

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Martina Bocskorová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Martina Bocskorová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

DĚTSKÁ GYNEKOLOGIE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina BOCSKOROVÁ**
Osobní číslo: **Z18B0004P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Dětská gynekologie**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

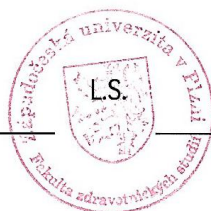
- HOŘEJŠÍ, Jan. *Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek: informace pro rodiče*. Praha: Grada, 2003. Pro rodiče. ISBN 80-247-0553-2.
- LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- PILKA, Radovan, PROCHÁZKA, Martin. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3019-5.
- ROZTOČIL, Aleš, BARTOŠ, Pavel. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- SIMOČKOVÁ, Viera. *Gynekologicko – pôrodnické ošetrovatelstvo: učebnice pre fakulty ošetrovatelstva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2011. ISBN 978-808-0633-622.

Vedoucí bakalářské práce: **Doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2021.

Božena
.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Bocskorová Martina

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Dětská gynekologie

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: ženské pohlavní orgány – menstruační cyklus – gynekologické vyšetření – vulvovaginitida – adnexitida – synechia vulvae infantum – poruchy menstruačního cyklu – poruchy pohlavního dospívání – prevence – hygiena genitálu

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na obor gynekologie dětí a dospívajících a na úroveň znalostí žen–matek o nejčastějších gynekologických problémech a jejich prevenci.

Teoretická část zahrnuje anatomii a fyziologii ženských pohlavních orgánů, vyšetřování v dětské gynekologii, nejčastější gynekologické problémy a jejich prevenci a etické a právní aspekty související s oborem dětské gynekologie.

Ve včasném rozpoznání projevů gynekologických onemocnění a rovněž v jejich prevenci, která spočívá především ve správné hygieně zevního genitálu, hraje důležitou roli matka. Proto se praktická část zaměřuje na úroveň znalostí matek o gynekologických problémech dívek, jejich rozpoznávání a předcházení těchto komplikací. Lze konstatovat, že ženy jsou v oblasti dětské gynekologie dobře informovány, avšak v některých otázkách, které s prevencí souvisí, nejsou jejich znalosti dostatečné.

Abstract

Surname and name: Bocskorová Martina

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Pediatric gynecology

Consultant: Doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 30

Keywords: female genitals – menstrual cycle – gynecological examination – vulvovaginitis – adnexitis – synechia vulvae infantum – menstrual disorders – disorders of puberty – prevention – genital hygiene

Summary:

The bachelor thesis is focused on the field of pediatric and adolescent gynecology and on the level of knowledge of women – mothers about the most common gynecological problems and their prevention.

The theoretical part includes the anatomy and physiology of female genitals, examinations in pediatric gynecology, the most common gynecological problems and their prevention and ethical and legal aspects related to the field of pediatric gynecology.

The mother plays an important role in the early recognition of the manifestations of gynecological diseases and also in their prevention, which consists primarily in the proper hygiene of the external genitalia. Therefore, the practical part focuses on the level of knowledge of mothers about gynecological problems of girls, their recognition and prevention of these complications. It can be stated that women are well informed in the field of pediatric gynecology, but their knowledge is insufficient in some issues related to prevention.

Předmluva

Gynekologické problémy se nevyhýbají ani dětem a dospívajícím a mnoho z nich může mít v budoucnu negativní vliv na reprodukci dívky. Proto je důležité včas rozpoznat příznaky onemocnění a dbát na prevenci jejich vzniku. Tou lze v dětské gynekologii rozumět správnou péčí o dívčí genitál, neboť řada komplikací vzniká v důsledku nesprávné hygieny rodidel. V prevenci a ve včasném odhalení gynekologického problému u malých děvčátek či dospívajících dívek hrají velkou roli jejich matky. Proto je hlavním cílem bakalářské práce zjistit úroveň znalostí matek v oblasti dětské gynekologie.

Poděkování

Děkuji doc. MUDr. Zdeňkovi Rokytovi, CSc. za odborné vedení práce. Dále děkuji všem ženám, které věnovaly svůj čas k vyplnění dotazníku.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM GRAFŮ	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 OBOR DĚTSKÁ GYNEKOLOGIE	16
1.1 Historie oboru	16
2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	17
2.1 Vnější pohlavní orgány (organa genitalia externa).....	17
2.2 Vnitřní pohlavní orgány (organa genitalia interna)	18
2.3 Menstruační cyklus	20
2.3.1 Ovariální cyklus.....	20
2.3.2 Endometriální cyklus.....	21
2.3.3 Myometriální cyklus.....	21
2.3.4 Cervikální cyklus.....	21
3 ROZDĚLENÍ DĚTSKÉHO VĚKU	23
3.1 Období novorozenecké (neonatální).....	23
3.2 Období klidové (infantilní)	23
3.3 Období pohlavního dospívání.....	23
3.4 Anatomický vývoj v dětském věku	24
3.4.1 Zevní rodidla	24
3.4.2 Pochva	24
3.4.3 Děloha.....	25
4 VYŠETŘENÍ DÍVEK V DĚTSKÉ GYNEKOLOGII	26
4.1 Anamnéza	26
4.2 Aspekce (vyšetření pohledem).....	26
4.3 Palpace a perkuse (vyšetření pohmatem a poklepem)	27

4.4	Vaginoskopie a kolposkopie	27
4.5	Vyšetření ultrazvukem	28
5	NEJČASTĚJŠÍ GYNEKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH.....	29
5.1	Záněty rodidel	29
5.1.1	Vulvovaginitida	29
5.1.2	Adnexitida	32
5.2	Synechia vulvae infantum.....	33
5.3	Krvácení z rodidel v klidovém období.....	33
5.3.1	Poranění rodidel.....	34
5.3.2	Cizí těleso v pochvě.....	34
5.3.3	Zhoubný nádor pochvy a děložního hrdla	35
5.4	Poruchy menstruačního cyklu.....	36
5.4.1	Primární amenorea.....	36
5.4.2	Sekundární amenorea	36
5.4.3	Juvenilní metrorhagie	37
5.4.4	Oligomenorea, Polymenorea, Hypermenorea, Dysmenorea	37
5.5	Poruchy pohlavního dospívání.....	38
5.5.1	Předčasná puberta	38
5.5.2	Opožděná puberta	39
6	PREVENCE	41
6.1	Antikoncepce	41
6.2	Intimní hygiena	42
7	ETICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY V DĚTSKÉ GYNEKOLOGII.....	44
	PRAKTICKÁ ČÁST	46
8	FORMULACE PROBLÉMU	46
9	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	46
10	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	47

11	METODIKA PRÁCE	48
12	ORGANIZACE VÝZKUMU.....	48
13	ZPRACOVÁNÍ DAT	48
14	ANALÝZA ÚDAJŮ.....	49
15	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	69
16	DISKUZE	73
	ZÁVĚR.....	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
	SEZNAM PŘÍLOH	81

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Věk respondentek	49
Tabulka č. 2: Vzdělání respondentek	50
Tabulka č. 3: Počet dcer	51
Tabulka č. 4: Věk dcer.....	52
Tabulka č. 5: Řešení gynekologického problému	53
Tabulka č. 6: Povědomí o ambulanci dětské gynekologie v okolí bydliště	54
Tabulka č. 7: Vliv hygieny na gynekologické komplikace	55
Tabulka č. 8: Frekvence hygieny genitálu.....	56
Tabulka č. 9: Způsob hygieny genitálu a konečníku.....	57
Tabulka č. 10: Způsob hygieny genitálu u dívky školkového věku	58
Tabulka č. 11: Výtok z pochvy u dívky školkového věku	59
Tabulka č. 12: Způsob koupele u dívky trpící výtokem.....	60
Tabulka č. 13: Znalost termínu předčasná puberta.....	61
Tabulka č. 14: Projev předčasné puberty.....	62
Tabulka č. 15: Znalost termínu opožděná puberta	63
Tabulka č. 16: Projev opožděné puberty	64
Tabulka č. 17: Horní věková hranice pro nástup první menstruace	65
Tabulka č. 18: Zájem žen o menstruační cyklus dcer.....	66
Tabulka č. 19: Vedení menstruačního kalendáře.....	67
Tabulka č. 20: Porucha menstruačního cyklu u dospívající dívky	68

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Věk respondentek	49
Graf č. 2: Vzdělání respondentek	50
Graf č. 3: Počet dcer	51
Graf č. 4: Věk dcer	52
Graf č. 5: Řešení gynekologického problému	53
Graf č. 6: Povědomí o ambulanci dětské gynekologie v okolí bydliště	54
Graf č. 7: Vliv hygieny na gynekologické komplikace	55
Graf č. 8: Frekvence hygieny genitálu	56
Graf č. 9: Způsob hygieny genitálu a konečníku	57
Graf č. 10: Způsob hygieny genitálu u dívky školkového věku	58
Graf č. 11: Výtok z pochvy u dívky školkového věku	59
Graf č. 12: Způsob koupele u dívky trpící výtokem	60
Graf č. 13: Znalost termínu předčasná puberta	61
Graf č. 14: Projev předčasné puberty	62
Graf č. 15: Znalost termínu opožděná puberta	63
Graf č. 16: Projev opožděné puberty	64
Graf č. 17: Horní věková hranice pro nástup první menstruace	65
Graf č. 18: Zájem žen o menstruační cyklus dcer	66
Graf č. 19: Vedení menstruačního kalendáře	67
Graf č. 20: Porucha menstruačního cyklu u dospívající dívky	68

ÚVOD

Gynekologická onemocnění nejsou problémem jen dospělých žen, nýbrž i dospívajících dívek či malých děvčátek. Touto problematikou se zabývá specializovaný obor dětské gynekologie, který má svá specifika a rozdílnosti od gynekologie dospělých žen. Samozřejmostí je respektování anatomické odlišnosti i provedení vyšetřovacího postupu, při kterém není porušena panenská blána, ale také vhodný přístup a komunikace s dětskou pacientkou. Svým charakterem je tento obor zejména preventivní, jehož cílem je gynekologicky zdravá žena schopná přirozené reprodukce.

Vývoj i funkce pohlavních orgánů dívky je závislý na přítomnosti ovariálních hormonů estrogenů. Hormonální změny v průběhu života, tedy přítomnost či absence estrogenů, mají vliv i na vznik onemocnění těchto orgánů. Jedním z nejčastějších onemocnění, se kterým se dětský gynekolog setkává a které souvisí s nepřítomností estrogenů v organismu dívky, je synechia vulvae infantum. Synechii, která postihuje malá děvčátka, se lze ale úspěšně vyhnout každodenní důkladnou hygienou rodidel. Dostatečnou a správně provedenou péčí o zevní genitál dívky lze také předejít dalšímu významnému onemocnění, kterým je vulvovaginitida. Proto by matky dívek měly být důkladně poučeny nejen o existenci, projevech a rizicích těchto gynekologických onemocnění, ale především o prevenci jejich vzniku. Je důležité, aby si dívka již v dětství osvojila od matky takové hygienické návyky, které budou správné a kterými bude po celý život předcházet řadě gynekologických komplikací.

Dospívající dívky do ambulance dětské gynekologie přivedou nejčastěji problémy související s poruchami menstruačního cyklu nebo s poruchami pohlavního dospívání. Pohlavní orgány, jejich funkce i onemocnění jsou intimní záležitost, o které většina dospívajících dívek kvůli přirozenému studu běžně nehovoří. Jestliže jsou ale počáteční obtíže a příznaky onemocnění přehlédnuty, či dokonce bagatelizovány, hrozí riziko závažnějších komplikací nebo i poruch budoucí ženské plodnosti. Z toho důvodu by tato témata neměla být v rodině tabuizována a o gynekologické problémy svých dcer by se matky měly aktivně zajímat.

Tématem bakalářské práce je Dětská gynekologie. Jelikož se s gynekologickými problémy setkávají dívky jakéhokoli věku, je důležité, aby rodiče, zejména pak matky, byly v této problematice informované. Teoretická část bakalářské práce se zabývá anatomii

a fyziologií ženského reprodukčního systému, vyšetřováním v dětské gynekologii, nejčastějšími gynekologickými problémy a jejich prevencí a v neposlední řadě také etickými a právními aspekty, které se s oborem dětské gynekologie pojí.

Praktická část se věnuje problematice hygieny zevního genitálu dívky a schopnosti matek rozpoznat příznaky nejčastějších gynekologických onemocnění. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaká je úroveň znalostí žen v oblasti dětské gynekologie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBOR DĚTSKÁ GYNEKOLOGIE

Dětská gynekologie je součástí oboru gynekologie a porodnictví a jejím cílem je především prevence poruch ženské plodnosti. Tento obor pečuje o reprodukční systém dívky od jejího narození až do konce adolescence. Reprodukční trakt dětí a dospívajících se od traktu dospělých žen liší anatomicky i funkčně. Aby mohl lékař přesně určit diagnózu a zvolit odpovídající péči, musí si být těchto rozdílů vědom. Od gynekologie dospělých se dětská gynekologie liší také ve způsobu vyšetřování, ke kterému slouží speciálně konstruované nástroje. Kromě toho vyžaduje vyšetření dětské pacientky od lékaře i porodní asistentky zvlášť ohleduplný přístup, který u dívky nevyvolá strach z budoucích návštěv ambulance. (Kobilková et al., 2005, s. 201)

1.1 Historie oboru

Kolébku tohoto oboru je Československo, a to díky jeho zakladateli, kterým je prof. MUDr. Rudolf Peter. Dne 12. září 1940 otevřel v Praze v České dětské nemocnici samostatnou ambulanci dětské gynekologie, jež byla první na světě. Profesor Peter obor nejen praktikoval a zkoumal, ale také přednášel svým žákům z Československa a mnoha států východní i západní Evropy. Prof. Peter zastával stanovisko, že dětskou gynekologii by neměl praktikovat kterýkoli ženský lékař, nýbrž pouze speciálně vyškolený gynekolog se znalostí zvláštností dětského věku, který uplatňuje nezbytný specifický přístup k vyšetřovaným dívkám. Na tehdejší Fakultě dětského lékařství, kde přednášel, se mu do sylabů výuky gynekologie a porodnictví podařilo zařadit dětskou gynekologii. Se svým žákem a spolupracovníkem doc. MUDr. Karlem Veselým, DrSc. napsal v 60. letech první monografii zabývající se dětskou gynekologií, která byla vydána německy pod názvem „Kindergynäkologie“. Po smrti prof. Petera pokračoval docent Veselý v jeho stopách. Třetí výraznou osobností dětské gynekologie byl prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc., který přispíval k dalšímu pedagogickému, vědeckému i výzkumnému rozvoji oboru. V roce 1982 byla gynekologie dětí a dospívajících ustanovena specializačním oborem s nástavbovou atestací. Roku 1990 byla napsána a posléze vydána prof. Hořejším první česká monografie „Dětská gynekologie“. (Skřenková, 2018, s. 363–366)

2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

2.1 Vnější pohlavní orgány (*organa genitalia externa*)

Hrma – mons pubis, nazývaná také jako Stydký pahorek nebo Venušin pahorek, je trojúhelníková vyvýšená část zevních rodidel, která je tvořena silnou kůží podloženou tukovým polštářem. Od puberty je hrma pokryta ochlupením – *pubes*.

Velké stydké pysky – labia majora pudendi jsou tvořeny párovou kožní řasou ve tvaru podélných valů širokých přibližně 2–3 cm. Ventrálně jsou spojeny přední komisurou, v zadní části tvoří zadní komisuru. Mezi velkými stydkými pysky se nachází stydká štěrbina (*rima pudendi*), která je oddělena od řitního otvoru 3–4 cm dlouhou hrází. Kůže stydkých pysků je pigmentovaná, s hojným tukovým podkožím a ochlupením. Velké stydké pysky obsahují také množství potních a mazových žláz.

Malé stydké pysky – labia minora pudendi jsou kožní duplikatury slizničního typu uložené mezi velkými labii. V horní části se rozdělují na dvě řasy. Horní řasa tvoří předkožku klitorisu (*praeputium clitoridis*) a dolní řasa uzdičku klitorisu (*frenulum clitoridis*). Dorzálně pak malé stydké pysky splývají s velkými stydkými pysky, nebo se spojují navzájem a vytváří uzdičku – *frenulum labiorum pudendi*. Frenulum je ovšem velmi křehké, takže se prakticky vyskytuje jen u žen, které dosud nerodily, neboť během porodu se obvykle trhá. Podkladem malých stydkých pysků je kolagenní vazivo s elastickými vlákny a není v nich obsažen žádný tuk. Na jejich poševní straně se nachází četné mazové žlázy produkující sekret, který společně s odloupaným dlaždicovým epitelem vytváří bělavý maz – *smegma preputii*.

Poštváček – clitoris je erektilní orgán složením podobný mužskému penisu. Na rozdíl od něj ale neobsahuje močovou trubici (*uretru*). Poštváček je tvořen kavernózními tělesy (*crura clitoridis*), která jsou připojena k vnitřní ploše stydkých kostí. *Crura clitoridis* se spojují a vytvářejí tělo poštváčku (*corpus clitoridis*), které je zakončeno vysoce senzitivním žaludem (*glans clitoridis*).

Poševní předstíň – vestibulum vaginae je prostor mezi malými stydkými pysky a klitorisem. V přední části pod poštváčkem se nachází vyústění uretry a v zadní části je vstup do pochvy, který je u panen částečně uzavřen panenskou blánou.

Panenská blána – hymen je tenká slizniční duplikatura uložená v ústí pochvy. Tvar i tloušťka hymenu závisí na množství estrogenů. Jejich vliv je na hymenu viditelný pouhým okem, proto je označován jako „zrcadlo estrogenů“. Tvar hymenu je velmi variabilní, nejčastěji se ale můžeme setkat s tvarem prstenčítým (*hymen anularis*) a poloměsíčitým (*hymen semilunaris*). Blána by měla mít u panen vždy přirozený otvor pro odtok menstruační krve. Pokud tomu tak není, dochází k retenci krve. Po defloraci během pohlavního styku zbydou z hymenu jen drobné hrbolky, tzv. *carunculae hymenales*.

Bulbus vestibuli je párové těleso obklopující poševní vchod, které je tvořeno bohatými žilními pleteněmi. Při vzrušení během pohlavního styku se bulbus vestibuli naplní, a zužuje tak vchod do pochvy.

Vestibulární žlázy slouží k udržení vlhkosti poševního vchodu. Největší je párová Bartholiniho žláza (*glandula vestibularis major*), která je uložena v bázi velkých stydkých pysků a velikostí odpovídá hrášku. Drobné žlázy (*glandulae vestibulares minores*) jsou roztroušené po celém obvodu poševního vchodu.

Hráz – perineum je 3–4 cm dlouhý prostor mezi zadní komisurou velkých stydkých pysků a řitním otvorem. Hráz je tvořena kůží, podkožím a svalovinou. (Citterbart et al., 2001, s. 8; Roztočil a kol., 2011, s. 28–30)

2.2 Vnitřní pohlavní orgány (organa genitalia interna)

Vaječník – ovarium je párový orgán, jehož velikost a vzhled se v průběhu života ženy mění. V dětství má vzhled hladkého bílého proužku, zatímco během pohlavního dospívání se mění v ovoidní útvar s hrbolatým povrchem. Vaječník visí na peritoneální duplikatuře pod fimbriemi vejcovodu. Povrch vaječníku tvoří jednovrstevný kubický epitel, vnitřní struktura se pak skládá z kůry (*cortex ovarii*) a dřene (*medulla ovarii*). V kůře se nachází váčky (*folikuly*), ve kterých jsou uložena vajíčka (*oocyty*). Dřeň obsahuje vazivo, svalovinu, cévy a nervy. Kromě toho, že je vaječník zdrojem pohlavních buněk, má současně i endokrinní funkci. Ta se začíná uplatňovat během puberty, kdy vaječník zahajuje produkci pohlavních hormonů, které mají vliv na dozrávání folikulů a následné uvolnění vajíčka. Tento proces souvisí s menstruačním cyklem.

Vejcovod – tuba uterina je párový orgán trubicovitého tvaru o délce 10–12 cm. Jedním koncem se otevírá do děložní dutiny, a druhým pak do dutiny břišní poblíž vaječníku. Vejcovod se skládá ze čtyř částí. V nejširší z nich, v *ampulle*, dochází

k oplození vajíčka spermií. Vejcovod je na svém konci opatřen řasnatými výběžky (*fimbriemi*), které zachytí vajíčko po jeho uvolnění z vaječníku a nasají ho dovnitř. Poté je vajíčko posouváno dále směrem k děloze pomocí kmitajících řasinek, ze kterých je sliznice vejcovodu tvořena. Transportu napomáhá také vrstva hladké svaloviny, která zajišťuje peristaltické pohyby. Stejným způsobem, ale v opačném směru, probíhá transport spermií k vajíčku.

Děloha – uterus je dutý orgán tvaru předozadně oploštělé hrušky. Hmotnost netěhotné dělohy dospělé ženy je cca 50 gramů. Na děloze se rozlišují dvě základní části – tělo (*corpus uteri*) a hrdlo (*cervix uteri*). Tělo s hrdlem spojuje malý úsek – *isthmus uteri*. U netěhotných žen nemá funkční význam, důležitý je ale v těhotenství, kdy tvoří tzv. dolní děložní segment. Horní okraj dělohy se nazývá *fundus*, který do stran vybíhá v děložní rohy, z nichž pak odstupují vejcovody. Děložní tělo se směrem od fundu k isthmu zužuje. Děložní hrdlo je spodní zúženou částí dělohy, ke které se upíná vagina. Ta ho rozděluje na část supravaginální (horní úsek) a část vaginální (dolní úsek). Vaginální část směřuje do pochvy a říká se jí čípek děložní.

Děložní stěna se skládá ze tří vrstev. Vnitřní vrstva – *endometrium* je tvořena sliznicí, střední vrstva – *myometrium* je z hladké svaloviny a zevní vrstva – *perimetrium* je kryta peritoneem.

Pochva – vagina je trubicovitý svalový orgán spojující vnitřní a vnější pohlavní orgány ženy. Pochva je průměrně 8 cm dlouhá, přičemž zadní stěna je asi o 2 cm delší než přední stěna. Horní část pochvy se upíná na děložní hrdlo a dolní část je neúplně uzavřena panenskou blánou. Děložní čípek, který lze pozorovat uvnitř pochvy, tvoří hranici mezi přední a zadní poševní klenbou.

Poševní stěna se skládá ze sliznice, svalové vrstvy a vazivového krytu. Sliznici pochvy tvoří nerohovějící dlaždicový epitel a její vzhled se mění v závislosti na menstruačním cyklu, popřípadě těhotenství. Svalová vrstva je tvořena hladkou svalovinou uspořádanou do spirál, což umožňuje dostatečné rozšíření poševní stěny během porodu. (Citterbart et al., 2001, s. 2–5; Kobilková et al., 2005, s. 20–21; Roztočil a kol., 2011, s. 21–27)

2.3 Menstruační cyklus

Pod tímto termínem se rozumí cyklicky se opakující soubor změn, kterým podléhá reprodukční systém ženy. Jeho smyslem je příprava pohlavních orgánů k oplodnění a těhotenství. Průměrná délka fyziologického menstruačního cyklu je 28 dní a probíhá od puberty až do klimakteria. Za začátek cyklu se považuje první den menstruačního krvácení. Menstruační cyklus je rozdělen na ovariální, endometriální, myometriální a cervikální.

