 a více	- ano
Počet dětí s porodní hmotností nad 4 kg	- ne
- 0	Užíváte hormonální přípravky, tablety nebo injekce?
- 1	- ano
- 2 a více	- ne
Menstruujete ještě?	Prosím nechat nevyplněné
- ano	- skóre pro nutkavou inkontinenci
- ne	- skóre pro stresovou inkontinenci
Prodělala jste již břišní operaci?	- diagnóza
- ano, jakou?	
- ne	

Příloha č. 3 Typy kolpexinů (2, s.184)



Příloha č. 4 Anatomický přehled



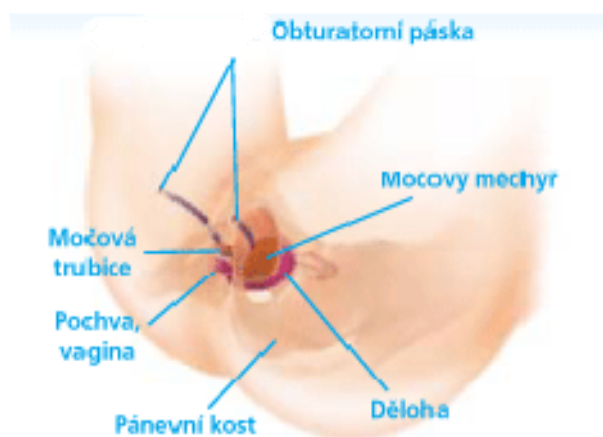
<http://www.poznejse.cz/anatomie-pochvy.html>

Příloha č. 5 Umístění TVT pásky



<http://www.inkontinence.com/popis-vykonu/>

Příloha č. 6 Umístění TVT – O pásky



<http://www.inkontinence.com/popis-vykonu/>

Příloha č. 7 Detail pásky TVT – Secure



<http://www.inkontinence.com/popis-vykonu/>

Příloha č. 8 Detail pásy TVT – O



Příloha č. 9 Detail struktury pásy TVT – O