2.3.1 Ovariální cyklus

Cyklické změny odehrávající se v ženském reprodukčním systému mají na starost žlázy s vnitřní sekrecí (hypothalamus, adenohipofýza, ovaria). Hypothalamus prostřednictvím gonadoliberinů řídí činnost v adenohipofýze, z níž jsou následně vyplavovány gonodatropiny. Mezi gonatotropiny se řadí FSH (folikulostimulační hormon) a LH (luteinizační hormon), které mají na svědomí růst a zrání folikulů, ovulaci, vznik žlutého tělíska a tvorbu pohlavních hormonů.

Folikul je základní stavební jednotkou vaječníku, uvnitř něj probíhá příprava vajíčka k oplodnění. V 5.–6. měsíci prenatalního vývoje dosahuje počet folikulů 6–7 milionů. Jejich množství je postupně zredukováno na 1–2 miliony v době porodu a v období menarche se již počet folikulů pohybuje pouze kolem 500 000. Během celého reprodukčního života ženy se z vaječnicků uvolní asi 400 vajíček.

Folikulární fáze trvá 12–14 dní od začátku menstruace. Na počátku cyklu se začne skupina několika folikulů zvětšovat a okolo vajíčka se vytvoří dutina. V jednom vaječníku začne jeden z folikulů vyžrávat rychleji než ostatní a na povrchu ovaria se začne vyklenovat. Nazývá se Graafův folikul a dozrává do velikosti až 20 mm. Ovarium během tohoto období vytváří pohlavní hormony estrogeny a v malém množství i progesteron.

Ovulační fáze nastává kolem 14. dne, kdy praskne stěna Graafova folikulu, a vajíčko je tak vyplaveno do dutiny břišní. Tento proces se nazývá ovulace. Uvolněné vajíčko zachytí fimbrie vejcovodu, nasají ho dovnitř a posouvají ho směrem k děloze.

Luteální fáze začíná po uvolnění vajíčka. Prasklý folikul se vyplní krví a ve folikulárních buňkách se ukládá tuk spolu se žlutým pigmentem luteinem. Postupně tak z něho vzniká žluté tělísko (*corpus luteum*), které je hlavním zdrojem progesteronu. Pokud nedojde k oplození vajíčka, corpus luteum degeneruje a mění se v bílé tělísko

(*corpus albicans*), které kolem 24. dne zaniká a na povrchu ovaria po něm zůstane jen drobná jizva. Jestliže ale k oplození vajíčka dojde, corpus luteum se přemění na *corpus luteum graviditatis* a dál produkuje progesteron. (Citterbart et al., 2001, s. 17–18; Creighton et al., 2018, s. 8; Slezáková a kol., 2017, s. 22–23)

2.3.2 Endometriální cyklus

V závislosti na ovariálním cyklu pod vlivem měnících se hladin estrogenů a progesteronu dochází k proliferaci a sekreci děložní sliznice. Smyslem cyklu je příprava endometria na uhnízdění a vývoj oplozeného vajíčka.

Proliferační fáze trvá přibližně od 5. do 14. dne cyklu a je navozena estrogeny. V této fázi dochází k obnově sliznice po proběhlé menstruaci, zvýšení jejího prokrvení a k růstu žlázek a povrchového epitelu.

Sekreční fáze začíná po ovulaci, tedy 15. den cyklu. Tato fáze je navozena progesteronem. Hromadí se během ní glykogen a lipidy, které v počátku těhotenství vyživují oplozené vajíčko. Žlásky se postupně rozšiřují a stáčejí, spirální tepénky prorůstají až k povrchu endometria. Sekreční fáze končí 26. den cyklu.

Ischemická fáze nastává pouze v případě, že není vajíčko oplodněno. Tato fáze trvá maximálně 1 den a dochází během ní ke svraštění a následnému odumření tepének, které do té doby vyživovaly buňky endometria.

Menstruační fáze se vyznačuje odloučením odumřelé povrchové vrstvy sliznice, která spolu s krví z poškozených tepének vytváří nesrážlivou menstruační krev. Ta vytéká z rodidel za pomoci kontrakcí dělohy. Období menstruace zahrnuje deskvamační fázi, která trvá 1–2 dny, a regenerační fázi trvající 2–3 dny. (Roztočil a kol., 2011, s. 74; Slezáková a kol., 2017, s. 21)

2.3.3 Myometriální cyklus

V první polovině cyklu postupně stoupá spontánní děložní motilita. Vrcholu dosahuje během ovulace, a poté zase postupně klesá. Během menstruace napomáhají kontrakce myometria k odlučování sliznice a jejímu následnému vypuzení z dělohy.

2.3.4 Cervikální cyklus

V cervixu rovněž probíhají cyklické změny, které jsou součástí přípravy ke koncepci. Jedná se především o změnu cervikálního hlenu, který v průběhu cyklu mění své

biofyzikální a biochemické vlastnosti. Mění se množství, viskozita i obsah hlenu zajišťují snadnější průnik spermií do dělohy. Nejideálnější podmínky pro průnik spermií představuje období ovulace. (Citterbart et al., 2001, s. 19)

3 ROZDĚLENÍ DĚTSKÉHO VĚKU

Morfologie a funkce ženských pohlavních orgánů a tkání závisí na hormonu estrogenu, který je produkován vaječníky. O těchto orgánech a tkáních se tedy mluví jako o estrogen-dependentních. Hladina estrogenů se u dětí a dospívajících mění, což má za následek řadu fyziologických změn. Z tohoto hlediska je v dětské gynekologii rozdělen věk dětí do tří etap.

3.1 Období novorozenecké (neonatální)

Tímto obdobím se rozumí interval 6 až 8 týdnů po porodu. V prenatalním stadiu je plod pod vlivem mateřských estrogenů, které způsobují změny na jeho pohlavních orgánech. Vliv hormonu na reprodukční soustavu dítěte není ukončen porodem, působí i nadále, dokud se mateřský estrogen z těla novorozence nevyplaví. V tomto období můžeme u novorozence pozorovat zduřelou prsní žlázu, mírný sekret z prsů, odtok hlenu z pochvy nebo lehké krvácení z rodidel.

3.2 Období klidové (infantilní)

Toto období se vyznačuje prakticky nulovými hladinami cirkulujících estrogenů. Z tohoto důvodu jsou všechny estrogen-dependentní pohlavní orgány ve stavu minimálního anatomického rozvoje a v úplném funkčním klidu. Prsní žláza není zduřelá, děložní tělo i vaječníky jsou malé a pochva je kryta hymenem. Klidové období trvá až do začátku období pohlavního dospívání, které nastupuje kolem 8. roku života.

3.3 Období pohlavního dospívání

Toto období je ovlivněno nástupem aktivity gonadotropinů v hypotalamu a následným vyplavováním pohlavních hormonů (především estrogenů z vaječnicků). Tento počátek produkce estrogenů ovarii nazýváme *gonadarche*, a jeho následkem je soubor změn známých jako puberta. Reprodukční soustava anatomicky i funkčně dozrává, a dívka se tak z dítěte stává ženou. Vliv na nástup puberty mají dědičné, rasové, klimatické i nutriční faktory, přičemž v našich podmínkách se začátek pohybuje průměrně mezi 10.–12. rokem. Působení pohlavních hormonů má za následek řadu změn, mezi něž patří rozvoj vnějších i vnitřních rodidel, změny stavby kostry a svalstva, ukládání podkožního tuku a rozvoj sekundárních pohlavních znaků, na kterých lze pubertální vývoj dívky pozorovat nejlépe. *Telarche* je růst a vývoj prsů, který fyziologicky může začít již od 8. roku života. Prsní žláza roste nejprve jednostranně, ale druhý prs brzy dorůstá. Vrchol vývoje prsů

je nejčastěji v 15 letech. *Pubarche* je termín pro růst pubického ochlupení, které u dívek postupně doroste do tvaru trojúhelníku. Nejčastěji se vyvíjí společně s prsními žlázkami. *Adrenarche* označuje axilární ochlupení a vyvíjí se nejpozději (od 9 do 17 let). Jeho rozvoj závisí nejen na estrogenech, ale také na nadledvinových hormonech. *Menarche* je první menstruace dívky. Obvykle nastupuje mezi 10.–15. rokem a je jí dokončeno období puberty. Zpočátku bývají menstruační cykly u většiny dívek nepravidelné a anovulační. To znamená, že děložní sliznice se mění pouze díky vlivu estrogenů, nikoliv i progesteronu jako tomu bývá u pohlavně vyzrálých žen. Dívka tak krvácí pouze z důvodu spádu estrogenů (poklesu jejich hladin). Cykly bez ovulace by měly být nahrazeny ovulačními cykly do 2 let. (Citterbart et al., 2001, s. 75–76; Hořejší, 2001, s. 399, 419; Slezáková a kol., 2017, s. 25; Leifer, 2004, s. 530–531)

3.4 Anatomický vývoj v dětském věku

3.4.1 Zevní rodidla

V novorozeneckém období jsou zevní rodidla vlivem estrogenizace prosáklá a zduřelá, což je nejvíce patrné na malých stydkých pyscích, které mohou dokonce mezi velkými stydkými pysky vyčnívat. Ve vchodu poševním je patrný vazký hlen, který je produkován žlázkami děložního hrdla. V klidovém období jsou malé stydké pysky drobné a zcela překryté velkými stydkými pysky, vulva je bez sekrece. V období puberty vlivem stoupající hladiny estrogenů zevní rodidla opět prosáknou a zduří, což je nejvíce patrné na malých stydkých pyscích a panenské bláně. O hymenu se říká, že je „zrcadlem estrogenů“, proto je možné neestrogenizovaný hymen pozorovat jako průsvitnou blanku anulárního tvaru, zatímco estrogenizací se hymen ztlušťuje a mění na fimbriátní.

3.4.2 Pochva

Pochva se díky estrogenům stává prostornější a její stěny se ztlušťují a řasí. Nejvíce se míra estrogenizace odráží na poševním epitelu, který je u novorozenců proliferovaný, zatímco v klidovém období sestává už jen z pěti až osmi vrstev parabazálních buněk. Od 7 let nastávají první známky poševní estrogenizace a přibližně ve stejné době se pochva osidluje Döderleinovým laktobacilem, který vytváří její kyselé prostředí.

Citlivost poševního epitelu na estrogény se využívá také k diagnostice. Při provedení poševní cytologie je možné snadno posoudit úroveň estrogenizace, čímž lze u dětí a dospívajících snadno zjistit hormonální změny.

3.4.3 Děloha

Proporcionální přestavba dělohy probíhá nečastěji mezi 9. až 18. rokem života. Děloha také reaguje na hladinu estrogenů, přičemž děložní tělo citlivěji než hrdlo. V novorozeneckém období je proto vlivem estrogenizace děložní tělo větší a dobře hmatné. Tomuto typu dělohy říkáme *uterus neonatalis*. V klidovém období je tělo menší a poměr jeho velikosti k hrdlu je 1:2, děloha je typu *uterus infantilis*. Na počátku puberty stoupá hladina estrogenů, a proto opět roste rychleji děložní tělo. Děloha je tak v poměru 1:1 a říkáme jí *uterus pubertalis*. Tento typ je pouze přechodný, neboť děložní tělo dále roste, a jakmile převládne nad velikostí hrdla a dostane se do poměru 2:1, hovoří se o děloze dospělého typu – *uterus adultae*. (Hořejší, 2001, s. 399–400; Roztočil a kol., 2011, s. 140–141)

4 VYŠETŘENÍ DÍVEK V DĚTSKÉ GYNEKOLOGII

Během vyšetřování v dětské gynekologii je nutné brát ohled nejen na anatomické odlišnosti dívek v různém věku, ale také na vhodný psychologický přístup. Zatímco dospělá žena je motivována ke spolupráci s gynekologem tím, že chce od něj pomoc a péči, dítě nevnímá vyšetření jako důležité. Tato skutečnost tedy vyžaduje od lékaře i porodní asistentky speciální chování i jednání, kterým si získají dívčinu důvěru. To znamená být laskavý, trpělivý a jevit o dítě zájem. Dívce by mělo být v mezích jejího chápání vysvětleno, z jakého důvodu a jakým způsobem bude vyšetření probíhat. Pozitiva nese také přítomnost rodičů, neboť dětem během vyšetření mohou poskytnout pocit bezpečí a rozptýlení. (Hořejší, 2001, s. 404)

4.1 Anamnéza

Anamnestické údaje se získávají od vyšetřované dívky, rodičů nebo jiné doprovázející osoby. Informace od mladších děvčátek jsou často spíše orientační, a anamnéza tak slouží především k navázání kontaktu mezi lékařem a pacientkou. Podstatné údaje tak podávají zejména rodiče, nejčastěji matka. U starších dívek je rozhovor veden především se samotnou pacientkou a matka pouze doplňuje informace, které dcera neví. Některé starší dívky se kvůli studu nebo příliš autoritativnímu vystupování matky neodvážejí svěřit, což by měl mít lékař i porodní asistentka na paměti a s pacientkou promluvit o samotě. K získání kvalitních údajů je zapotřebí hodně trpělivosti a vyšetřující gynekolog by měl být schopen pokládat správné dotazy, kterými usměrní průběh anamnestického rozhovoru.

Zpravidla se lékař nejprve dotazuje na *rodinnou anamnézu* dítěte, ve které pátrá především po vývojových vadách a dědičných chorobách. Dále je zjišťována *osobní anamnéza*, která zahrnuje prodělané infekce, operace, alergie, užívané léky atd. Poté je na řadě *anamnéza gynekologická*, ve které pacientka popíše potíže, kvůli kterým přichází, a případně také prodělané gynekologické nemoci a operace. U starších dívek je anamnéza rozšířena o údaje týkající se menarche a průběhu menstruačního cyklu. Bez přítomnosti matky je dívka tázána i na to, zda již měla pohlavní styk. (Hořejší, 2003, s. 18–19; Roztočil a kol., 2011, s. 146–147, Simočková, 2011, s. 90)

4.2 Aspekce (vyšetření pohledem)

Aspekci se rozumí celkové zhodnocení těla pacientky pohledem. Nejprve je dívka změřena a zvážena, a poté si lékař prohlédne její postavu jako celek. Je sledována symetrie

těla, pigmentace kůže, množství a rozložení podkožního tuku, tvar hrudníku i pánve a celková úroveň hygieny. Zvláštní pozornost je věnována vývoji sekundárních pohlavních znaků a jeho odklonu od normálu.

Po celkové prohlídce se dívka přesune na gynekologické křeslo a je provedena aspekce zevních rodidel. Je pozorováno pubické ochlupení, čistota rodidel a přítomnost výtoků, smegmatu, stolice, krvácení či poranění. Dále je zhodnocen tvar, pigmentace a symetrie malých a velkých stydkých pysků. Vyšetření se zaměřuje také na vzhled klitoris a ústí močové trubice. V neposlední řadě je prohlédnut hymen. Pozoruje se jeho tloušťka, která poukazuje na dívčin hormonální stav, a také přítomnost přirozeného otvoru, který je nezbytný pro odtok menstruační krve. Aspekce je zakončena prohlídkou hráze a okolí análního otvoru. (Hořejší, 2003, s. 19; Roztočil a kol., 2011, s. 147)

4.3 Palpace a perkuse (vyšetření pohmatem a poklepem)

Vyšetření pohlavních orgánů by měla předcházet palpace dívčina břicha a podbřišku. Při vyšetření se postupně přechází od povrchové palpace k hlubší a je hodnocena její bolestivost. Pomalým postupem od jedné oblasti k druhé by mělo být prohmatáno celé břicho. Důležitou součástí je i *bimanuální* vyšetření, které se provádí oběma rukama a jehož cílem je posouzení vnitřních pohlavních orgánů. Kvůli riziku poškození hymenu se toto vyšetření provádí rektoabdominálně. To znamená, že ukazovák dominantní ruky je zaveden do konečníku, zatímco druhá ruka hmatá přes břišní stěnu. Zavedený prst by měl být vždy navlhčený gelem. Tímto způsobem se zjišťuje velikost a proporce dělohy i vaječníků. U dívek starších 15 let, které už měly pohlavní styk, je možné palpovat vaginálně.

Vyšetření může být doplněno perkusí (poklepem), pomocí níž se posuzuje odpor břišní stěny, její bolestivost, velikost orgánů a obsah břišní dutiny. (Hořejší, 2003, s. 20; Roztočil a kol., 2011, s. 147)

4.4 Vaginoskopie a kolposkopie

Vaginoskop se používá k optickému vyšetření horní třetiny pochvy a děložního hrdla. Využívá se u nedeformovaných dívek a jeho účelem je prohlédnutí oblasti skrze přirozený otvor v hymenu. Do otvoru je zavedena trubička vhodné velikosti a pomocí světelného zdroje je vyšetřena pochva a čípek. Jde tedy o metodu endoskopickou. Zavedený vaginoskop lze ale využít i k odběru materiálu pro laboratorní vyšetření, neboť

tento způsob je pro děti snesitelnější, než kontakt suché štětičky s citlivým hymenem. Vaginoskopie je pro pacientku nebolestivá a není potřeba celkového ani místního znecitlivění. Pokud je ale otvor v hymenu příliš malý a zavádění přístroje by mohlo způsobovat bolest, měl by být výkon proveden v celkové anestezii.

Jestliže je zapotřebí detailně prohlédnout hymen, používá se kolposkop. Jedná se o speciální mikroskop se světlem, pomocí něhož lze posoudit, jestli nedošlo k poškození hymenu. Kolposkop umožňuje 12,5 krát zvětšit sliznici panenské blány, díky čemuž je možné odlišit její přirozené záhyby od trhlin nebo jizev. K posouzení celistvosti hymenu se přistupuje zejména při podezření na pohlavní zneužití. (Hořejší, 2003, s. 19–20; Roztočil a kol., 2011, s. 147–148; Pilka, Procházka a kol. 2012, s. 186–187)

4.5 Vyšetření ultrazvukem

Ultrazvuk patří mezi základní zobrazovací vyšetřovací metody a má v gynekologii nezastupitelný význam. Ultrazvukové vyšetření se ukázalo být rychlé, přesné a neškodné, a tak postupně začalo nahrazovat rentgenologické zobrazovací metody. Vyšetření je nebolestivé a dobře snášené pacientkami různého věku, avšak má svá specifika. Podmínkou je naplněný močový měchýř, což může být zvláště pro mladší děvčátka problém. Je vhodné, aby na to matka svoji dceru připravila a pomohla ji tuto skutečnost zvládnout. U většiny dívek vyšetření ultrazvukem probíhá transabdominálně, tedy přes břišní stěnu. Tato forma sonografie umožňuje celkovou orientaci v malé pánvi. Pokud není možné při vyšetření transabdominálním způsobem získat jasné výsledky (např. u obézních dívek), je zvolen přístup transperineální či transrektální, který je ale pro děti velmi nepříjemný. U dospívajících pacientek s deflorovaným hymenem je možné použít k vyšetření transvaginální sondu. (Hořejší, 2001, s. 463–464; Roztočil a kol., 2011, s. 148)

5 NEJČASTĚJŠÍ GYNEKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

5.1 Záněty rodidel

Nejčastějším gynekologickým onemocněním u dětí je zánět zevních rodidel (vulvitis) a zánět pochvy (kolpitis), které se prakticky vždy vyskytují současně jako vulvovaginitida. Zánětem mohou být postiženy také děložní přívěsky (adnexitis), což může mít do budoucna závažný dopad na dívčinu plodnost.

5.1.1 Vulvovaginitida

Zatímco u dospělých žen jsou nejčastějšími původci zánětu zevních rodidel a pochvy kvasinky způsobující mykózu, u dětí je zánět vyvolaný především bakteriemi střevní flóry. Charakteristickým příznakem tohoto onemocnění je výtok – fluor vaginalis. Přítomnost výtoku ovšem neznačí v dětské gynekologii vždy patologii, neboť jeho výskyt je ovlivněn i estrogenizací reprodukčního systému. Z toho důvodu lze rozlišovat patologické i fyziologické druhy fluoru v závislosti na rozdělení dětského věku.

V novorozeneckém období je organismus děvčátka pod vlivem mateřských hormonů, které způsobují sekreci hlenu z děložního hrdla a osídlení pochvy Döderleinovým laktobacilem produkujícím kyselinu mléčnou. To má za následek fyziologický výtok, tzv. *fluor neonatalis purus*. Tento druh fluoru neobsahuje patogeny a nečiní novorozenci žádné obtíže, tudíž není důvod ho léčit. Výtok je hlenovitý, čirý nebo bělavý a lehce nakysle páchnoucí. Obvykle vymizí během několika týdnů po porodu. V novorozeneckém období se ale může vyskytnout i *fluor neonatalis mixtus*, který již značí přítomnost patogenního agens. K přenosu infekce dochází buď z porodních cest matky během porodu, nebo kvůli špatné hygieně genitálu novorozence. Vzhledem k působení mateřských estrogenů na organismus lze diagnostikovat kompletní spektrum mikrobiálních nálezů jako u dospělých žen (bakterie, kvasinky, trichomoniáza, atd.). Patologický fluor je bílý, žlutý až nazelenalý a někdy i páchnoucí. K diagnostice je zapotřebí provést mikroskopické a kulturační mikrobiologické vyšetření, aby mohla být léčba cílená. Novorozenecké vulvovaginitidě se dá předejít léčbou kolpitud těhotných žen ještě před porodem a edukací žen o základních hygienických pravidlech při péči o genitál novorozence. Ta zahrnuje především důsledné omývání rodidel po stolici směrem

od pochvy ke konečníku a dostatečně častou výměnu plen. (Hořejší, 2001, s. 406–407; Havlín, 2011, s. 437)

V klidovém období není organismus děvčátek pod vlivem estrogenů a poševní prostředí je charakterizováno absencí všech mikroorganismů včetně Döderleinova laktobacilu. Pokud se tedy v tomto období vyskytne výtok, jedná se vždy o patologický fluor mixtus, který je projevem zánětu rodidel. Hlavní příčinou vulvovaginitidy v tomto období je přenos střevních bakterií do pochvy (*Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Klebsiella*). Způsobuje ho především nedostatečná nebo nesprávně prováděná hygiena po stolici (otření směrem zezadu dopředu), znečištěné spodní prádlo, oblékání kalhotek přes obuv, průjem, ale i masturbace a dětské „hry na doktora“. Další velmi častou možností přenosu infekce je střevní parazit, zejména roup dětský. Zpravidla v noci jeho samičky kladou do okolí řitního otvoru vajíčka, což vyvolává svědění, a dítě si tak škrábáním samo může infekci do pochvy zanést. Někdy se dokonce roup sám přemístí z trávicího traktu a způsobí v pochvě zánět. Infekce se může šířit také krevní cestou při onemocnění, kterým je např. angína, spála nebo onemocnění horních cest dýchacích. V takovém případě je infekce způsobena nejčastěji streptokoky, a proto se provádí cílená kultivace z krku a nosu k potvrzení nebo vyloučení přítomnosti patogenu. Kvůli tenké panenské bláně s poměrně velkým otvorem může vulvovaginitida rovněž vzniknout během infekce močových cest. Vstup do pochvy není dostatečně kryt, a zatékání moči tak může vyvolat zánět. Vulvovaginitida je v klidovém období velmi častá a děvčátka si stěžují především na dyskomfort v oblasti vulvy. Kůže zevního genitálu je tenká a její podráždění během zánětu se projevuje svěděním, pálením a zarudnutím. Při výrazném zánětu pacientka pociťuje také bolesti v podbříšku. (Jandová, 2002, s. 158; Kosová, 2018, s. 355–356)

V období pohlavního dospívání začíná docházet k produkci estrogenů vlastními vaječníky a pochvu osidluje Döderleinův laktobacil. Projevem těchto fyziologických změn je *fluor pubertalis purus*, který značí blížící se menarche. Výtok je čirý, zcela bez přítomnosti patogenů, a tudíž nevyžaduje žádnou léčbu. Pokud ale je pochva kolonizována nějakým patogenem, vzniká *fluor pubertalis mixtus* a kultivačním vyšetřením je diagnostikováno stejné spektrum nálezů jako u dospělých žen. Přenos infekce bývá podobně jako u dětí v klidovém období zapříčiněn především nedostatečnou hygienou, a navíc také častým nošením těsných a neprodyšných džinsů nebo silonového spodního prádla. Tyto nešvary společně s estrogenizací pochvy přispívají k nárůstu výskytu mykóz, které se tak u dospívajících dívek stávají zcela běžným onemocněním.

Významnou změnu představuje zahájení pohlavního života, čímž se problematika vulvovaginitid stává shodnou s problematikou výtoků u dospělých žen, a dívka proto přechází z dětské gynekologie do běžné gynekologické ambulance. (Hořejší, 2001, s. 410; Jandová, 2002, s. 158)

Vulvovaginitida znamená pro dívku dyskomfort, ale také zdravotní rizika. Nejchoulostivější na zánět vulvy a pochvy je blízko uložená krátká uretra, která snadno umožní vstup infekce do močových cest. Zvláště u dospívajících dívek hrozí také vzestup infekce do vyšších oddílů rodidel, do dělohy a na adnexa. Proto by měl být zánět vždy aktivně vyhledáván a cíleně léčen. Vulvovaginitida se potvrzuje kultivačním vyšetřením mikrobiálního obrazu poševního (MOP), které je doplněno vyšetřením moči včetně bakteriurie. Při podezření na přítomnost roupů se v okolí análního otvoru pátrá po jejich vajíčkách. Pokud je v klidovém období prokázána mykóza, která je pro toto období ojedinělá, mělo by mít děvčátko vyšetřeno hladinu glykemie v krvi, neboť kvasinková vulvovaginitida může být prvním projevem probíhajícího diabetu. Součástí vyšetření by měla být také vaginoskopie, protože především masivní páchnoucí výtok může značit i přítomnost cizího tělesa v pochvě.

Prvním krokem v léčbě je odstranění vyvolávajících příčin. To znamená zlepšení hygieny rodidel i oděvu, odstranění cizího tělesa z pochvy nebo vymýcení roupů. Dále terapie probíhá na základě kultivačního nálezu a zjištění citlivosti. Pokud je ovšem onemocnění akutní, na výsledek kultivace se nečeká a léčba je zahájena ihned. Vulvovaginitida je léčena zásadně lokálně, indikací k celkové terapii je pouze současná infekce močových cest, respirační infekce, spála, atd. I v těchto případech je ale terapie doplněna léčbou lokální, neboť v pochvě se léky podané celkově nevyklučují v dostatečně účinné koncentraci, a tak zánět po přechodném zlepšení propukne znovu. Vaginální ošetření v gynekologické ambulanci spočívá ve výplachu pochvy dezinfekčním roztokem (Persteril, Septonex) a následném zavedení medikamentózního čípku (Furantoin, Sulfathiazol) hluboko do pochvy, a to 1x denně 7–10 dnů. Čípky používané v dětské gynekologii jsou malé a tvarem uzpůsobené tak, aby prošly otvorem v hymenu bez jeho poškození. I tak je ale zavádí vždy jen lékař nebo porodní asistentka. Starší dívky, zejména pak deflorované, si čípky do pochvy mohou zavádět samy. Léčba by měla být v domácím prostředí doplněna o časté sprchování čistou vodou. Absolutně nevhodné jsou sedací koupele, neboť rodidla i konečník jsou při nich omývány stejnou vodou,

což umožňuje další zavedení bakterií z konečníku do pochvy. (Jandová, 2002, s. 159; Citterbart et al., 2001, s. 77; Havlín, 2011, s. 438)

5.1.2 Adnexitida

Počet dívek se záněty děložních přívěsků v posledních letech narůstá. Adnexitida postihuje především dospívající dívky procházející pubertou, jejichž vnitřní rodidla jsou bohatě prokrvena a jsou citlivější k usídlení zánětu. U malých děvčátek v klidovém období se adnexitida vyskytuje pouze jako součást jiného zánětlivého procesu v malé pánvi. Přenos infekce na adnexa probíhá nejčastěji třemi způsoby. Jedním z nich je přestup infekce z gastrointestinálního traktu, zejména při zánětu apendixu. Slepé střevo se nachází v těsné blízkosti adnex, a navíc je s nimi spojeno lymfaticky. Další možností je vzestup infekce ze zanícené pochvy. Tento přenos je u mladších dívek nejméně častý, ale po zahájení pohlavního života jeho riziko stoupá. Třetím způsobem je vznik adnexitidy hematogenní cestou při jiném zánětlivém onemocnění (př. chronický zánět krčních mandlí). Mezi nejčastější původce zánětu adnex se řadí kmeny *E. coli* a *Proteus*, enterokoky, anaerobní střevní flóra, streptokoky a stafylokoky.

Adnexitida se u dětí a dospívajících projevuje jako mírné chronické pobolívání v podbřišku, které se stupňuje při pohybu a otřesech. Výraznější bolest pociťují dívky během menstruace. Zánět může provázet zvýšená teplota, ale závažné horečnaté stavy jsou výjimkou. Výtok se současně objevuje asi v polovině případů. Základem pro diagnostiku adnexitidy je palpační vyšetření, jehož gynekologický nálezní ale nebývá z počátku výrazný. Až při rozvoji onemocnění začnou být adnexa velmi citlivá a bolestivá a lze palpativně zduření a omezenou pohyblivost. Nezbytnou součástí gynekologického vyšetření je ultrasonografie malé pánve. Další vyšetřovací metodou je laparoskopie, která umožňuje odběr materiálu na kultivační vyšetření. Jelikož se ale jedná o invazivní metodu, přistupuje se k ní u dětí a dospívajících v omezené míře.

Léčba adnexitidy je v rukou gynekologa, trvá přibližně 10 dní a probíhá převážně za hospitalizace dívky. K terapii jsou podávána antibiotika a chemoterapeutika, při chronickém zánětu je upřednostněna léčba enzymy, která je doplněna o nesteroidní antirevmatika. Součástí komplexní léčby je i lázeňské doléčení. Gynekologickými problémy se zabývají zařízení např. ve Františkových nebo Mariánských lázních. Prevencí proti opětovnému propuknutí potíží je vyhýbání se vlhku, prochlazení a větší fyzické námaze.

Adnexitida by měla být včas odhalena a léčena, neboť jejím nejzávažnějším následkem je poškození průchodnosti vejcovodů, popřípadě jejich úplné uzavření. Dívka je tak do budoucna ohrožena neplodností nebo zvýšeným rizikem mimoděložního těhotenství. (Jandová, 2002, s. 159–160; Citterbart et al., 2001, s. 77–78)

5.2 Synechia vulvae infantum

Synechie vulvy je srůst protilehlých okrajů sliznice poševního vchodu, vzácněji i malých stydkých pysků. Toto onemocnění se vyskytuje pouze u dětí v klidovém období, kdy genitál není pod vlivem estrogenů. Kůže a sliznice rodidel je bez hormonální stimulace tenká a snadno se vinou nedostatečné hygieny slepí. Pokud není slepení (konglutinace) včas rozrušena, vytváří se vlastní srůst (synechie). Nejprve je velmi tenký, ale postupně získává na tloušťce a pevnosti. Nejčastěji sliznice srůstají v zadní části poševního vchodu, vzácněji pak ve středu. Méně častý je také srůst malých stydkých pysků, který zpravidla začíná u klitorisu.

Jelikož děvčátko nepocituje žádné obtíže, často je synechie odhalena až pediatrem při preventivní prohlídce. Občas si matky povšimnou změny v proudu moči, který směřuje buď dozadu, nebo dopředu v závislosti na místě srůstu. Někdy může dívka pociťovat po močení pálení nebo problém se vůbec vymočit (musí tlačit). Pokud je synechie ve stadiu konglutinace či tenkého srůstu, postačí k rozrušení pouze mechanické oddálení protilehlých struktur pomocí prstů nebo pinzety. Jestliže je ale synechie již kožovitá, rozrušení se provádí termokauterem nebo laserem během krátké celkové anestezie.

Prevencí vzniku onemocnění, ale i jeho opakování, je především edukace matky o správné péči o zevní genitál. Lékař nebo porodní asistentka by ji také měli poučit o příčinách vzniku synechie a odbourat její strach z manipulace s dětskými rodidly. Při omývání genitálu je důležité od sebe oddálit sliznice poševního vchodu i stydkých pysků a pečlivě odstranit všechn nahromaděný mázek (smegma). Hygiena zevních rodidel by měla probíhat alespoň jednou denně pomocí čisté vlažné vody. (Hořejší, 2001, s. 429–430; Kosová, 2018, s. 355; Hodická, Rejdová, 2013, s. 389)

5.3 Krvácení z rodidel v klidovém období

Obecně se krvácení z rodidel dělí na fyziologické a patologické. Fyziologické krvácení je podmíněno přítomností estrogenů. Z toho důvodu může nastat u novorozence po porodu a samozřejmě také u dospívající dívky či dospělé ženy. V klidovém období, kdy

není děvčátko pod vlivem mateřských ani vlastních estrogenů, je každé krvácení z rodidel patologické. Proto musí být vždy pátráno po jeho zdroji a příčině, a to i v případě, že se jedná o zakrvácení jednorázové nebo o krvavý výtok. Při podezření na krvácení z genitálů je vždy nezbytnou součástí gynekologického vyšetření provedení vaginoskopie. Mezi nejčastější příčiny krvácení z rodidel patří poranění zevních rodidel a pochvy, vulvovaginitida, cizí těleso v pochvě, předčasná puberta a zhoubné nádory. (Roztočil a kol., 2011, s. 164)

5.3.1 Poranění rodidel

Frekvence poranění je nejvyšší v batolecím, předškolním a mladším školním věku, tedy v období her a zvýšené pohybové aktivity. U mladších dětí vznikají poranění genitálu nejčastěji následkem pádu na ostré hrany nočníku nebo rozkročmo na hranu vany, prolézačku apod. U dětí školního věku vznikají úrazy nejčastěji během her na dětských hřištích a při sportu, hlavně při jízdě na kole. Tato poranění se obvykle vyskytují na přední části genitálu – poštváčku, malých stydkých pyscích a u zevního ústí močové trubice. Charakterem jsou to poranění tržně-zhmožděná, která silně krvácejí a jsou pro dívku velmi bolestivá. Často zde vznikají i rozsáhlé edémy a hematomy. Pokud je poranění lokalizováno spíše na zadním obvodu hymenu, zadní komisuře a hrázi, může být i známkou pohlavního zneužívání.

Diagnostika zahrnuje nejen lokální nález, ale také vyšetření vaginoskopem, neboť poranění může být někdy až v zadní části pochvy. Je potřeba rychle zastavit krvácení a dokonale sešít všechny anatomické vrstvy a okraje rány, proto ošetření probíhá co nejdříve a v celkové anestezii. Kvůli možnosti vzniku otoku v oblasti močové trubice je alespoň na 24 hodin zavedena permanentní močová cévka. Na základě mechanismu vzniku úrazu se rozhoduje o celkovém podání antibiotik a přeočkování proti tetanu. (Citterbart et al., 2001, s. 86; Roztočil a kol., 2011, s. 164–166)

5.3.2 Cizí těleso v pochvě

Pokud se u dívky objeví masivní silně zapáchající výtok s příměsí krve nebo opakované silnější krvácení, pravděpodobně je příčinou cizí těleso v pochvě. Děti, zpravidla předškolního věku, si předměty vkládají do pochvy buďto samy při masturbaci, nebo jsou zavedeny i jiným dítětem při hře, popřípadě dospělou osobou při pohlavním zneužívání. Jedná se nejčastěji o součástky hraček, sponky do vlasů, prstýnky, náušnice nebo mince. Zavedené předměty tlačí na jemnou neestrogenizovanou

sliznici pochvy, což způsobuje tvorbu dekubitů s následným zakrvácením. Zavádění cizího tělesa většinou nezapříčiní poškození hymenu ani pochvy, proto vzniklé poranění poukazuje spíše na pokus o jeho neodborné vyjmutí nebo na násilné zavádění předmětu při pohlavním zneužívání.

Ke stanovení diagnózy se provádí vyšetření pacientky přes konečník, při kterém je tvrdý předmět nahmatán. Dalším způsobem je zavedení tenké sondy do pochvy, která do tělesa naráží. Nejideálnějším způsobem je ale identifikace cizího tělesa pomocí vaginoskopu. K odstranění předmětu se používají tenké peanové kleště. Vyjmutí ostrých a větších těles, při kterém je riziko poranění, se provádí v krátké celkové anestezii. Následuje vaginoskopická kontrola k vyloučení poranění poševní stěny a přítomnosti dalších předmětů. Během vaginoskopie je také odebrán stěr z pochvy na kultivační vyšetření. Na jeho výsledek se ale nečeká, a ihned se zahajuje lokální léčba zánětu pomocí čípků s Framykoinem. (Kosová, 2020, s. 131–136; Roztočil a kol., 2011, s. 166)

Matku často vůbec nenapadne, že by si její dcera mohla nějaký předmět do pochvy zavést. Malé děti tyto praktiky chápou jako něco „zakázaného“, a tak je provádějí potají a většinou se matce nesvěří, ani když se jim nepodaří předmět zase vyndat. Jsou ale i případy, kdy se děvčátko mamince svěří, ale ta mu to nevěří. Důležité tedy je, aby matka měla tuto možnost na paměti a při podezření na cizí těleso v pochvě neprodleně s dcerou navštívila gynekologickou ambulanci. Úlohou porodní asistentky nebo lékaře je pak matku uklidnit, že tyto praktiky u malých děvčátek nejsou ničím nenormálním ani zvráceným, ale že jde o jakýsi podvědomý dětský druh sexuality. (Hořejší, 2003, s. 34–35)

5.3.3 Zhoubný nádor pochvy a děložního hrdla

Zhoubné nádory rodidel jsou nejzávažnější, ale také nejméně častou příčinou krvácení z rodidel. Krvácení může mít charakter i vodnatě krvavého výtoku a projeví se velmi záhy. Diagnóza se upřesňuje pomocí vaginoskopu, skrz který lze také odebrat vzorek drolící se tkáně k histologickému vyšetření. Největší výskyt zhoubných nádorů pochvy a hrdla je především u malých dětí od narození do předškolního věku. Mezi nejčastější nádory patří *embryonální rhabdomyosarkom*, *nádor ze žloutkového váčku* a *adenokarcinom z jasných buněk*. Všechny uvedené nádory jsou vysoce maligní, avšak brzké krvácivé projevy zvyšují šanci na časnou diagnózu a zahájení onkoterapie, jež dává děvčátku reálnou šanci na vyléčení. (Hořejší, 2001, s. 446)

5.4 Poruchy menstruačního cyklu

V období dospívání vyhledávají dívky gynekologa nejčastěji při poruše menstruačního cyklu. Dívky se většinou potýkají s dvěma extrémy, buď s tím, že nemenstruují, nebo naopak s tím, že menstrují velmi často a silně. Zpočátku bývají menstruační cykly u většiny dospívajících poměrně nepravidelné. To je dáno tím, že až 50% prvních cyklů po menarche je anovulačních. Děložní sliznice se mění pouze díky vlivu estrogenů, nikoliv i progesteronu jako u pohlavně vyzrálých žen. Dívka tak krvácí pouze z důvodu tzv. spádu estrogenů, ke kterému dochází při poklesu jejich hladin. Cykly bez ovulace by měly být nahrazeny ovulačními cykly do 2 let, přetrvávající nepravidelnost značí poruchu menstruačního cyklu. (Kosová, 2016, s. 40–43)

5.4.1 Primární amenorea

Za fyziologické rozmezí nástupu první menstruace se považuje interval od 10 do 15 let. Pokud první menstruace nenastane do dovršení věku 15 let, jedná se o primární amenoreu. Ta se dělí do tří skupin. Do první skupiny patří dívky, které mají dostatečně a správně vyvinuté sekundární pohlavní znaky, příčina amenorey spočívá zpravidla ve vrozené vývojové vadě vnitřních rodidel. Druhá skupina zahrnuje dívky, u kterých se sekundární pohlavní znaky vyvinuly nedostatečně, nebo se nevyvinuly vůbec. Příčina je v tomto případě především endokrinní. Do třetí skupiny se řadí dívky, jejichž sekundární pohlavní znaky nesou známky mužského pohlaví (pubické ochlupení mužského typu, zvětšený klitoris, hrubnutí hlasu apod.). Příčinou je zejména porucha diferenciací pohlaví nebo endokrinní porucha vaječníků či nadledvin. (Citterbart et al., 2008, s. 79)

5.4.2 Sekundární amenorea

Pokud se u dříve pravidelně menstrující dívky přestane menstruace vyskytovat, a tento stav trvá déle než 3 měsíce, hovoří se o sekundární amenoree. V období dospívání je menstruační cyklus více citlivý na vnější vlivy než u dospělých žen. Vliv na něj má větší psychická zátěž, změny životního stylu nebo zvýšená fyzická zátěž (např. u sportovkyň). Asi nejčastější příčinou sekundární amenorey u pubertálních dívek je *mentální anorexie*. Při této psychické poruše vnímání vlastního těla dochází vlivem rychlé redukce hmotnosti tělesného tuku k výraznému poklesu hladiny estrogenů. Hypoestrinismus má za následek vymizení menstruace, ale také atrofii (zmenšení) genitálu i prsů a riziko rozvoje osteoporózy (řídnutí kostní tkáně). Základem je psychologicko-psychiatrická léčba, při níž gynekolog současně zahajuje hormonálně substituční terapii. Mezi další příčiny sekundární amenorey se řadí *syndrom polycystických ovarií*, *předčasné vyhasínání ovariální funkce*,

ale také *gravidita*, která musí být u starších dospívajících dívek vždy brána v potaz. (Hodická, Rejdová, Kadlecová, 2015, s. 189–192; Roztočil a kol., 2011, s. 166–167)

5.4.3 Juvenilní metrorhagie

Juvenilní metrorhagie patří mezi dysfunkční děložní krvácení, jejíž podcenění může vést k závažným poruchám zdraví až k ohrožení na životě. Juvenilní metrorhagie se vyznačuje silným krvácením trvajícím několik týdnů, které pacientku chronicky anemizuje. Maximum výskytu je u dívek kolem půl roku po menarche, přičemž ke konci 2. roku menstruačního stáří klesá. Podstatou jsou anovulační cykly, které jsou pro tohle období typické. Při chybění ovulačních cyklů dochází vlivem hyperestrinismu k nadměrné proliferaci děložní sliznice, která se po nekróze odlučuje dlouho a nepravidelně za doprovodu silného krvácení. Juvenilní metrorhagii mohou předcházet také horečnatá onemocnění, především horních cest dýchacích, infekce močových cest nebo chronický zánět mandlí. Méně častou příčinou jsou pak poruchy srážlivosti krve.

Pro stanovení diagnózy je důležité znát délku a intenzitu krvácení (krvácení delší než 7 dnů, více než 5 vložek denně), proto je u dospívajících dívek důležité pečlivé vedení menstruačního kalendáře. Dále je zapotřebí vyšetření krevního obrazu, sedimentace a popřípadě i zánětlivých parametrů a hemokoagulace. Léčba spočívá v zástavě krvácení, odloučení dysfunkční sliznice, úpravě krevního obrazu a prevenci recidiv.

Prevence samotné juvenilní metrorhagie v podstatě není možná. Dospívající dívka má nárok na nepravidelný cyklus, ale nesmí být tolerováno, aby krvácela silně, dlouho a příliš často. Za nejdůležitější formu prevence se považuje sledování menstruačního kalendáře dívek pediatrem. Ihned po menarche by měla být dívka vedena k pečlivému zaznamenávání délky krvácení, jeho intenzitě a bolestem, které ho doprovázely. Jedině ze správně vedeného menstruačního kalendáře lze poznat případné odchylky od běžného krvácení a jejich závažnost. (Hodická, Rejdová, Kadlecová, 2015, s. 189–192; Jandová, 2002, s. 158–161)

5.4.4 Oligomenorea, Polymenorea, Hypermenorea, Dysmenorea

Oligomenoreou se nazývá prodloužení délky menstruačního cyklu na 35–90 dní. Nejčastější příčinou je anovulace, kdy při chybění žlutého tělíska nedochází k tvorbě progesteronu, a sliznice dělohy proto není sekrečně změněna. Po spádu estrogenů a nekróze endometria hrozí silnější a delší krvácení, které může vyústit v juvenilní metrorhagii. *Polymenorea* se vyznačuje cyklem kratším než 21 dnů, její příčinou je

anovulace, nebo naopak polyovulace. O *hypermenoree* se mluví, pokud je menstruační krvácení velmi silné. Jeho intenzita se hodnotí podle množství prokrvácených menstruačních vložek, které přesahuje 8 za den. Důvodem je opět anovulační cyklus, při němž se nedokonale a nepravidelně odlučuje děložní sliznice. Pojem *dysmenorea* označuje bolestivou menstruaci. Bolest, která je lokalizována především v podbřišku a oblasti kříže, se obvykle objevuje první den menstruace. Dysmenorea zahrnuje i další potíže, jako jsou nauzea, zvracení, průjem, bolesti hlavy až kolapsové stavy. Léčba probíhá pomocí analgetik, spasmolytik, suchého tepla na podbřišek a při neúspěchu pomocí hormonální antikoncepce. (Roztočil a kol., 2011, s. 169; Skřenková, 2018, s. 343–349)

5.5 Poruchy pohlavního dospívání

Pohlavní dospívání začíná u dívek asi o 1–2 roky dříve než u chlapců. Jedná se o hormonálně podmíněný proces fyzického zrání, na jehož konci je dosaženo schopnosti reprodukce. Proces pohlavního dospívání dívek je bezprostředně řízen ovariálními hormony (estrogeny) a nejlépe je viditelný na rozvoji sekundárně pohlavních znaků. Jestliže pohlavní dospívání začíná dříve, hovoří se o předčasné pubertě. Pokud naopak později, jedná se o opožděnou pubertu.

5.5.1 Předčasná puberta

Předčasná puberta je definována jako nástup projevů pohlavního dospívání před 8. rokem života. Nejčastěji se jedná o růst prsní žlázy nebo pubického ochlupení. Předčasná puberta se rozděluje na kompletní (úplnou) a inkompletní (neúplnou) formu.

Kompletní předčasná puberta se dále dělí na centrální předčasnou pubertu a periferní předčasnou pubertu.

Centrální předčasnou pubertu způsobují estrogeny produkované vaječníky, které jsou stimulovány nadřazenými centry. Vývoj sekundárních pohlavních znaků má shodný průběh jako při normálně nastupující pubertě, pouze v časnějším období. Působení pohlavních hormonů zapříčiňuje rozvoj prsů a pubického ochlupení, ztlustění panenské blány a pochvy, proporcionální přestavbu dělohy a objevení fluoru pubertalis. Změny jsou završeny předčasnou menarche, která se objeví dříve než v 10 letech. Nejzávažnějším problémem neléčené předčasné puberty je ale urychlení růstu a vyžívání kostí. Z toho důvodu začne dívka nejprve růst rychleji než její vrstevníci, ale záhy se růst zastaví, což vede k významně snížené finální výšce. Příčina většinou není známa, ve výjimečných případech může předčasnou pubertu způsobit nádor vaječníku, zánět, úraz hlavy,

poškození CNS nebo její vrozené malformace. Diagnóza se stanovuje na základě rozvoje sekundárních pohlavních znaků, ultrazvukového vyšetření vnitřních rodidel, vyhodnocení kostního věku a provedení stimulačního testu s gonadoliberinem. Léčba spočívá v zastavení známek předčasného dospívání a v úpravě růstu a vyzrání kostí. Pro dosažení optimální finální tělesné výšky je důležité léčbu včas zahájit, ale také včas ukončit. Za horní hranici kostního věku pro zahájení terapie se u dívek považuje 11 let a pro její ukončení 12 let. Úspěšnou léčbu zajistí jen včasná diagnostika, proto nesmí být předčasné pohlavní dospívání podceňováno a při jakýchkoli projevech by měl být vyhledán lékař.

Periferní předčasná puberta je nejčastěji způsobena hormonálně aktivním nádorem ovarií nebo nadledvinek, který produkuje estrogeny nebo androgeny. U této formy předčasné puberty nebývá zachován obvyklý sled jednotlivých znaků dospívání. To znamená, že dívka např. začne nejprve menstruovat a až později se rozvinou sekundární pohlavní znaky. Urychlení tělesného růstu se zde nevyskytuje. Během vyšetření je zjištěno zvětšení jednoho ovaria a extrémně vysoká hladina estrogenu. Léčba spočívá v chirurgickém odstranění nádoru, při zdaření by měly vymizet všechny známky pohlavního dospívání.

Inkompletní předčasná puberta označuje vývoj pouze některého znaku pohlavního dospívání bez urychlení růstu a vývoje. Jedná se o předčasné adrenarche, telarche nebo menarche. Tato forma je způsobena hypersenzitivitou nebo hyperreaktivitou receptorů pro estrogeny v některých tkáních, tedy např. v endometriu, prsních žlázkách apod. Inkompletní předčasná puberta je pro zdraví a vývoj dívky nezávažná, proto se neléčí, nýbrž pouze pravidelně sleduje. (Rejdová, Kadlecová, 2016, s. 358–361; Šnajderová, Zemková, 2010, s. 282–286; Hořejší, 2003, s. 51–52)

5.5.2 Opožděná puberta

Pokud dívka po 13. roku věku nezačalo růst pubické ochlupení a prsní žláza, pak je možné mluvit o opožděné pubertě. Dalším významným znakem je první menstruace, která nezačala do 15 let. Opoždění pohlavního dospívání má v některých případech familiární výskyt, což znamená, že se stejným problémem se v dospívání setkala i dívčina matka nebo babička. Opožděná puberta může být někdy zaviněna také poruchami žláz s vnitřní sekrecí, jako např. poruchou funkce nadledvin, poruchou funkce štítné žlázy nebo při diabetu. Nezřídka se pohlavní dospívání opožděje také u dívek s velmi nízkou tělesnou hmotností nebo u sportovkyň s vysokým výdejem energie. Tyto příčiny mají za následek

pouze přechodnou poruchu pohlavního dospívání a nemají závažnější vliv na budoucí plodnost dívky. Existují ovšem i závažnější příčiny, které by měly být včas odhaleny a léčeny. Patří mezi ně např. některé hormonální poruchy nebo vrozená porucha pohlavních žláz u pacientů s tzv. Turnerovým syndromem. Pokud jde o hormonální příčinu, nedostatek estrogenů se projeví nejen na chybění druhotných pohlavních znaků a minimálním vývoji dělohy, ale hrozí také vážné poškození kostry. Mezi 12.–18. rokem se kostra nejvíce obohacuje minerálními látkami, k čemuž jsou nezbytné vaječnickové hormony estrogenu. Pokud tedy v tomto období estrogenu chybí, kostra přijímá minerály v nedostatečném množství, a v důsledku toho dochází k předčasnému řídnutí kostí (osteoporóze). Matka by z uvedených důvodů měla mít o nástupu první menstruace své dcery přehled, a při jejím chybění i po 15. roku věku by měla vyhledat dětského gynekologa. Ten dívku vyšetří a případně zahájí hormonální léčbu.

Existuje ještě jedna příčina, proč menstruace v pubertě nenastoupí, a tou je nadměrná produkce mužských pohlavních hormonů androgenů. Jejich produkce vaječníky v určité malé míře má u žen svou úlohu. Pokud ovšem dochází k jejich nadbytku, pak se to u dívky projeví např. nadměrným ochlupením i ochlupením na neobvyklých místech (knírek, vousy na bradě apod.), zvětšením poštváčku, těžkou formou akné a také absencí menstruace. (Hořejší, 2003, s. 55–57; Rejdová, Kadlecová, 2016, s. 358–361)

6 PREVENCE

6.1 Antikoncepce

Pojem antikoncepce, nebo také kontracepce, zahrnuje všechny metody, které brání nechtěnému otěhotnění. Zájem mladých dívek o antikoncepci stále stoupá, a proto by měl lékař nebo porodní asistentka umět pacientku edukovat o výhodách a nevýhodách jednotlivých metod a pomoci jí s výběrem té nejvhodnější. Volba určité formy antikoncepce závisí na věku dívky, charakteru menstruačního cyklu, pravidelnosti pohlavního styku, hormonálním statusu a na jejím zdravotním stavu.

Nehormonální způsoby antikoncepce jako jsou spermicidní čípky, měření bazální teploty nebo přerušovaná soulož jsou metody nespolehlivé, a u mladistvých obzvláště, neboť vyžadují značnou disciplínu a zodpovědnost ze strany dívky i jejího partnera. Jednou z nejčastěji využívaných možností u dospívajících je *bariérová antikoncepce* – kondom, jehož výhodou je snadná dostupnost, finanční nenáročnost, prevence sexuálně přenosných nemocí (STD) a absence nežádoucích účinků (výjimku tvoří nepříliš časté alergické reakce). Nevýhodou je opět nutnost disciplíny a v některých případech odmítání použití ze strany dívčina partnera. *Nitroděložní tělísko* není obecně doporučováno zavádět u žen, které ještě nerodily, z důvodu vyššího rizika vzniku zánětlivých onemocnění pánve. Nitroděložní tělísko se u mladistvých využívá jen ve výjimečných případech, jako jsou např. dívky s mentální retardací, neboť je to metoda relativně spolehlivá s minimálním nárokem na spolupráci pacientky. *Kombinovaná hormonální antikoncepce* je v současné době mezi mladými dívkami asi nejvyhledávanější metodou. Důvodem je vysoká spolehlivost, slabší krvácení při menstruaci, vymizení dysmenorey a zlepšení akné. Tato antikoncepce využívá kombinaci hormonu estrogeneru a gestagenu (progestinu), a zamezuje tak ovulaci. Dělí se na mono-, bi- a trifázickou a také podle dávky obsaženého estrogeneru. Existuje ve formě tablet, náplastí a vaginálního kroužku. Nejrozšířenější jsou hormonální tablety, které se užívají pravidelně každý den nejčastěji po dobu 21 dní. Ve zbývajících 7 dnech cyklu je pauza, ve které proběhne krvácení podobné menstruačnímu. Během této pauzy je dívka rovněž chráněna před otěhotněním. *Gestagenní hormonální antikoncepce* spočívá v užívání samotného gestagenu (progestinu), který zahustí hlen děložního hrdla, a ten se tak stává neprostupným pro spermie. Tento druh antikoncepce má formu tzv. minipilulek, injekcí a podkožních nebo nitroděložních implantátů. Mezi gestagenní hormonální antikoncepci patří také postkoitální antikoncepce, která je metodou

„pohotovostní“, nikoliv dlouhodobou. Balení obsahuje 1 nebo 2 tablety, které je nutno užít nejpozději do 72 hodin po nechráněném pohlavním styku. Použití častěji než 1–2x měsíčně narušuje menstruační cyklus a způsobuje nepravidelné krvácení.

Před předepsáním hormonální antikoncepce je nutné, aby lékař provedl důkladnou osobní i rodinnou anamnézu se zaměřením na tromboembolické nemoci, jaterní onemocnění a nikotinismus pacientky. Dále se provádí gynekologické vyšetření s odebráním cervikální cytologie. U nedeflorovaných dívek se odběr cytologie odkládá až na dobu po prvním pohlavním styku. Následuje celkové vyšetření pacientky se změřením tlaku a hmotnosti. Na závěr vyšetření by měl lékař nebo porodní asistentka dívku poučit o užívání antikoncepce a poskytnout jí podrobné informace o možných rizicích a nežádoucích účincích. (Hrdonková, Rokyta, 2011, s. 167–170; Koliba, 2014, s. 348–351; Geržová, 2007, s. 20–23)

6.2 Intimní hygiena

Otázka intimní hygieny je v oboru dětské gynekologie velmi důležitá, neboť její správné provádění předchází riziku vzniku infekcí vnitřních rodidel a možné následné neplodnosti. Důležité je tedy poučit rodiče o správné péči o zevní genitál dívky již v novorozeneckém období. Získání správných hygienických návyků již v dětství je prevencí řady gynekologických potíží i během dospělosti.

Zevní rodidla nejsou fyziologicky nikdy zcela suchá a navíc jejich kůže obsahuje četné potní a pachové žlázy. Žlázy tvoří sekret, který se hromadí a zasychá v záhybech zevního genitálu, zejména mezi malými a velkými stydkými pysky a v oblasti předkožky poštváčku. Nahromaděný sekret je živnou půdou pro bakterie, což se projeví vznikem zápachu. O zevní genitál by tak mělo být pečováno v každém věku a již od malička by dívky měly být vedeny ke správné intimní hygieně. To znamená udržovat rodidla v čistotě, po stolici je otírat vždy směrem od pochvy ke konečníku a omývat zevní genitál alespoň 1–2x denně. K tomu nejlépe poslouží tekoucí voda, tedy bidet nebo sprcha, která by měla být preferována před koupelí ve vaně, neboť při ní jsou ve stejné vodě omývány rodidla i řitní otvor. Samotná sprcha ale nestačí, důležité je nečistoty umýt i mechanicky rukou. K hygieně zevního genitálu stačí obyčejná vlažná voda, pokud ale dívka chce použít mýdlo, měla by volit takové, které je pro intimní hygienu přímo určené. Běžné mýdlo je zásadité (alkalické), tudíž jeho použití na pochvu, která má fyziologicky velmi kyselé prostředí, je absolutně nevhodné, neboť ji tak zbavuje její přirozené obranyschopnosti před

bakteriemi. Navíc mohou běžná parfémovaná mýdla způsobit podráždění citlivé pokožky a sliznice. Vhodné je tedy užívání mýdla s kyselým pH, které má hodnotu 5,5.

Nezbytné je dívku poučit také o hygieně odívání. Spodní kalhotky by měly být zásadně jen bavlněné, nikoliv ze syntetických materiálů. Bavlna je prodyšný materiál dobře odvádějící pot a lze ji prát na vysokou teplotu, jež spolu s následným přehlením horkou žehličkou zbaví prádlo všech bakterií. Zásadní je výměna kalhotek každý den, kterou je u mladších děvčátek zapotřebí kontrolovat. Zejména starší dívky rády používají i slipové vložky, které pohlcují tekutiny a pachové látky. Jejich používání je ale vhodné pouze tehdy, pokud si je dívka vyměňuje vždy, když jsou nasáklé, tedy několikrát denně. V žádném případě ale nenahrazují výměnu spodního prádla. Co se týče svrchního oděvu, nevhodné je časté nošení těsných kalhot, které bývají příčinou zapaření, opruzení i výtoku – tzv. „džínové nemoci“.

Matka by měla dospívající dceru poučit také o hygieně během menstruace. V mnohých rodinách je ale toto téma stále tabu, a k dívce se tak informace dostávají například až od zdravotníků. Dívka by měla vědět, že krev s kousky odumřelé děložní sliznice odtékající během menstruace je ideálním prostředím pro množení bakterií. Proto je velmi důležitá důsledná hygienická péče o rodidla, která zahrnuje častější omývání během dne a především pravidelnou výměnu menstruačních vložek nebo tamponů (minimálně 4x denně). Poševní tampony mohou bez obav používat i virgo dívky, neboť v období dospívání je otvor v panenské bláně natolik propustný, že umožňuje zavedení tamponu bez rizika poškození. (Hořejší, 2003, s. 70–74; Sedlářová a kol., 2008, 71–72; Dostálová, Rejdová, Starý et al., 2009, s. 220–223)

7 ETICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY V DĚTSKÉ GYNEKOLOGII

Heřmanová (2012, s. 120) uvádí: „*Období od narození do 18. roku věku je obdobím dětství a dospívání. Obdobím tělesného růstu i mentálního vývoje, obdobím učení a her. Obdobím zdravého vývoje, ale i akutních či chronických nemocí, která vznikají v dětském věku. Děti jsou považovány za zranitelné jedince nejenom proto, že vzhledem k nevyzrálému organismu jsou více ohroženy negativními faktory prostředí, ve kterém žijí, ale také proto, že nemají tělesné, kognitivní a často ani sociální kapacity k tomu, aby se účinně bránily chování dospělých, které může vést k jejich poškození.*“

Etické problémy, které mohou souviset s obdobím dětství a dospívání, zahrnují například problematiku ochrany práv hospitalizovaného dítěte, ale také informování a možnost rozhodovat o některých léčebných postupech. Práva dítěte v České republice zajišťuje Úmluva o právech dítěte, která je zakotvena ve sbírce zákonů jako zákon č. 104/1991 Sb. Úmluva se vztahuje na každou lidskou bytost mladší 18 let. Články Úmluvy hovoří o tom, že zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí. Dále řeší právo dětí na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdravotního stavu a na využívání rehabilitačních a léčebných zařízení. Důraz klade také na osvětu rodičů i dětí v oblasti hygieny, zdravé výživy a předcházení úrazům. Rozhodování o poskytování zdravotní péče dětem je dále upraveno etickými i právními dokumenty, jako je např. Charta práv hospitalizovaného dítěte nebo vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci, která se mimo jiné zabývá i informovaným souhlasem s poskytnutím zdravotní péče. Ten za nezletilé dítě podepisuje zákonný zástupce, kterým je rodič, osvojitel nebo poručík.

Do 18 let věku rozhodují za děti v oblasti léčby rodiče nebo jiní zákonní zástupci. I přesto má ale dětský pacient právo na informace přiměřené jeho věku, a rovněž má právo na možnost vyjádřit se k léčbě. Pokud dítě odmítá některé zákroky, měl by lékař uvažovat nad tím, jaké důvody ho k tomu vedou. Někteří zdravotníci mohou mít při práci s dětským pacientem tendenci používat „milosrdnou lež“, která ale rozhodně není vhodná. Například pokud se dítě ptá, zda „to bude bolet“, a lékař či porodní asistentka odpoví záporně, i když ví, že výkon bezbolestný nebude, pacient velice snadno pozná, že mu zdravotníci lhali, což narušuje důvěru, která se velice obtížně získává zpět. Vhodné je tedy dítěti přiměřeně jeho věku popsat, co může cítit – např. „ucítíš píchnutí, štípnutí...“

Stejně tak jako dospělý pacient, má i ten dětský právo na důstojné zacházení a chránění soukromí. Respekt k soukromí zahrnuje snahu zahalit intimní partie vyšetřovaného dítěte před zraky ostatních návštěvníků nebo také citlivé pořizování a výběr fotografií do odborných článků tak, aby dítě zůstalo v anonymitě. Stejně jako u dospělého pacienta, je i u dětí samozřejmostí pečlivé chránění získaných údajů – povinná mlčenlivost. Ta ale může být ve výjimečných případech porušena, jako např. při oznámení pohlavního zneužívání. Pohlavní styk či pokus o něj nebo jakákoliv jiná aktivita jej nahrazující s osobou mladší 15 let je trestným činem. (Heřmanová, 2012, s. 120–125)

Etické otázky v dětské gynekologii vyvstávají například ohledně předepsání hormonální antikoncepce mladistvým. Pokud dívka mladší 15 let přichází před prvním pohlavním stykem do gynekologické ambulance s žádostí o předepsání HAK, panují nejednotné názory, zda ji má lékař předepsat. Jestliže by totiž dívka měla před dovršením tohoto věku pohlavní styk s partnerem starším 15 let, je to hodnoceno jako pohlavní zneužití. Na druhé straně lze ale předepsání HAK chápat jako „menší zlo“ než nechtěnou graviditu, která nepochybně zanechá na psychice mladé dívky šrámy, nemluvě o zdravotních komplikacích, které mohou nastat po případné interrupci. Další kontroverzní otázkou je, zda může lékař dospívající dívce HAK předepsat bez vědomí jejího rodiče. Z právního hlediska může být osoba mladší 18 let vyšetřena a ošetřena jen se souhlasem rodičů. Jsou ale případy, kdy si dívka nepřeje, aby byl rodič informován o skutečnosti, že chce užívat hormonální antikoncepci. Pro tyto případy neexistuje jasně daný postup, ale většina lékařů se kloní k tomu, že pokud si dívka nepřeje informace sdělovat, mělo by jí být vyhověno. (Koliba, 2014, s. 348–352; Hrdonková, Rokyta, 2011, s. 167–170)

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

Gynekologické problémy zdaleka nejsou výsadou jen pohlavně dospělých žen, ale mohou se s nimi setkat i malá děvčátka či dospívající dívky. Mezi nejčastější obtíže, které přivedou do ambulance dětské gynekologie malé děti, patří zánět vulvy spojený s výtokem a synechia vulvae infantum. Příčinou obou těchto problémů je často nedostatečná nebo špatně prováděná hygiena. U starších dívek se mohou vyskytnout poruchy menstruačního cyklu či poruchy pohlavního dospívání. Mezi ně řadíme předčasnou, nebo naopak opožděnou pubertu. Nevhodné hygienické návyky nebo opomíjení příznaků gynekologických onemocnění může vést k budoucí neplodnosti dívky.

Na prevenci, ale také na včasném odhalení gynekologických problémů malých děvčátek i dospívajících dívek, se značně podílejí jejich matky. Z toho důvodu je praktická část bakalářské práce zaměřena na úroveň znalostí žen o možných gynekologických onemocněních dívek, jejich rozpoznání, a o prevenci těchto problémů. Výzkum se zaměřuje především na to, do jaké míry se matky orientují v oblasti správné hygieny dívčího genitálu, a zda ví, jak rozpoznat příznaky poruch pohlavního dospívání a poruch menstruačního cyklu. Výzkum se rovněž zabývá tím, zda má na úroveň znalostí žen vliv jejich věk, vzdělání a počet dcer.

„Jaká je úroveň znalostí matek týkající se gynekologických problémů dívek? Ví, jak by některým komplikacím mohly předejít?“

9 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

Hlavním cílem je zjistit, jaké jsou znalosti žen v oblasti dětské gynekologie.

Cíl 1: Zjistit, s kým by matky řešily gynekologický problém dcer.

Výzkumný problém: U koho by matky hledaly pomoc při řešení problému své dcery?

Otázka č. 5, 6

Cíl 2: Zmapovat úroveň znalostí matek týkající se hygieny dívčího genitálu.

Výzkumný problém: Jsou si matky vědomi důležitosti hygieny genitálu? Ví, jaké komplikace by při nesprávném provádění mohly nastat?

Otázka č. 7, 8, 11

Cíl 3: Zjistit, jaký způsob hygieny dívčího genitálu považují matky za správný.

Výzkumný problém: Provedly by matky hygienu genitálu správně a v dostatečné míře?

Otázka č. 8, 9, 10, 12

Cíl 4: Zanalyzovat úroveň znalostí matek o poruchách pohlavního dospívání.

Výzkumný problém: Dokážou matky identifikovat příznaky poruch pohlavního dospívání?

Otázka č. 13, 14, 15, 16, 17

Cíl 5: Zmapovat úroveň znalostí matek o poruchách menstruačního cyklu.

Výzkumný problém: Zajímají se matky o menstruační cyklus dcer a dokážou identifikovat příznaky jeho poruch?

Otázka č. 17, 18, 19, 20

Cíl 6: Zjistit, zda má věk, vzdělání a počet dcer žen vliv na znalosti týkající se dětské gynekologie.

Výzkumný problém: Jsou znalosti matek v oblasti dětské gynekologie ovlivněny jejich věkem, vzděláním a počtem dcer?

Otázka č. 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů byl záměrný. Do výzkumu byly vybrány ženy, které mají dcery ve věku do patnácti let. Vzorek respondentů tvořilo 212 žen s různým věkem, vzděláním i počtem dcer.

11 METODIKA PRÁCE

K vypracování bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum pracuje většinou s velkým souborem respondentů. Využívá metod dotazníku, analýzy dat, standardizovaného rozhovoru apod. Do kvantitativního výzkumu patří především systematické shromažďování dat a analýza numerických informací za předpokladu kontroly podmínek. (Kutnohorská, 2009, s. 21–22)

K získání požadovaných dat byl zvolen polostrukturovaný dotazník, který obsahoval 20 otázek. Tento dotazník byl určen matkám, jejichž dcery jsou ve věku od narození do 15 let. Dotazník byl tvořen z 11 uzavřených otázek, z 8 polouzavřených otázek a z 1 otevřené otázky. Úvodní otázky dotazníku byly zaměřeny na demografické údaje respondentek a jejich dcer. Další část dotazníku zjišťovala, kde by matky vyhledaly pomoc v případě gynekologického problému svých dcer. Následovaly otázky týkající se hygieny dívčího zevního genitálu a nejčastějších potíží spojených s jejím nesprávným prováděním. Druhá polovina dotazníku zahrnovala otázky týkající se znalostí problematiky předčasné a opožděné puberty a jejich projevů. V závěru dotazníku byly otázky zaměřující se na poruchy menstruačního cyklu. Vyplnění dotazníku trvalo přibližně 15 minut.

12 ORGANIZACE VÝZKUMU

Dotazníkové šetření probíhalo od 19. 12. 2020 do 25. 12. 2020. Výzkum se uskutečnil mezi ženami z mého okolí a v uzavřených skupinách „Mateřství bez tabulek ♥“, „Maminky“, „Dětské zdravotní problémy a léky pro děti“ na internetových stránkách Facebook.com a Modrykonik.cz.

Ženám z mého okolí jsem rozdala 20 dotazníků a návratnost byla 20 dotazníků. Na internetových stránkách se vrátilo 192 řádně vyplněných dotazníků.

13 ZPRACOVÁNÍ DAT

Zpracování dat proběhlo formou tabulek a grafů v programu Microsoft Excel a Microsoft Word. Při statistickém vyhodnocení dat byla využita a graficky znázorněna absolutní a relativní četnost.

14 ANALÝZA ÚDAJŮ

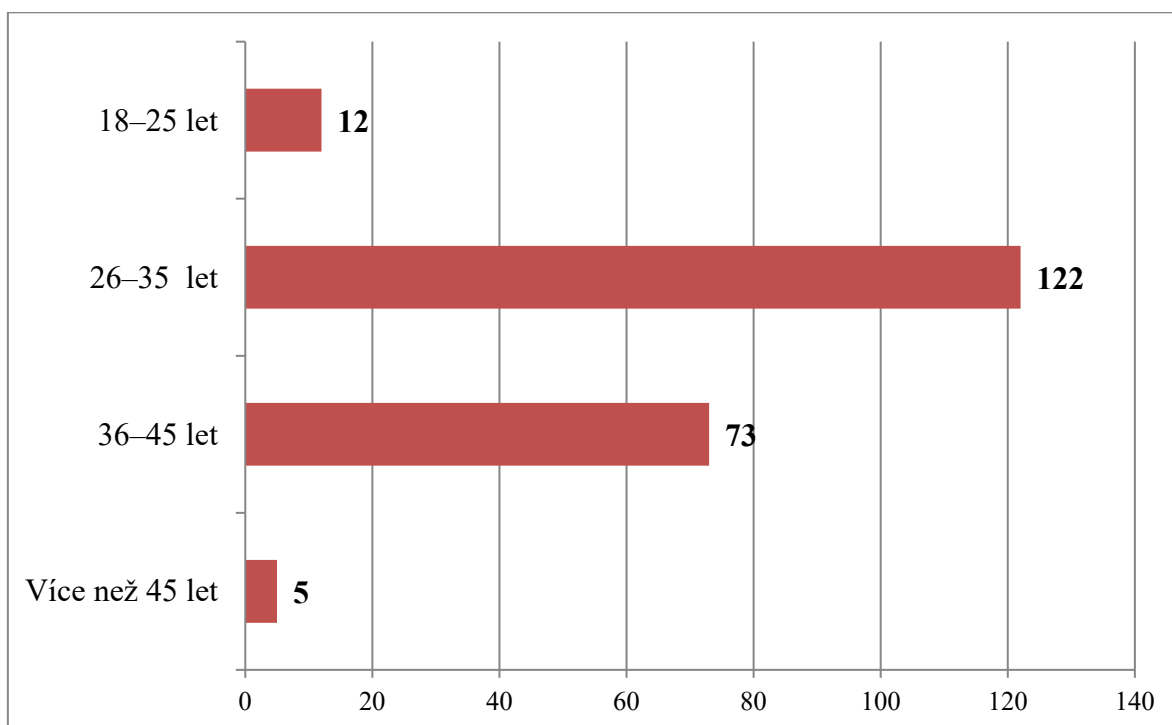
Tato část bakalářské práce obsahuje data získaná z dotazníků, která jsou zpracována do tabulek a grafů.

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1: Věk respondentek

18–25 let	12	5,7 %
26–35 let	122	57,5 %
36–45 let	73	34,4 %
Více než 45 let	5	2,4 %

Graf č. 1: Věk respondentek



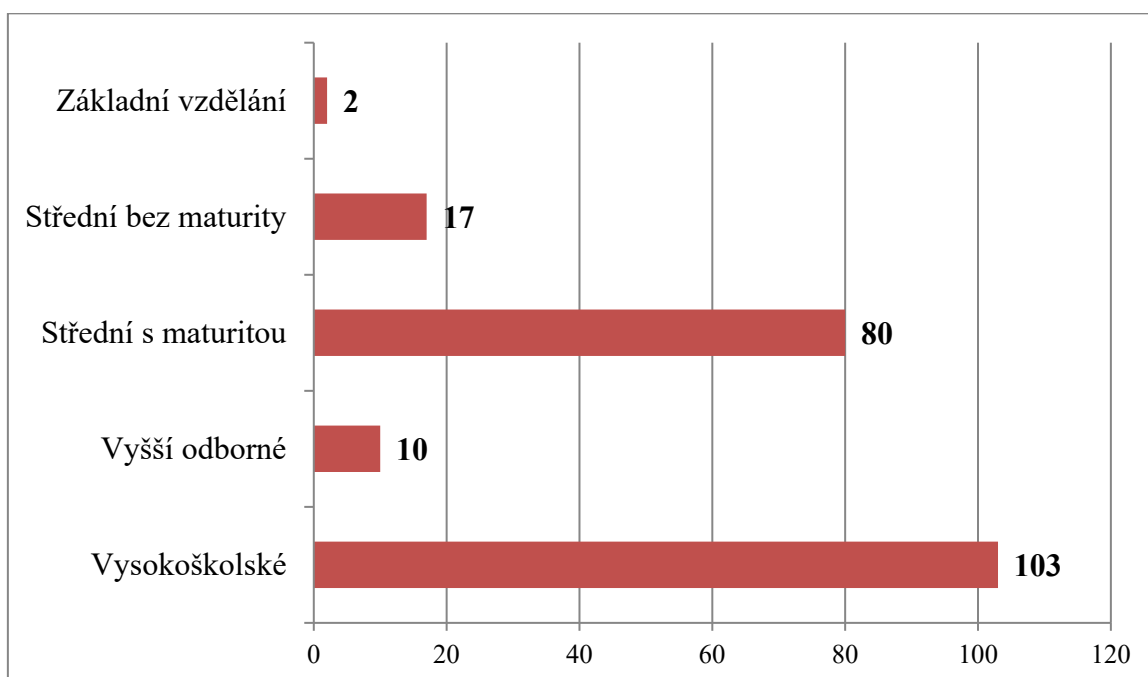
Z celkového počtu 212 respondentek je 122 (57,5 %) ve věku 26–35 let, 73 (34,4 %) ve věku 36–45 let, 12 (5,7 %) ve věku 18–25 let a pouze 5 dotazovaných žen (2,4 %) je starších než 45 let.

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2: Vzdělání respondentek

Základní vzdělání	2	1 %
Střední bez maturity	17	8 %
Střední s maturitou	80	37,7 %
Vyšší odborné	10	4,7 %
Vysokoškolské	103	48,6 %

Graf č. 2: Vzdělání respondentek



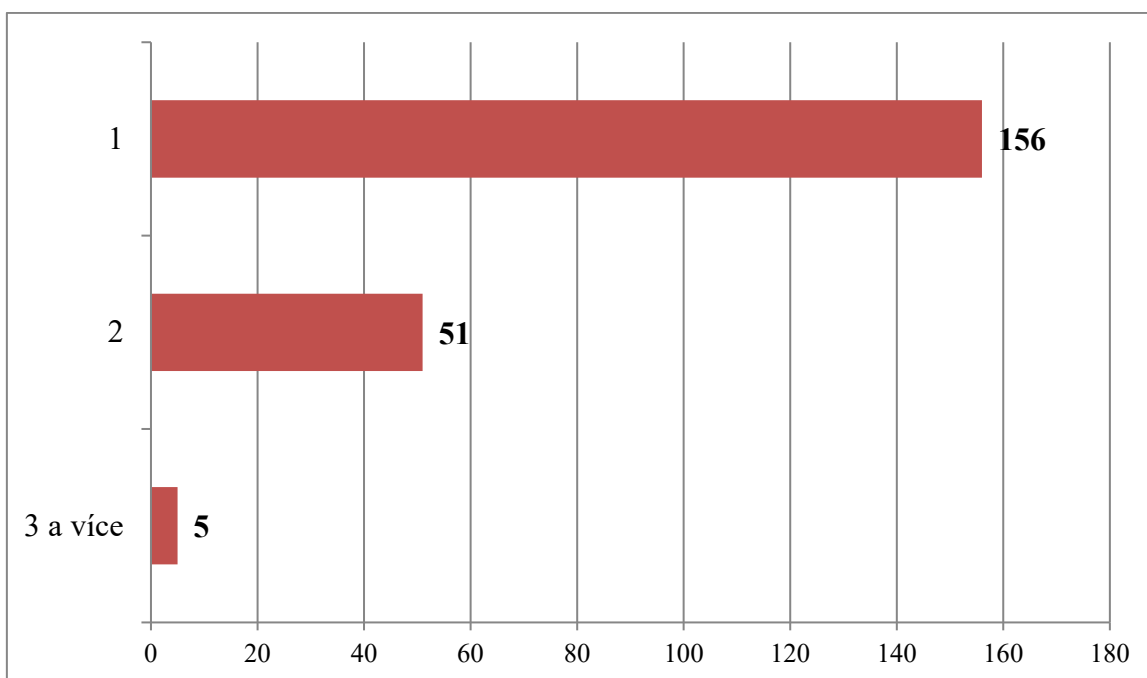
Nejvíce dotazovaných žen z celkových 212, a to 103 (48,6 %), uvedlo, že má vysokoškolské vzdělání, 80 žen (37,7 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 17 žen (8 %) středoškolské vzdělání bez maturity, 10 žen (4,7 %) vyšší odborné vzdělání a pouze 2 ženy (1 %) mají základní vzdělání.

Otázka č. 3: Kolik máte dcer?

Tabulka č. 3: Počet dcer

1	156	73,6 %
2	51	24 %
3 a více	5	2,4 %

Graf č. 3: Počet dcer



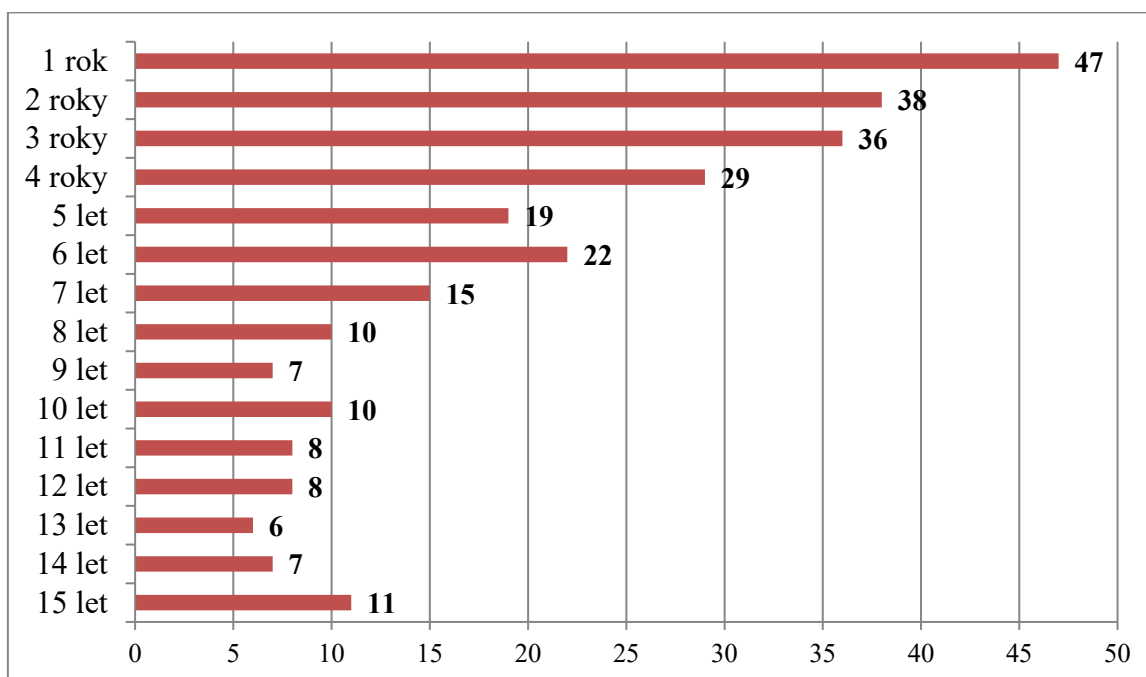
Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že 156 respondentek (73,6 %) z 212 má jednu dceru, 51 (24 %) žen má dvě dcery a 5 žen (2,4 %) pečuje o tři a více dcer.

Otázka č. 4: Kolik je Vaší dceři/dcerám let?

Tabulka č. 4: Věk dcer

1 rok	47	17,2 %
2 roky	38	13,9 %
3 roky	36	13,2 %
4 roky	29	10,6 %
5 let	19	7 %
6 let	22	8 %
7 let	15	5,5 %
8 let	10	3,7 %
9 let	7	2,6 %
10 let	10	3,7 %
11 let	8	2,9 %
12 let	8	2,9 %
13 let	6	2,2 %
14 let	7	2,6 %
15 let	11	4 %

Graf č. 4: Věk dcer



V největším zastoupení, a to 47 (17,2 %) žen z 212 dotazovaných, pečují ženy o dívky staré 1 rok, 38 žen (13,9 %) má dceru ve věku 2 let, 36 žen (13,2 %) ve věku 3 let, 29 žen (10,6 %) ve věku 4 let, 19 žen (7 %) ve věku 5 let, 22 žen (8 %) ve věku 6 let, 15 žen (5,5 %) ve věku 7 let, 10 žen (3,7 %) ve věku 8 let, 7 žen (2,6 %) ve věku 9 let, 10 žen (3,7 %) ve věku 10 let, 8 žen (2,9 %) ve věku 11 let, taktéž 8 žen (2,9 %) ve věku

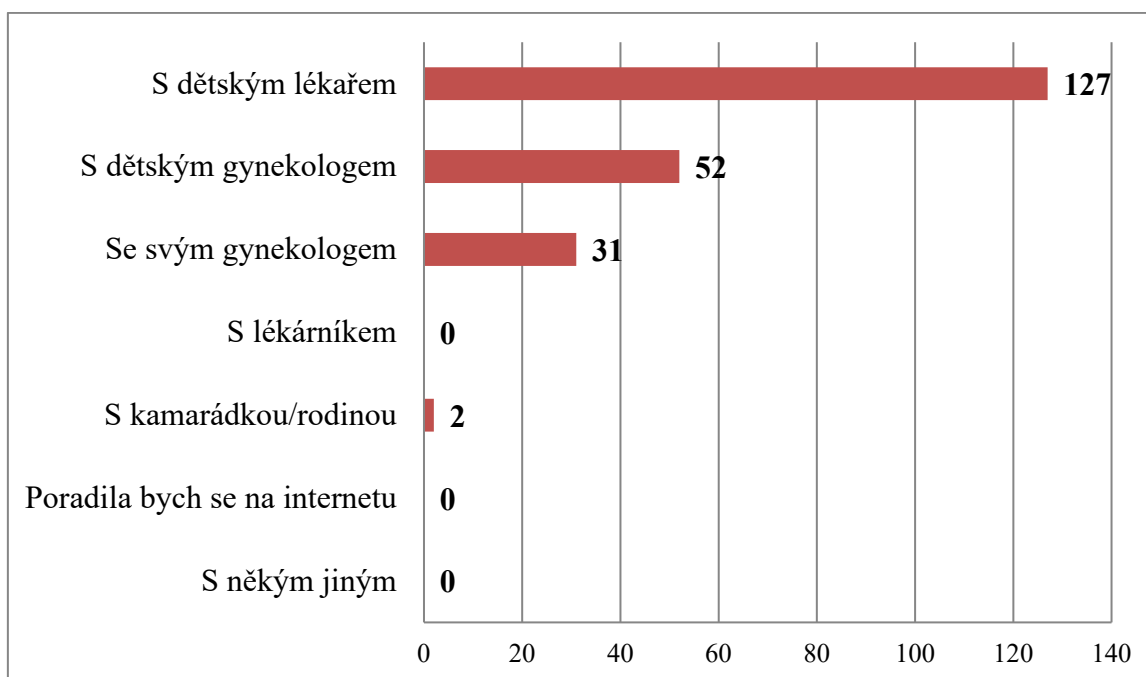
12 let, 6 žen (2,2 %) ve věku 13 let, 7 žen (2,6 %) ve věku 14 let a 11 žen (4 %) má dceru ve věku 15 let.

Otázka č. 5: S kým byste řešila případný gynekologický problém Vaší dcery?

Tabulka č. 5: Řešení gynekologického problému

S dětským lékařem	127	59,9 %
S dětským gynekologem	52	24,5 %
Se svým gynekologem	31	14,6 %
S lékárníkem	–	–
S kamarádkou/rodinou	2	1 %
Poradila bych se na internetu	–	–
S někým jiným	–	–

Graf č. 5: Řešení gynekologického problému



Na otázku, s kým by ženy řešily gynekologický problém své dcery, odpověděla více než polovina z 212 dotazovaných, tedy 127 (59,9 %), že by se poradila s dětským lékařem. 52 žen (24,5 %) by problém řešilo s dětským gynekologem, 31 (14,6 %) se svým gynekologem a 2 ženy (1 %) se svou kamarádkou nebo rodinou. Žádná z respondentek (0 %) by se neporadila s lékárníkem a rovněž by žádná z žen (0 %) nevyhledávala radu

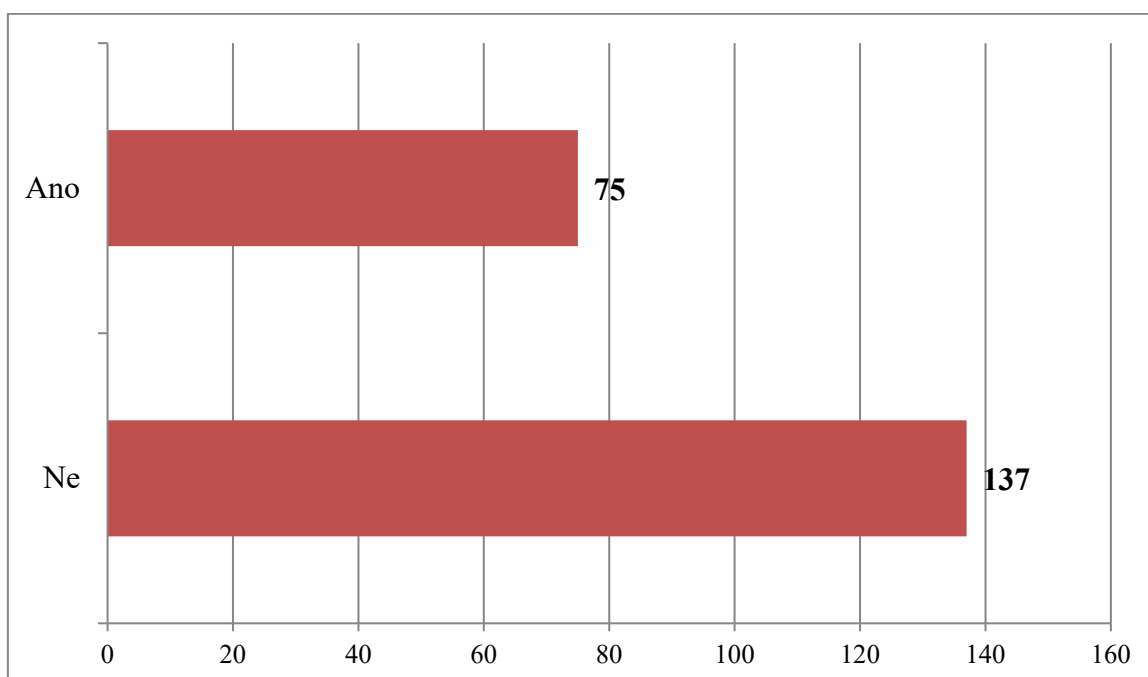
na internetu. Počet dotazovaných žen, které by problém řešily s někým jiným, byl také nulový (0 %).

Otázka č. 6: Víte, kde se ve Vašem okolí nachází ambulance dětské gynekologie?

Tabulka č. 6: Povědomí o ambulanci dětské gynekologie v okolí bydliště

Ano	75	35,4 %
Ne	137	64,6 %

Graf č. 6: Povědomí o ambulanci dětské gynekologie v okolí bydliště



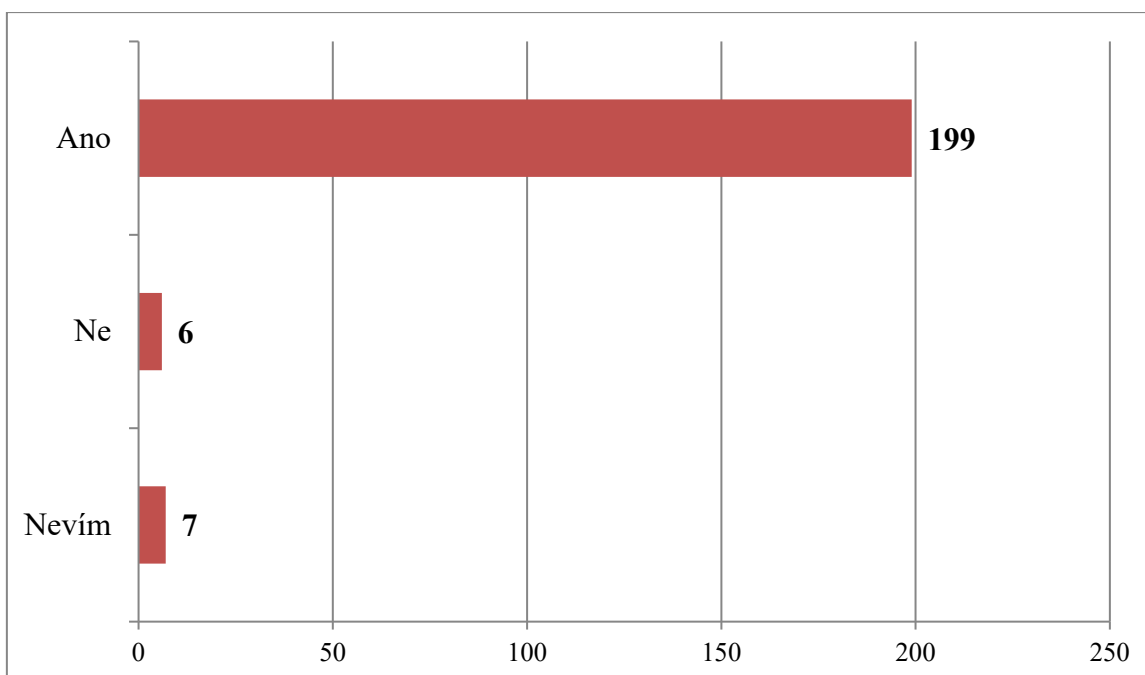
Z 212 respondentek 75 žen (35,4 %) v dotazníku uvedlo, že ví, kde se v jejich okolí nachází ambulance dětské gynekologie, zatímco 137 žen (64,6 %) odpovědělo na tuto otázku záporně.

Otázka č. 7: Má podle Vás hygiena zevního genitálu vliv na některé gynekologické komplikace dívek?

Tabulka č. 7: Vliv hygieny na gynekologické komplikace

Ano	199	93,9 %
Ne	6	2,8 %
Nevím	7	3,3 %

Graf č. 7: Vliv hygieny na gynekologické komplikace



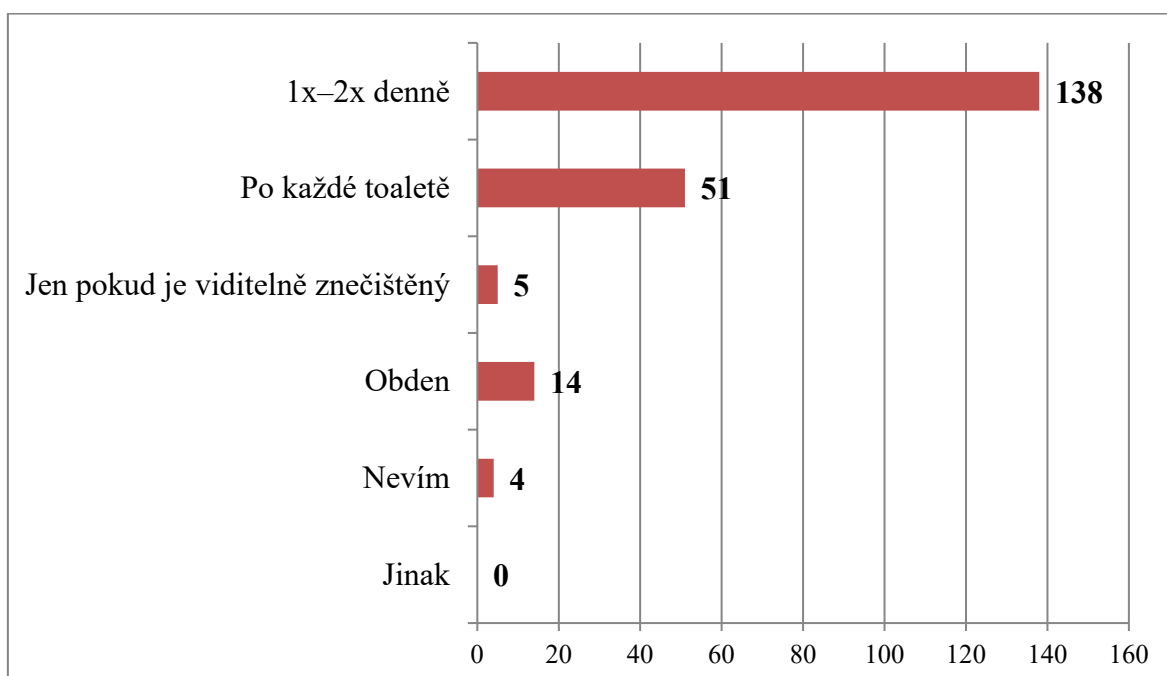
Z celkového počtu 212 respondentek zastává 199 žen (93,9 %) názor, že hygiena zevního genitálu má vliv na některé gynekologické komplikace dívek, 6 žen (2,8 %) se domnívá, že žádný vliv nemá, a 7 žen (3,3 %) zvolilo odpověď „Nevím“.

Otázka č. 8: Jak často by u dívek měla být prováděna hygiena genitálu?

Tabulka č. 8: Frekvence hygieny genitálu

1–2x denně	138	65 %
Po každé toaletě	51	24 %
Jen pokud je viditelně znečištěný	5	2,4 %
Obden	14	6,6 %
Nevím	4	2 %
Jinak	–	–

Graf č. 8: Frekvence hygieny genitálu



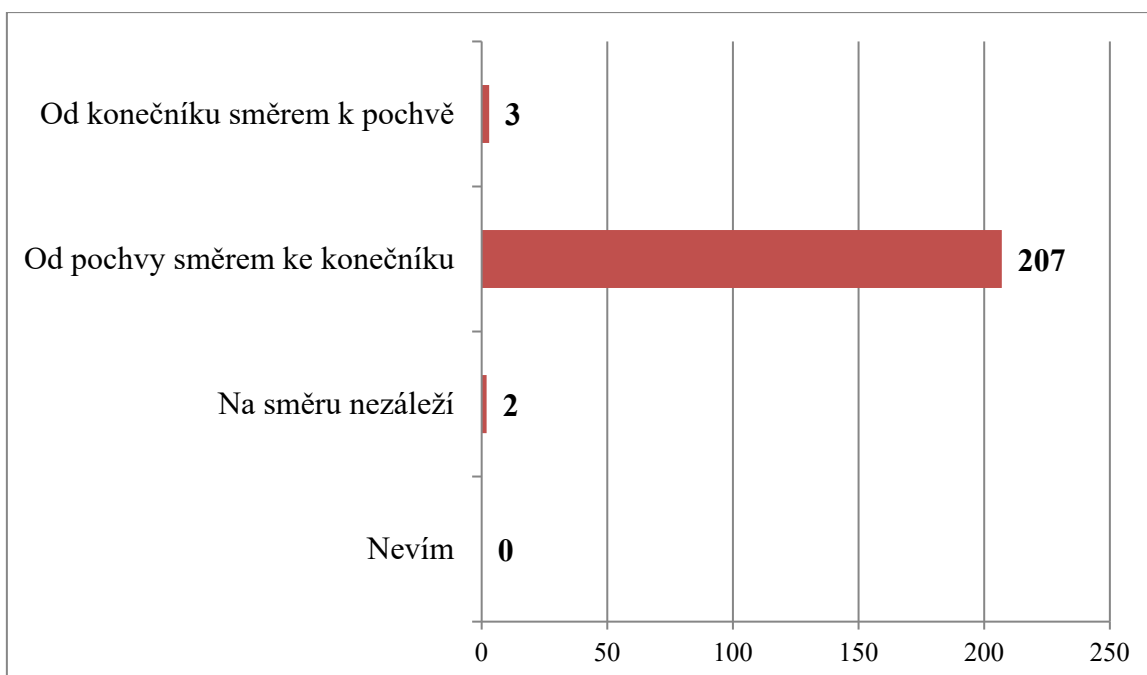
Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že podle 138 žen (65 %) z 212 dotazovaných by hygiena dívčího genitálu měla být prováděna 1–2x denně, podle 51 žen (24 %) po každé toaletě, podle 14 žen (6,6 %) obden, 5 dotazovaných žen (2,4 %) považuje za správné provádět hygienu genitálu jen pokud je viditelně znečištěný a 4 ženy (2 %) neví, jak často by hygiena měla probíhat. Žádná z dotazovaných (0 %) by hygienu genitálu neprováděla v jiné frekvenci.

Otázka č. 9: Jaký je správný způsob hygieny genitálu a konečnicku po toaletě?

Tabulka č. 9: Způsob hygieny genitálu a konečnicku

Od konečnicku směrem k pochvě	3	1,4 %
Od pochvy směrem ke konečnicku	207	97,6 %
Na směru nezáleží	2	1 %
Nevím	–	–

Graf č. 9: Způsob hygieny genitálu a konečnicku



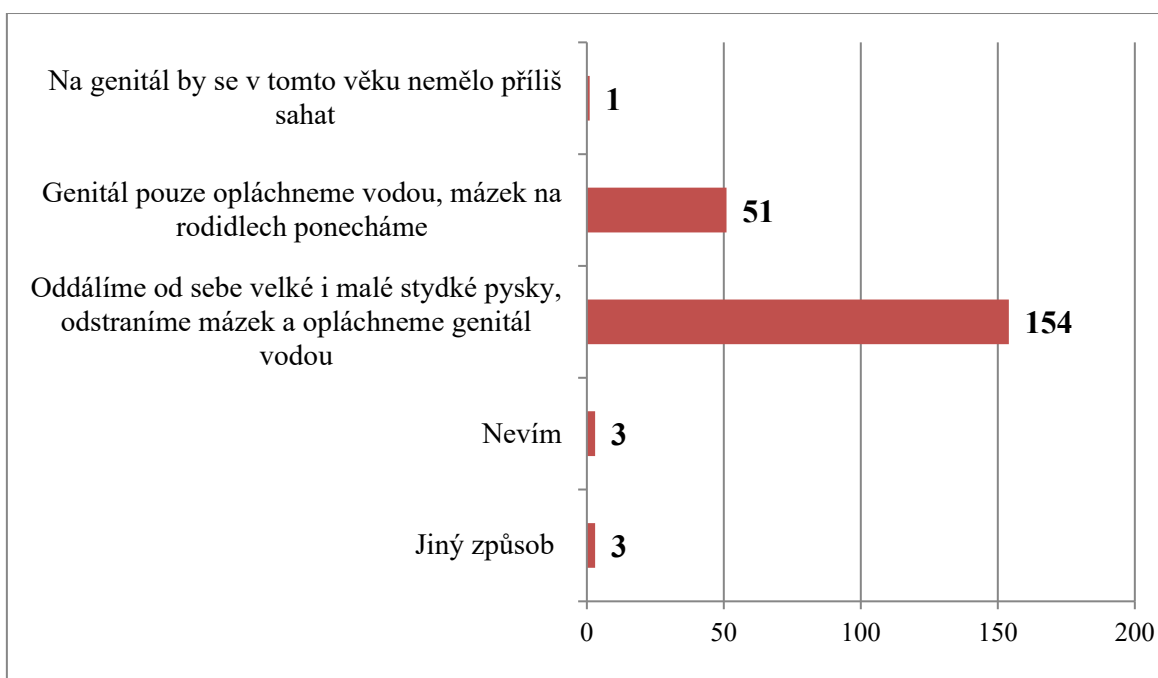
Z celkového počtu 212 dotazovaných žen zvolilo 207 respondentek (97,6 %) jako správný způsob hygieny genitálu a konečnicku po toaletě otření od pochvy směrem ke konečnicku, 3 ženy (1,4 %) od konečnicku směrem k pochvě a 2 ženy (1 %) uvádí, že na směru nezáleží.

Otázka č. 10: Jaký způsob provedení hygieny genitálu u dívky školkového věku považujete za správný?

Tabulka č. 10: Způsob hygieny genitálu u dívky školkového věku

Na genitál by se v tomto věku nemělo příliš sahat	1	0,5 %
Genitál pouze opláchneme vodou, mázek na rodidlech ponecháme	51	24,1 %
Oddálíme od sebe velké i malé stydké pysky, odstraníme mázek a opláchneme genitál vodou	154	72,6 %
Nevím	3	1,4 %
Jiný způsob	3	1,4 %

Graf č. 10: Způsob hygieny genitálu u dívky školkového věku



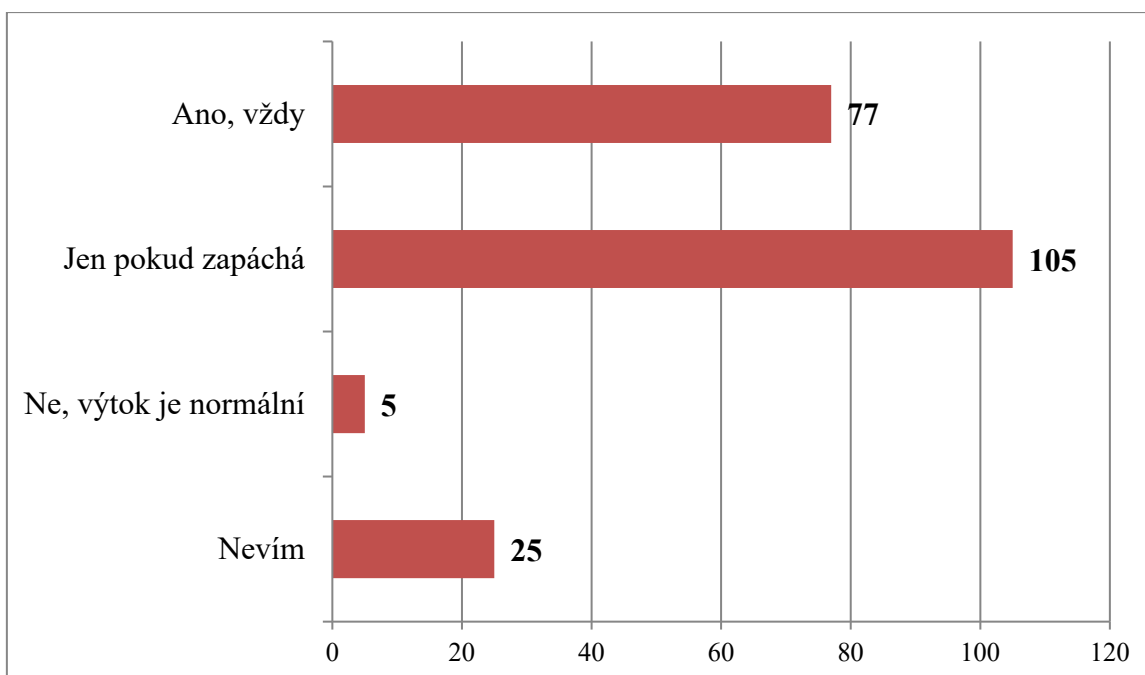
Ze získaných dat vyplývá, že z 212 dotazovaných považuje 154 žen (72,6 %) za správný způsob hygieny dívčích rodidel oddálit od sebe velké i malé stydké pysky, odstranit mázek a opláchnout genitál vodou. 51 žen (24,1 %) by genitál pouze opláchno vodou a mázek na rodidlech ponechalo. 3 respondentky (1,4 %) neví, jaký způsob hygieny genitálu je správný a jedna žena (0,5 %) se domnívá, že na genitál malého děvčátka by se nemělo příliš sahat. 3 dotazované ženy (1,4 %) by zvolily jiný způsob, a to provedení hygieny pomocí dětského olejíčku.

Otázka č. 11: Myslíte si, že výtok z pochvy u dívky školkového věku značí problém?

Tabulka č. 11: Výtok z pochvy u dívky školkového věku

Ano, vždy	77	36,3 %
Jen pokud zapáchá	105	49,5 %
Ne, výtok je normální	5	2,4 %
Nevím	25	11,8 %

Graf č. 11: Výtok z pochvy u dívky školkového věku



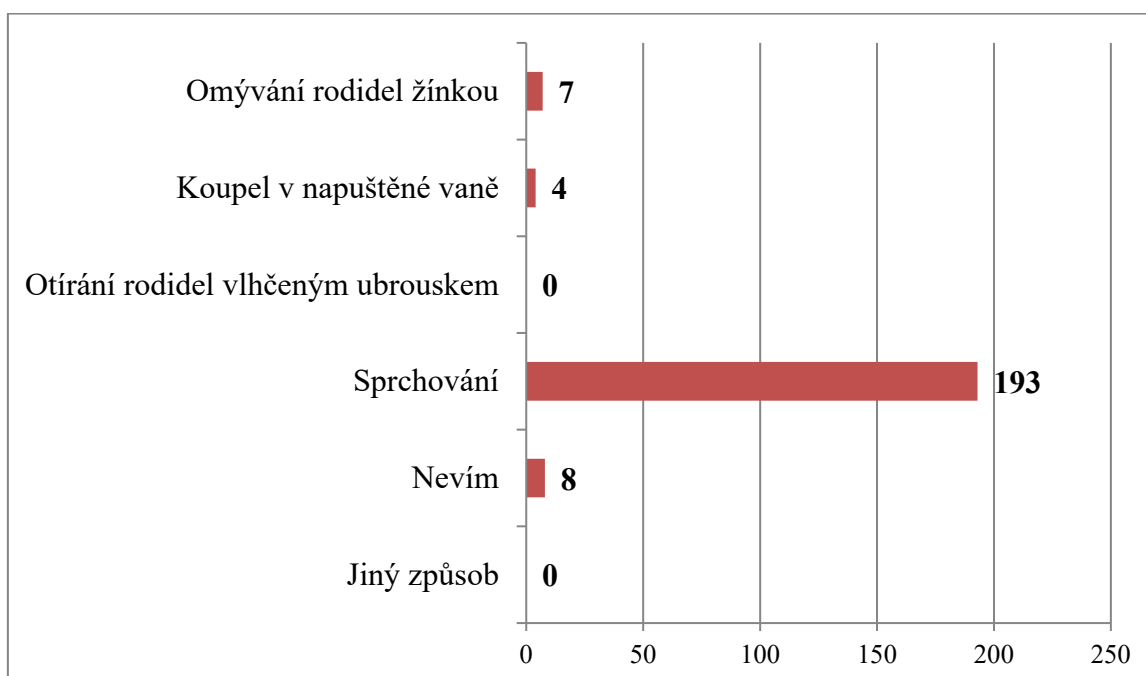
Téměř polovina z 212 dotazovaných žen, tedy 105 (49,5 %), uvádí, že u dívky školkového věku značí problém pouze zapáchající výtok, 77 žen (36,3 %) uvádí, že problém značí vždy, 25 žen (11,8 %) neví správnou odpověď a 5 žen (2,4 %) se domnívá, že výtok je u malého děvčátka normální.

Otázka č. 12: Jaký způsob koupele je podle Vás pro dívku trpící výtokem nejvhodnější?

Tabulka č. 12: Způsob koupele u dívky trpící výtokem

Omývání rodidel žínkou	7	3,3 %
Koupel v napuštěné vaně	4	1,9 %
Otírání rodidel vlhčeným ubrouskem	–	–
Sprchování	193	91 %
Nevím	8	3,8 %
Jiný způsob	–	–

Graf č. 12: Způsob koupele u dívky trpící výtokem



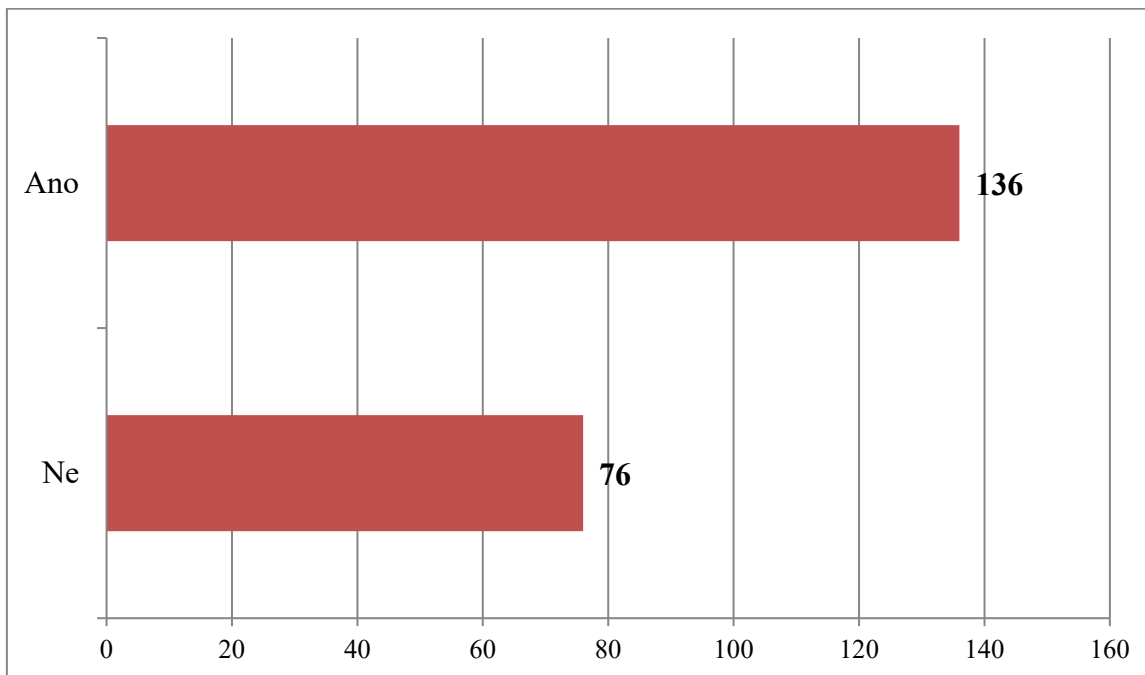
Na otázku, jaký způsob koupele u dívky trpící výtokem je nejvhodnější, odpovědělo z 212 respondentek 193 (91 %) že sprchování, 8 žen (3,8 %) neví odpověď, 7 žen (3,3 %) zvolilo možnost omývání rodidel žínkou a 4 ženy (1,9 %) koupel v napuštěné vaně. Žádná z dotazovaných žen (0 %) nevybrala jako odpověď otírání rodidel vlhčeným ubrouskem a ani jiný způsob koupele (0 %).

Otázka č. 13: Víte, co je to *předčasná puberta*?

Tabulka č. 13: Znalost termínu předčasná puberta

Ano	136	64,2 %
Ne	76	35,8 %

Graf č. 13: Znalost termínu předčasná puberta



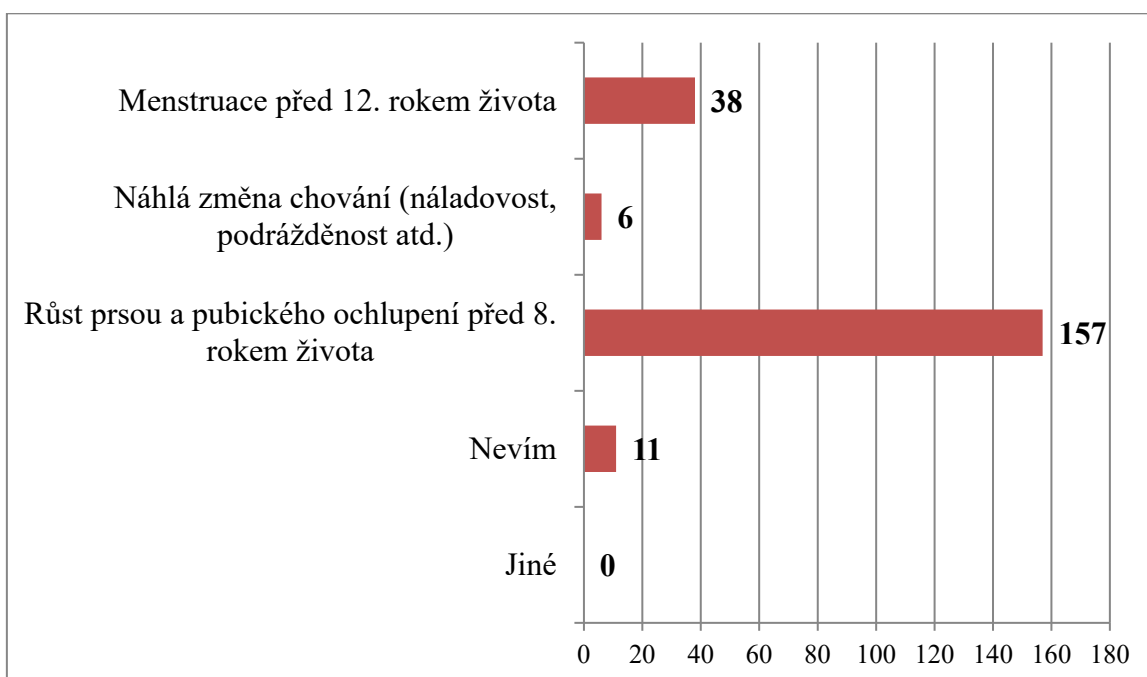
136 žen (64,2 %) z 212 dotazovaných odpovědělo na dotaz, zda ví, co je to předčasná puberta, kladně a 76 žen (35,8 %) odpovědělo záporně.

Otázka č. 14: Co byste považovala za projev předčasné puberty u dívek?

Tabulka č. 14: Projev předčasné puberty

Menstruace před 12. rokem života	38	17,9 %
Náhlá změna chování (náladovost, podrážděnost atd.)	6	2,8 %
Růst prsou a pubického ochlupení před 8. rokem života	157	74,1 %
Nevím	11	5,2 %
Jiné	–	–

Graf č. 14: Projev předčasné puberty



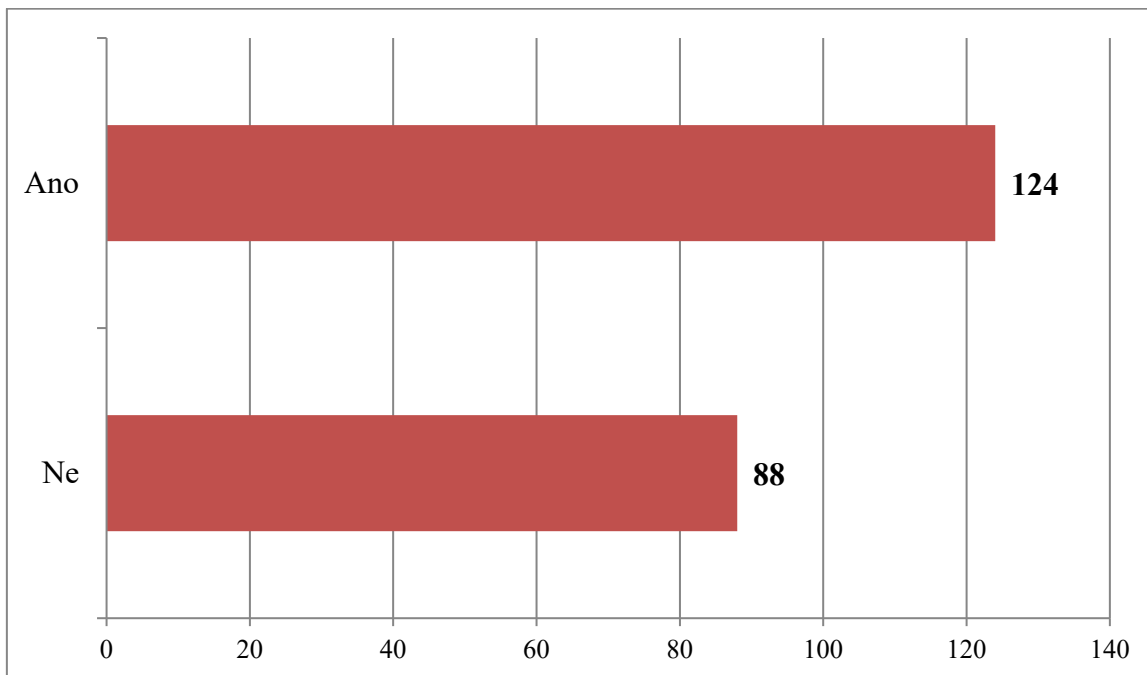
Většina z 212 respondentek, a to 157 (74,1 %), považuje za projev předčasné puberty růst prsou a pubického ochlupení před 8. rokem života, 38 dotazovaných žen (17,9 %) menstruaci před 12. rokem života, 11 žen (5,2 %) odpověď neví a 6 žen (2,8 %) považuje za projev náhlou změnu chování. Žádná z respondentek (0 %) neuvedla jiný projev předčasné puberty.

Otázka č. 15: Víte, co je to *opožďená puberta*?

Tabulka č. 15: Znalost termínu *opožďená puberta*

Ano	124	58,5 %
Ne	88	41,5 %

Graf č. 15: Znalost termínu *opožďená puberta*



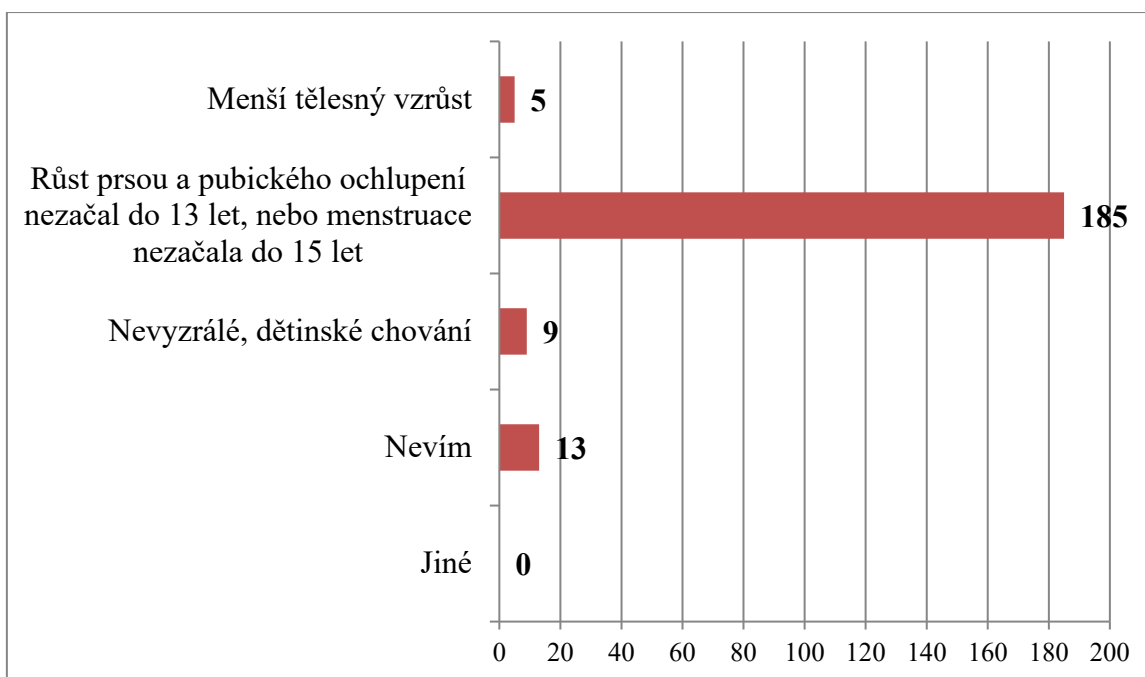
Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že 124 žen (58,5 %) z 212 dotazovaných zná význam termínu *opožďená puberta*, zatímco 88 žen (41,5 %) neví, co tento termín označuje.

Otázka č. 16: Co byste považovala za projev opožděné puberty u dívek?

Tabulka č. 16: Projev opožděné puberty

Menší tělesný vzrůst	5	2,4 %
Růst prsou a pubického ochlupení nezačal do 13 let, nebo menstruace nezačala do 15 let	185	87,3 %
Nevyzrálé, dětinské chování	9	4,2 %
Nevím	13	6,1 %
Jiné	–	–

Graf č. 16: Projev opožděné puberty



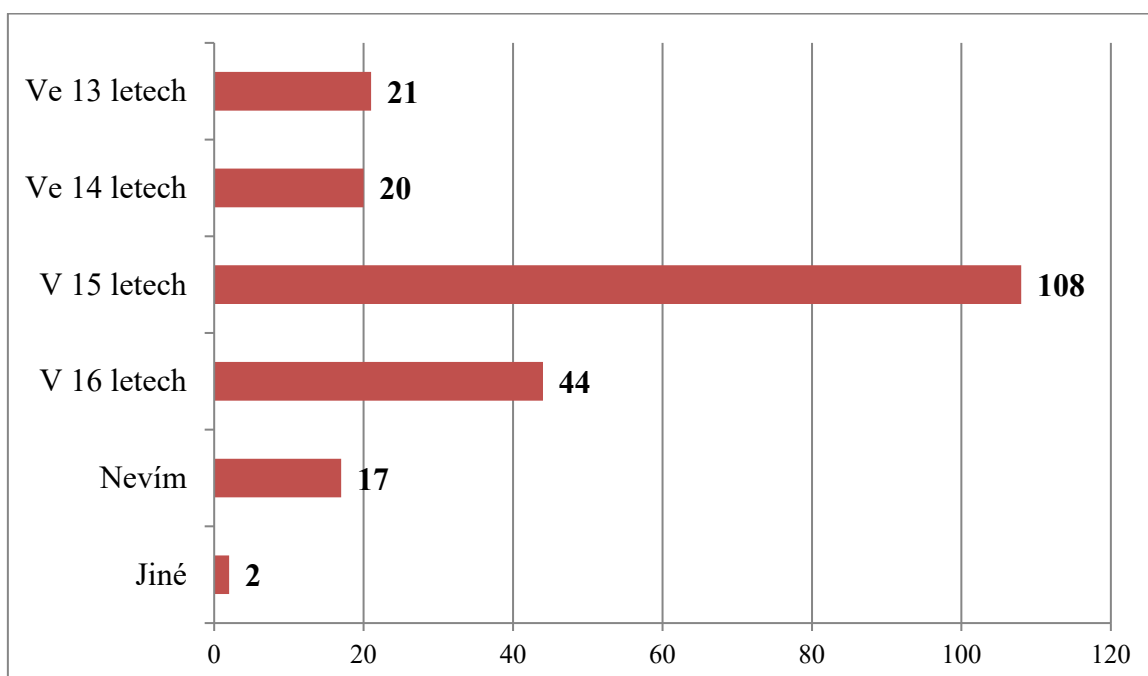
185 (87,3 %) respondentek z celkového počtu 212 považuje za projev opožděné puberty, jestliže růst prsou a pubického ochlupení nezačal do 13 let, nebo menstruace nezačala do 15 let. 13 žen (6,1 %) nemá povědomí, čím se opožděná puberta vyznačuje, 9 žen (4,2 %) vybralo jako odpověď nevyzrálé, dětinské chování, 5 žen (2,4 %) považuje za projev menší tělesný vzrůst. Žádná z dotazovaných žen (0 %) nezvolila odpověď „Jiné“.

Otázka č. 17: V kolika letech nejpozději by dívka měla mít svoji první menstruaci?

Tabulka č. 17: Horní věková hranice pro nástup první menstruace

Ve 13 letech	21	9,9 %
Ve 14 letech	20	9,4 %
V 15 letech	108	50,9 %
V 16 letech	44	20,8 %
Nevím	17	8 %
Jiné	2	1 %

Graf č. 17: Horní věková hranice pro nástup první menstruace



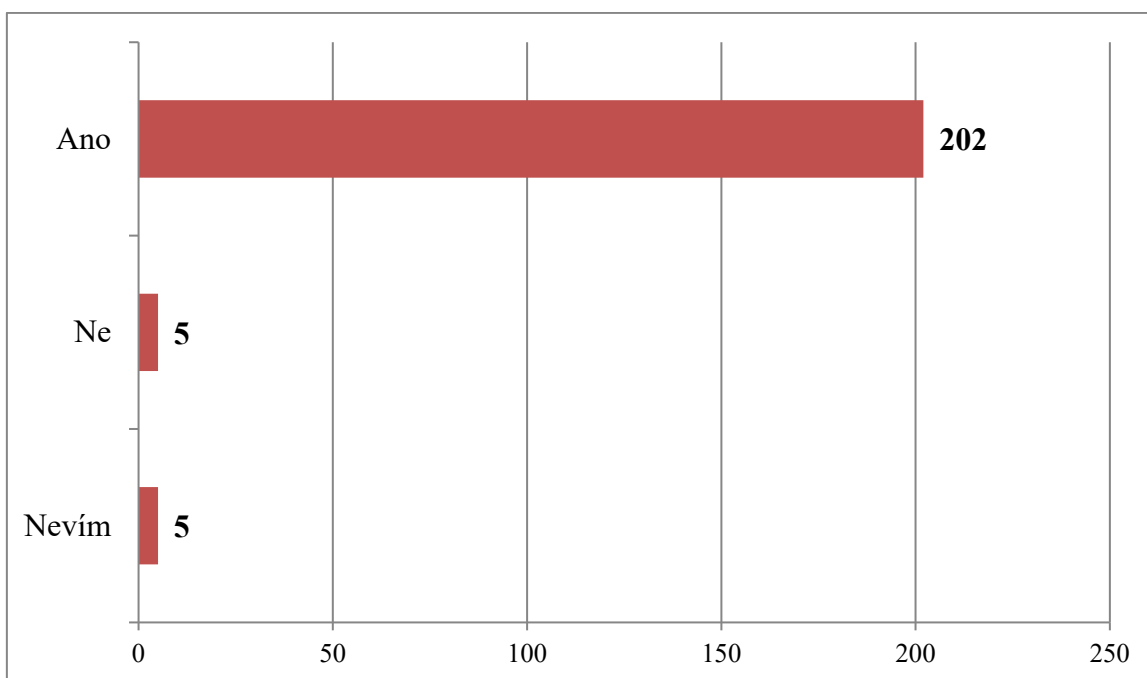
Více než polovina z 212 dotazovaných žen, přesněji 108 (50,9 %), označila za horní věkovou hranici pro nástup první menstruace 15 let. Druhou nejčastější odpovědí, kterou zvolilo 44 žen (20,8 %), byl věk 16 let. 21 žen (9,9 %) uvedlo, že první menstruaci by měla dívka mít nejpozději ve 13 letech, a 20 žen (9,4 %) ve 14 letech. 17 žen (8 %) nevědělo správnou odpověď a 2 ženy (1 %) zvolily jinou odpověď, ve které obě uvedly, že věková hranice je velmi individuální.

Otázka č. 18: Myslíte si, že je důležité zajímat se o menstruační cyklus dospívající dcery?

Tabulka č. 18: Zájem žen o menstruační cyklus dcer

Ano	202	95,2 %
Ne	5	2,4 %
Nevím	5	2,4 %

Graf č. 18: Zájem žen o menstruační cyklus dcer



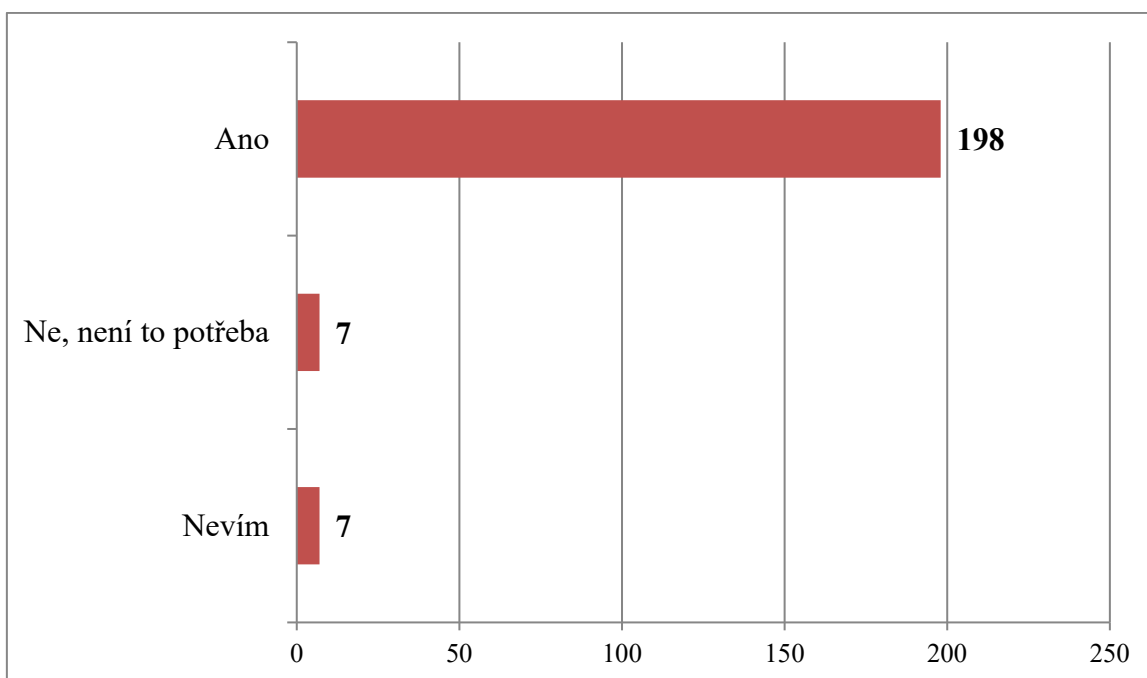
Uvedená tabulka i graf znázorňují, že naprostá většina z 212 dotazovaných žen uvedla, že je důležité zajímat se o menstruační cyklus dospívající dcery. Tuto odpověď zvolilo 202 (95,2 %) respondentek. 5 žen (2,4 %) nepovažuje za důležité se o menstruační cyklus dcery zajímat a rovněž 5 žen (2,4 %) vybralo možnost „Nevím“.

Otázka č. 19: Měla by si podle Vás dívka vést menstruační kalendář?

Tabulka č. 19: Vedení menstruačního kalendáře

Ano	198	93,4 %
Ne, není to potřeba	7	3,3 %
Nevím	7	3,3 %

Graf č. 19: Vedení menstruačního kalendáře



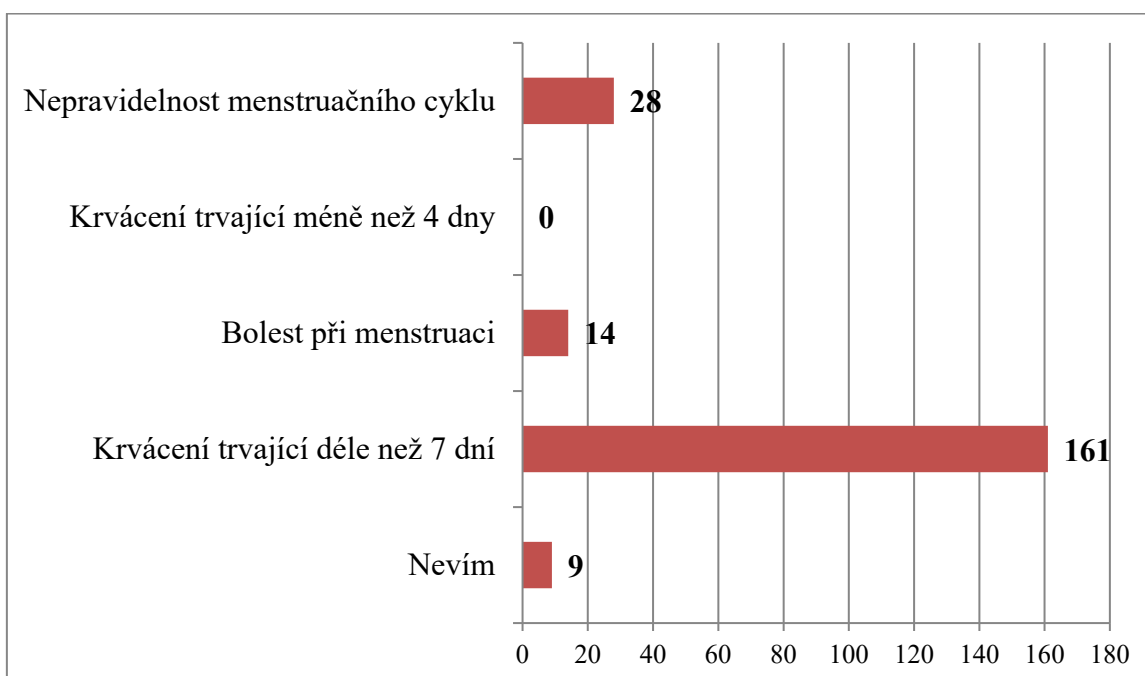
Dle názoru 198 respondentek (93,4 %) z celkového počtu 212 by si dívka měla vést menstruační kalendář, 7 žen (3,3 %) si myslí opak a taktéž 7 žen (3,3 %) neví, zda je to potřeba.

Otázka č. 20: Co z uvedených možností značí v menstruačním cyklu dospívající dívky problém?

Tabulka č. 20: Porucha menstruačního cyklu u dospívající dívky

Nepravidelnost menstruačního cyklu	28	13,2 %
Krvácení trvající méně než 4 dny	–	–
Bolest při menstruaci	14	6,6 %
Krvácení trvající déle než 7 dní	161	76 %
Nevím	9	4,2 %

Graf č. 20: Porucha menstruačního cyklu u dospívající dívky



Na otázku ohledně poruch menstruačního cyklu dospívající dívky 161 žen (76 %) z 212 shodně odpovědělo, že poruchu představuje krvácení trvající déle než 7 dní. 28 dotazovaných žen (13,2 %) vidí problém v nepravidelnosti menstruačního cyklu a 14 žen (6,6 %) v bolestivé menstruaci. 9 respondentek (4,2 %) neví, která z uvedených možností poruchu představuje. Žádná z žen (0 %) ne zvolila krvácení trvající méně než 4 dny.

15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit, s kým by matky řešily gynekologický problém dcer.

Výzkumný problém: U koho by matky hledaly pomoc při řešení problému své dcery?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 5, 6

Na základě odpovědí na otázky č. 5 a 6 bylo zjištěno, že nadpoloviční většina matek by gynekologický problém své dcery řešila s dětským lékařem. Jeho pomoc z celkového počtu 212 žen by vyhledalo 127 (59,9 %) dotazovaných. Zhruba čtvrtina žen, tedy 52 (24,5 %), by problém řešila přímo s dětským gynekologem. Počet těchto žen není příliš vysoký, a to i přesto, že 75 respondentek (35,4 %) uvedlo, že ví, kde se v jejich okolí nachází ambulance dětské gynekologie. Avšak většina žen, a to 137 (64,6 %), neví, kde by ambulanci hledala.

Cíl 2: Zmapovat úroveň znalostí matek týkající se hygieny dívčího genitálu.

Výzkumný problém: Jsou si matky vědomi důležitosti hygieny genitálu? Jsou schopné rozpoznat komplikace, které při nesprávném provádění mohou nastat?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 7, 8, 11

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina žen ví, že hygiena zevního genitálu má vliv na některé gynekologické komplikace dívek. Z 212 dotazovaných žen si je této skutečnosti vědomo 199 (93,9 %). Přesto ale některé ženy chybovaly v otázce zaměřené na frekvenci hygieny. Zatímco 138 respondentek (65 %) správně uvedlo, že hygiena dívčích rodidel by měla být prováděna 1–2x denně, 14 žen (6,6 %) by hygienu provedlo pouze obden a 5 žen (2,4 %) dokonce jen při viditelném znečištění. Častým důsledkem nesprávné hygieny je zavlečení střevních bakterií do pochvy a následný vznik vulvovaginitidy. Ta se projevuje výtokem, který u malých děvčátek v klidovém období nikdy nemá fyziologickou příčinu, proto je důležité vědět, že vždy značí nějaký gynekologický problém, který je nutné řešit. Tuto skutečnost si uvědomuje jen 77 žen (36,3 %) z 212 dotázaných. Většina žen – 105 (49,5 %) by výtok považovala za problém pouze pokud zapáchá a zbývající respondentky odpověď buďto neví, nebo se domnívají, že výtok je u dívky školkového věku normální.

Cíl 3: Zjistit, jaký způsob hygieny dívčího genitálu považují matky za správný.

Výzkumný problém: Provedly by matky hygienu genitálu správně a v dostatečné míře?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 8, 9, 10, 12

Pomocí těchto otázek bylo zjištěno, že ženy mají dobré znalosti o tom, jaký způsob hygieny zevního genitálu dívky je správný. Otázka týkající se hygieny genitálu a konečníku po toaletě ukázala, že 207 žen (97,6 %) z 212 dotázaných ví, že zevní rodidla se otírají směrem od pochvy ke konečníku. Valná většina žen, a to 193 (91 %), správně uvedla také vhodný způsob koupele pro dívku trpící výtokem, kterým je zásadně sprchování. 154 dotazovaných žen (72,6 %) správně odpovědělo, že při hygieně genitálu malého děvčátka by od sebe měly být oddáleny velké i malé stydké pysky a mázek by měl být odstraněn. 51 žen (24,1 %) naopak uvedlo, že genitál by pouze opláchly, ale mázek na rodidlech ponechaly. Tento postup je chybný a může vést ke vzniku synechií. Nejméně dotazovaných se pak shodovalo v otázce frekvence hygieny dívčího genitálu. V optimální míře, tedy 1–2x denně, by ji provedlo 138 žen (65 %).

Cíl 4: Zanalyzovat úroveň znalostí matek o poruchách pohlavního dospívání.

Výzkumný problém: Dokážou matky identifikovat příznaky poruch pohlavního dospívání?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 13, 14, 15, 16, 17

Dotazníkové šetření prokázalo, že ačkoliv matky nejsou příliš znalé v pojmech předčasná a opožděná puberta, dokážou poměrně dobře identifikovat příznaky těchto poruch pohlavního dospívání. Jen 136 žen (64,2 %) z 212 dotazovaných uvedlo, že ví, co je to předčasná puberta, ale v následující otázce 157 žen (74,1 %) odpovědělo správně, že jejím příznakem je růst prsou a pubického ochlupení před 8. rokem života. V otázce týkající se opožděné puberty uvedlo již jen 124 respondentek (58,5 %), že ví, co tento pojem znamená, avšak mnohem vyšší počet žen, a to 185 (87,3 %), odpověděl správně, že jejím projevem je, pokud růst prsou a pubického ochlupení nezačal do 13 let, nebo menstruace nezačala do 15 let. V čem ale dotazované ženy tápou, je horní věková hranice pro nástup první menstruace. U dívky by se měla menarche objevit do 15 let věku, což správně uvádí jen cca polovina žen, přesněji 108 (50,9 %).

Cíl 5: Zmapovat úroveň znalostí matek o poruchách menstruačního cyklu.

Výzkumný problém: Zajímají se matky o menstruační cyklus dcer a dokážou identifikovat příznaky jeho poruch?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 17, 18, 19, 20

Velká skupina z 212 dotazovaných žen se shoduje, že je důležité zajímat se o menstruační cyklus své dcery a že by si dívka měla vést menstruační kalendář. O menstruační cyklus dospívající dcery by se zajímalo 202 matek (95,3 %) a 198 (93,4 %) jich považuje za důležité zaznamenávání cyklu do menstruačního kalendáře.

Některé respondentky ale mají mezery ve znalostech týkajících se poruch menstruačního cyklu. Zatímco 161 žen (76 %) správně uvedlo, že poruchu značí krvácení trvající déle než 7 dní, v otázce týkající se horní věkové hranice pro nástup první menstruace poměrně velký počet žen chyboval. Správnou odpověď, tedy věk 15 let, vybralo jen 108 žen (50,9 %). Druhou nejčastější možností, kterou zvolilo 44 žen (20,8 %), je věk 16 let. Vyčkávání do takového věku by ale bylo chybné, a dívka, která nezačala menstruuovat ani po svých 15. narozeninách, by měla být raději vyšetřena dětským gynekologem.

Cíl 6: Zjistit, zda má věk, vzdělání a počet dcer žen vliv na znalosti týkající se dětské gynekologie.

Výzkumný problém: Jsou znalosti matek v oblasti dětské gynekologie ovlivněny jejich věkem, vzděláním a počtem dcer?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

Znalosti žen týkající se hygieny dívčího genitálu, poruch pohlavního dospívání nebo poruch menstruačního cyklu nejsou příliš ovlivněny jejich věkem. Počet žen, které napříč všemi věkovými skupinami odpověděly správně, se pohyboval mezi 71–79 %. Nejvíce znalostí mají ženy ve věku 36–45 let, kterých je celkem 73 z 212 dotazovaných a které v 78,7 % uvedly správné odpovědi. Naopak nejméně znalostí mají ženy ve věku 18–25 let, kterých je celkem 12 a správné odpovědi zvolily v 71,4 %.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že v závislosti na dosaženém vzdělání je úroveň znalostí týkající se dětské gynekologie nejvyšší u žen s vysokoškolským vzděláním. Vzorek vysokoškolsky vzdělaných respondentek tvořilo 103 žen z celkového počtu 212 dotazovaných a jejich odpovědi byly v 80 % správné. Nejnižší úroveň znalostí mají ženy se středoškolským vzděláním bez maturity, kterých je celkem 17 a správné odpovědi uvedly v 66,4 %.

Z hlediska počtu dcer se nejlépe v problematice dětské gynekologie orientují ženy, které mají 3 a více dcer. Jejich odpovědi jsou z 81,4 % správné. Nutno ale podotknout, že vzorek respondentek této skupiny je velmi malý, a to pouze 5 žen z celkového počtu 212 dotazovaných. Naopak nejméně znalostí mají ženy, které pečují o 1 dceru. Těchto žen je 156 z 212 respondentek a správně odpověděly v 75,2 %.

16 DISKUZE

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou znalosti žen v oblasti dětské gynekologie. Přesněji matek, jež vychovávají dcery. Mezi nejčastější problémy, se kterými dívky navštěvují ambulanci dětské gynekologie, patří synechie, vulvovaginitida, poruchy menstruačního cyklu a poruchy pohlavního dospívání. Z toho důvodu byly cílovou skupinou pro výzkum ženy, které mají dceru/dcery ve věku od narození do 15 let. U malých děvčátek má péči o zevní genitál na starost rodič, nejčastěji matka, a proto by měla dobře znát zásady správné hygieny, a tím předcházet gynekologickým problémům své dcery. Dospívající dívka by správné hygienické návyky měla mít naučené z dětství, a při každodenní péči je provádět již automaticky. Dívka se však v pubertě může setkat s řadou jiných gynekologických komplikací, mezi něž nejčastěji patří poruchy menstruačního cyklu a poruchy pohlavního dospívání. Téma týkající se menstruace může být pro spoustu mladých dívek choulostivé, a domnívám se, že řada z nich se kvůli ostychu s případnými komplikacemi své matce ani nesvěří. Z toho důvodu by menstruační cyklus a gynekologické problémy obecně neměly být v rodině tabuizovány, neboť otevřená komunikace a všímavost matky může výrazně přispět k včasnému odhalení a řešení gynekologického onemocnění.

Potřebné informace týkající se znalostí žen v oblasti dětské gynekologie byly získány formou polostrukturovaného dotazníku. Do dotazníkového šetření byly osloveny ženy z mého okolí a ženy v uzavřených skupinách týkajících se mateřství na facebookových a webových stránkách. Do dotazníkového šetření se tak podařilo získat 212 respondentek. V bakalářské práci bylo stanoveno 6 dílčích cílů a 6 výzkumných problémů.

První cíl měl zjistit, s kým by matky řešily gynekologický problém své dcery. Z dotazníkového šetření vyplývá, že by většina žen nejprve vyhledala dětského lékaře. Jandová (2002, s. 158) uvádí, že pediatr je v naprosté většině případů lékařem prvního kontaktu a rodiče jsou u něho zvyklí hledat pomoc při každém onemocnění dítěte. Navíc dívku sleduje při pravidelných prohlídkách již od jejího narození, a má tak možnost zachytit známky gynekologického onemocnění a zabránit jeho rozvoji. Proto je nezbytné, aby se dětský lékař orientoval v problematice dětské gynekologie a příznaky gynekologických patologií bral v úvahu při diferenciální diagnostice.

Další cíl byl zaměřen na úroveň znalostí matek týkající se hygieny zevního genitálu. Ačkoliv si je naprostá většina žen vědoma toho, že mnoha gynekologickým problémům

dívek je možné předcházet správnou hygienou rodidel, řada matek by ji prováděla v nedostatečné míře, a to pouze obden, nebo dokonce jen při viditelném znečištění genitálu. Takto zanedbaná hygiena může mít za následek vznik vulvovaginitidy projevující se výtokem. Výtok je u malých děvčátek, na rozdíl od dospívajících dívek a novorozenců, vždy patologický, což netuší více než polovina dotazovaných žen. Hořejší (2001, s. 407) uvádí, že organismus dívky není v klidovém období pod vlivem pohlavních hormonů, a tudíž je přítomnost fluoru vždy projevem zánětu rodidel. Zároveň dodává, že právě výtok je v tomto období nejčastějším důvodem návštěvy dětské gynekologie. Mnoho žen by výtoku u své dcery nepřikládalo větší význam, a proto by v této oblasti měly být pediatrem či dětskou sestrou lépe edukovány.

Třetí cíl měl zmapovat, jaký způsob hygieny dívčího genitálu považují matky za vhodný. Pomocí dotazníkového šetření bylo zjištěno, že ženy dobře znají správný princip hygieny po toaletě, kterým je otření zevních rodidel od pochvy směrem ke konečníku. Tím předcházejí zanesení střevních bakterií do pochvy. Až na pár výjimek odpověděly ženy na otázku zaměřující se na hygienu genitálu po toaletě správně. Dobrou informovanost žen v této problematice potvrzují i výsledky výzkumného šetření dalších dvou bakalářských prací, ve kterých studentky položily dotazovaným ženám stejnou otázku. Tučková (2014, s. 33) uvádí, že všechny respondentky odpověděly na otázku správně a rovněž Dimmerová (2015, s. 55) prezentuje ve své práci stejné výsledky.

Častým gynekologickým problémem malých děvčátek jsou také synechie, které vznikají srůstem protilehlých sliznic poševního vchodu dětského genitálu. Hořejší (2001, s. 429) uvádí, že toto onemocnění postihuje výhradně dívky v klidovém období, obvykle ve věku do 5 let. Dodává, že synechie vznikne velmi rychle, často postačí 10–14 dní snížené hygieny. Srůstu je možné předcházet správnou hygienou, při které jsou od sebe oddáleny stydké pysky, mázek a nečistoty jsou důkladně odstraněny a genitál opláchnut vodou. Tímto způsobem by dle dotazníkového šetření postupovala většina matek. Avšak téměř čtvrtina dotazovaných žen by hygienu provedla chybně a mázek na rodidlech ponechala. Velmi podobný výsledek, tedy čtvrtinu chybných odpovědí, získala ve své kvalifikační práci i Dimmerová (2015, s. 56). Je tedy zřejmé, že informovanost matek o této problematice se v průběhu let příliš nezlepšila. Proto je nezbytné ženy již v porodnici o vzniku a prevenci synechie poučit a názorně jim ukázat správnou péči o zevní genitál.

Čtvrtý cíl byl zaměřen na úroveň znalostí matek o poruchách pohlavního dospívání. Ačkoliv řada žen nezná termíny jako jsou předčasná a opožděná puberta, valná většina respondentek dokázala správně určit projevy těchto poruch. Mnoho matek ale neví, že první menstruace by se u dívky měla objevit do 15 let. Její absence i po dovršení tohoto věku může poukazovat na opožděné pohlavní dospívání. Správnou odpověď pro horní věkovou hranici nástupu menarche uvedla jen polovina dotazovaných žen. Mezi zbývajících chybnými odpověďmi převládalo, že by matky na první menstruaci dcery vyčkávaly do jejích 16 let. Hořejší (2003, s. 56) zdůrazňuje, že pokud dívka nedostane první měsíčky do 15. narozenin, je na místě návštěva u dětského gynekologa. Včasné vyšetření a řešení příčiny, může předejít závažným následkům v podobě neplodnosti a poškození kostry předčasnou osteoporózou.

Zajímalo mě, zda na poměrně velké množství chybných odpovědí v otázce týkající se nástupu první menstruace nemá vliv fakt, že většina respondentek má dcery ve věku do 7 let, a tudíž pro ně téma pohlavního dospívání a menarche není zatím „aktuální“. Proto byly odpovědi na tuto otázku porovnány s věkem dcer respondentek. Předpokládala jsem, že ženy, které mají dospívající dcery, se budou v této problematice dobře orientovat. Tento předpoklad se ale nepotvrdil a bylo zjištěno, že až tři čtvrtiny žen, které mají dcery v pubertě, odpověděly na otázku nástupu první menstruace chybně. Z toho důvodu se domnívám, že by bylo vhodné matky v ordinaci dětského lékaře lépe a včas o problematice menarche a pohlavního dospívání poučit.

Pátý cíl měl zmapovat úroveň znalostí matek o poruchách menstruačního cyklu. K tomuto cíli se vztahuje výzkumný problém, zda se ženy zajímají o menstruační cyklus dcer a dokážou identifikovat příznaky jeho poruch. Přes 90 % dotazovaných žen se shoduje, že je důležité zajímat se o menstruační cyklus své dcery a že by si dívka měla vést menstruační kalendář. Podle Jandové (2002, s. 161) je sledování menstruačního kalendáře nejdůležitější formou prevence poruch cyklu a každý pediatr by měl dívku k pečlivému zaznamenávání krvácení vést a záznamy pravidelně kontrolovat. Obecně vzato menstruační cyklus dívky může být v adolescenci nepravidelný, ale nemělo by být tolerováno silné, dlouhé a časté krvácení. V případě silného krvácení trvajícího déle než 7 dní se hovoří o juvenilní metrorhagii, která v některých případech může vést až k postupné anemizaci pacientky. V dotazníkovém šetření většina žen správně uvedla, že takovéto protrahované krvácení značí v menstruačním cyklu dospívající dívky problém.

Posledním cílem bylo zjistit, zda jsou znalosti žen ovlivněny jejich věkem, vzděláním a počtem dcer. Z výzkumu vyplynulo, že ženy s vysokoškolským vzděláním mají v oblasti dětské gynekologie nejvíce znalostí. Co se týče vlivu věku respondentek, nejlepších výsledků dosáhly ženy z věkové kategorie 36–45 let, nejhůře si vedly nejmladší dotazované ženy ve věku 18–25 let. Roli v dotazníkovém šetření hrál i počet dcer respondentek, přičemž nejvíce správných odpovědí měly ženy se třemi a více dcerami a nejméně správných odpovědí měly ženy, které mají jednu dceru. Dalo by se tedy říci, že na úroveň znalostí matek může mít vliv zkušenost, kterou ženy získaly věkem a také péčí o více dcer.

Tématem dětské gynekologie se doposud zabývalo jen málo kvalifikačních prací a snadné nebylo získat ani odpovídající literaturu, neboť většina monografií byla vydána před více než 15 lety. Proto bylo v bakalářské práci mnohokrát čerpáno z článků v odborných časopisech, jako jsou *Pediatric pro praxi* a *Časopis lékařů českých*. Často byla využita také literatura od prof. Hořejšího. Ačkoliv byly jeho publikace staré téměř 20 let, nacházely se v nich užitečné informace, které jsou stále aktuální.

Doporučení pro praxi

Z výsledků praktické části bakalářské práce vyplývá, že by bylo vhodné, aby ženy byly informovány o problematice synechií a názorně jim bylo předvedeno, jak šetrně, ale zároveň důkladně, provést hygienu dívčího zevního genitálu. Správné návyky v péči o rodidla dcery by si matka měla osvojit již v porodnici. Dále by matky měly být poučeny, že samozřejmostí v předcházení gynekologických problémů je pravidelnost hygieny, která by měla být prováděna alespoň 1–2x denně. Mnoho žen, a to i těch, které mají dospívající dcery, neví, v kolika letech by nejpozději měla nastoupit první menstruace. Proto by bylo vhodné, aby ženy byly v ordinaci dětského lékaře včas a lépe informovány o menarche a s ní souvisejících poruchách pohlavního dospívání a poruchách menstruačního cyklu.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá dětskou gynekologií. Úvodní pasáž teoretické části byla zaměřena na anatomii a fyziologii ženských pohlavních orgánů. Následující kapitola se věnovala rozdělení dětského věku, které je v gynekologii dětí a dospívajících důležité. Dále byl popsán průběh a specifika vyšetřování v dětské gynekologii. Podstatnou kapitolou teoretické části byla nejčastější gynekologická onemocnění, se kterými se dívky potýkají. Následovala část zaměřující se na prevenci a poslední kapitola byla věnována etickým a právním aspektům souvisejícím s oborem.

Praktická část bakalářské práce se zaměřovala na problematiku hygieny zevního genitálu dívek a schopnosti matek rozpoznat příznaky nejčastějších gynekologických onemocnění. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou znalosti žen v oblasti dětské gynekologie. Dalším cílem bylo dozvědět se, s kým by matky gynekologický problém dcery řešily. Následující dva cíle měly zmapovat, jaká je úroveň znalostí žen týkající se hygieny dívčího genitálu, a jaký způsob jejího provedení považují za správný. Cílem rovněž bylo zanalyzovat znalosti matek o poruchách pohlavního dospívání a o poruchách menstruačního cyklu. V neposlední řadě bylo také zjišťováno, zda má na znalosti žen v oblasti dětské gynekologie vliv jejich věk, vzdělání a počet dcer. Výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření. Dotazník byl rozdán ženám, které mají dceru ve věku do 15 let.

Výzkumné šetření v praktické části bakalářské práce ukázalo, že úroveň znalostí žen v oblasti dětské gynekologie je poměrně vysoká. Většina dotazovaných žen se dobře orientovala jak v problematice hygieny dívčího genitálu, tak i poruch pohlavního dospívání či poruch menstruačního cyklu. Avšak i přes značnou informovanost žen se v dotazníku nacházelo několik otázek, na které řada respondentek odpovídala špatně. Tyto otázky se zabývaly především správným provedením hygieny zevního genitálu jako prevence synechie a nástupem první menstruace. Předání informací týkající se péče o genitál dívky by mělo proběhnout již v porodnici, a to nejen ústně, ale také názornou ukázkou. O problematice menstruace, poruchách pohlavního dospívání a poruchách menstruačního cyklu, které s ní souvisí, by měla být matka i samotná dívka poučena dětským lékařem ještě před začátkem puberty.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

1. CITTERBART, Karel et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
2. CREIGHTON, Sarah M. et al. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. 1. vyd. Cambridge: Cambridge University Press, 2018, 172 s. ISBN 978-1-107-16513-7.
3. HEŘMANOVÁ, Jana et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
4. HOŘEJŠÍ, Jan. *Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek: Informace pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 132 s. ISBN 80-247-0553-2.
5. HOŘEJŠÍ, Jan. Vybrané kapitoly z gynekologie dětí a dospívajících. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2001, 10(4), s. 396–477. ISSN 1211-1058.
6. KOBILKOVÁ, Jitka et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
7. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
8. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. české. Praha: Grada, 2004, 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
9. PILKA, Radovan, PROCHÁZKA, Martin. *Gynekologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 217 s. ISBN 978-80-244-3019-5.
10. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
11. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
12. SIMOČKOVÁ, Viera. *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatelstvo: učebnice pre fakulty ošetrovatelstva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2011, 114 s. ISBN 978-808-0633-622.
13. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

Články v časopisech

14. DOSTÁLOVÁ, Zuzana, REJDOVÁ, Ingrid, KADLECOVÁ, Jana. Poruchy menstruačního cyklu u dospívajících dívek a jejich léčba. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2015, 16(3), s. 189–192. ISSN 1213-0494.
15. DOSTÁLOVÁ, Zuzana, REJDOVÁ, Ingrid, STARÝ, David et al. Intimní hygiena u dětí. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2009, 10(4), s. 220–223. ISSN: 1213-0494.
16. GERŽOVÁ, Hedvika. Antikoncepce a adolescentka. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2007, 8(1), s. 20–23. ISSN 1213-0494.
17. HAVLÍN, Miroslav. Vulvovaginitidy v dětském věku. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2011, 12(6), s. 437–438. ISSN 1213-0494.
18. HODICKÁ, Zuzana, REJDOVÁ, Ingrid. Synechia vulvae. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2013, 14(6), s. 389. ISSN 1213-0494.
19. HRDONKOVÁ, Eliška, ROKYTA, Zdeněk. Dospívání z pohledu gynekologa. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2011, 12(3), s. 167–170. ISSN 1213-0494.
20. JANDOVÁ, Yveta. Problematika dětské gynekologie v ordinaci dětského lékaře. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2002, 3(4), s. 158–161. ISSN 1213-0494.
21. KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých – aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2014, 15(6), s. 348–351. ISSN 1213-0494.
22. KOSOVÁ, Hana. Krvácení z rodidel v dětském věku z pohledu dětského gynekologa. *Československá pediatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2020, 75(3), s. 131–136. ISSN 0069-2328.
23. KOSOVÁ, Hana. Onemocnění vulvy a pochvy u dětí a dospívajících. *Časopis lékařů českých*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2018, 157(7), s. 354–357. ISSN 0008-7335.
24. KOSOVÁ, Hana. Dysfunkční krvácení v období dospívání. *Praktická gynekologie*. Praha: Facta Medica, 2016, 20(1), s. 40–43. ISSN 1211-6645.
25. SKŘENKOVÁ, Jana. Pomenarcheální nepravidelnosti menstruace u dospívajících dívek. *Časopis lékařů českých*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2018, 157(7), s. 343–349. ISSN 0008-7335.

26. SKŘENKOVÁ, Jana. Po stopách gynekologie dětí a dospívajících. *Časopis lékařů českých*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2018, 157(7), s. 363–366. ISSN 0008-7335.
27. ŠNAJDEROVÁ, Marta, ZEMKOVÁ, Daniela. Co by měl vědět pediatr o předčasné pubertě. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2010, 11(5), s. 282–286. ISSN 1213-0494.
28. REJDOVÁ, Ingrid, KADLECOVÁ, Jana. Poruchy puberty u dívek. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2016, 17(6), s. 358–361. ISSN 1213-0494.

Kvalifikační práce

29. DIMMEROVÁ, Ivana. *Péče porodní asistentky v dětské gynekologii*. [online]. Plzeň, 2015 [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/w5fvts/>>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Jana Horová.
30. TUČKOVÁ, Martina. *Hygienu a péče o zevní genitál v dětské gynekologii*. [online]. České Budějovice, 2014 [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/3hx85d/>>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Martina Bocskorová jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistence na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který se týká znalostí žen – matek v oblasti dětské gynekologie. O vyplnění dotazníku prosím pouze ženy, které mají dceru/dcery, a to ve věku od narození do 15 let. Tento dotazník je zcela anonymní a data slouží pro zpracování bakalářské práce.

Na každou otázku odpovídejte prosím pouze jednou z možností.

Pokud byste měly zájem o výsledky výzkumu, kontaktujte mě prostřednictvím emailu martinabocskorova@seznam.cz.

Předem děkuji za Váš čas, který věnujete k vyplnění dotazníku.

1. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) Více než 45 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní vzdělání
- b) Střední bez maturity
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

3. Kolik máte dcer?

- a) 1
- b) 2
- c) 3 a více

4. Kolik je Vaší dceři/dcerám let?

Uveďte, prosím

5. S kým byste řešila případný gynekologický problém Vaší dcery?

- a) S dětským lékařem
- b) S dětským gynekologem
- c) Se svým gynekologem
- d) S lékárníkem
- e) S kamarádkou/rodinou
- f) Poradila bych se na internetu
- g) S někým jiným (uveďte prosím s kým)

6. Víte, kde se ve Vašem okolí nachází ambulance dětské gynekologie?

- a) Ano (uveďte prosím kde)
- b) Ne

7. Má podle Vás hygiena zevního genitálu vliv na některé gynekologické komplikace dívek?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

8. Jak často by u dívek měla být prováděna hygiena genitálu?

- a) 1–2x denně

- b) Po každé toaletě
- c) Jen pokud je viditelně znečištěný
- d) Obden
- e) Nevím
- f) Jinak (uveďte, prosím)

9. Jaký je správný způsob hygieny genitálu a konečníku po toaletě?

- a) Od konečníku směrem k pochvě
- b) Od pochvy směrem ke konečníku
- c) Na směru nezáleží
- d) Nevím

10. Jaký způsob provedení hygieny genitálu u dívky školkového věku považujete za správný?

- a) Na genitál by se v tomto věku nemělo příliš sahat
- b) Genitál pouze opláchneme vodou, mázek na rodidlech ponecháme
- c) Oddálíme od sebe velké i malé stydké pysky, odstraníme mázek a opláchneme genitál vodou
- d) Nevím
- e) Jiný způsob (uveďte, prosím)

11. Myslíte si, že výtok z pochvy u dívky školkového věku značí problém?

- a) Ano, vždy
- b) Jen pokud zapáchá
- c) Ne, výtok je normální
- d) Nevím

12. Jaký způsob koupele je podle Vás pro dívku trpící výtokem nejvhodnější?

- a) Omývání rodidel žínkou
- b) Koupel v napuštěné vaně
- c) Otírání rodidel vlhčeným ubrouskem
- d) Sprchování
- e) Nevím
- f) Jiný způsob (uved'te, prosím)

13. Víte, co je to *předčasná puberta*?

- a) Ano
- b) Ne

14. Co byste považovala za projev předčasné puberty u dívek?

- a) Menstruace před 12. rokem života
- b) Náhlá změna chování (náladovost, podrážděnost atd.)
- c) Růst prsou a pubického ochlupení před 8. rokem života
- d) Nevím
- e) Jiné (uved'te, prosím)

15. Víte, co je to *opozděná puberta*?

- a) Ano
- b) Ne

16. Co byste považovala za projev opožděné puberty u dívek?

- a) Menší tělesný vzrůst
- b) Růst prsou a pubického ochlupení nezačal do 13 let, nebo menstruace nezačala do 15 let
- c) Nevyzrálé, dětinské chování

d) Nevím

e) Jiné (uveďte, prosím)

17. V kolika letech nejpozději by dívka měla mít svoji první menstruaci?

a) Ve 13 letech

b) Ve 14 letech

c) V 15 letech

d) V 16 letech

e) Nevím

f) Jiné (uveďte, prosím)

18. Myslíte si, že je důležité zajímat se o menstruační cyklus dospívající dcery?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

19. Měla by si podle Vás dívka vést menstruační kalendář?

a) Ano

b) Ne, není to potřeba

c) Nevím

20. Co z uvedených možností značí v menstruačním cyklu dospívající dívky problém?

a) Nepravidelnost menstruačního cyklu

b) Krvácení trvající méně než 4 dny

c) Bolest při menstruaci

d) Krvácení trvající déle než 7 dní

e) Nevím