



3.

**SPOLEČNÁ KONFERENCE
ČGPS ČLS JEP a SGPS SLS**

SEMINÁŘ PORODNÍCH ASISTENTEK

Karlovy Vary
Hotel Thermal
9.-12. 6. 2016



ODBORNÝ PROGRAM SBORNÍK ABSTRAKT

Generální partner:**Hlavní partneři:****Mediální partneři:****Vystavovatelé:**

AMIREX Medical s.r.o.
 Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
 AUDIOSCAN spol. s.r.o.
 Axonia, a.s.
 Besins Healthcare Czechia
 BGP Products Czech Republic s.r.o.
 BIONIK Stapro Group s.r.o.
 Bioptická laboratoř s.r.o.
 BIOVIT IMPEX CO ČR, s.r.o.
 BORCAD cz s.r.o.
 BTL zdravotnická technika, a.s.
 CompuGroup Medical Česká republika s.r.o.
 EGIS Praha spol. s.r.o.
 Electric Medical Service s.r.o.
 GHC GENETICS, s.r.o.
 Green Swan Pharmaceuticals CR, a.s.
 HARTMANN-RICO, a.s.
 HEATON
 Kardio-Line spol. s.r.o.
 MAXDORF s.r.o.
 MEDA Pharma s.r.o.
 MEDAX Systems s.r.o.

MEDICI-H IMP s.r.o.
 MEDPLUS s.r.o. ČR
 MEDPLUS s.r.o. SR
 NIMOTECH s.r.o.
 NORDIC Pharma, s.r.o.
 Pfizer PFE spol. s.r.o.
 Pierre Fabre Medicament, s.r.o.
 Quintesence s.r.o.
 RADIX CZ s.r.o.
 ROUGIER s.r.o.
 RQL s.r.o.
 SANDOZ s.r.o.
 S&D Pharma CZ spol. s.r.o.
 S&T Plus s.r.o.
 Slovenský register placentárních krvotvorných buniek
 SonoScape Medical Corp.
 Teva Pharmaceuticals ČR s.r.o.
 TRISOMY test
 VIVAX MANAGEMENT(CZ) s.r.o.
 WÖRWAG PharmaGmbH& Co. KG, o.z.
 Zentiva

Obsah:

Partneři konference	2
Výbory	3
Vědecký sekretariát a sekretariáty konference	4
Přehled programu	5
Workshopy	6
Odborný program	8
Galavečer	15
Posterová sekce	19
Všeobecné informace	22
Plánek konferenčních a výstavních prostor	26
Sborník abstrakt – konference	30
Sborník abstrakt – seminář porodních asistentek	53

Prezidenti konference:

doc. MUDr. Alena Měchurová, CSc.



prof. MUDr. Miloš Mlynček, CSc.

**Viceprezidenti konference:**

MUDr. Alexandra Stará



doc. MUDr. Igor Rusňák, CSc.

**Předseda vědecké rady konference:**

MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.



Předsedové organizačního výboru:

MUDr. Petr Velebil, CSc., doc. MUDr. Martin Redecha, Ph.D.

Členové organizačního výboru:

MUDr. Aleš Skřivánek, Ph.D., prof. MUDr. Pavel Ventruba, DrSc., MBA, prof. MUDr. Miroslav Borovský, Ph.D., prof. MUDr. Miloš Mlynček, CSc., Kamila Crhová, Anna Hajská

Vědecká rada konference:

MUDr. Jozef Adam, Ph.D., prof. MUDr. Miroslav Borovský, Ph.D., prof. MUDr. Pavel Calda, CSc., prof. MUDr. David Cibula, CSc., MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., prof. MUDr. Ján Danko, Ph.D., MUDr. Tomáš Danys, Ph.D., CSc., MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D., doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc., MUDr. Olga Hlaváčková, doc. MUDr. Ivan Hollý Ph.D., prof. MUDr. Karol Holomáň, Ph.D., MUDr. Ivan Huvar, CSc., MUDr. Ľudovít Janek st., doc. MUDr. Miroslav Korbel, CSc., prof. MUDr. Štefan Lukačín, CSc., prof. MUDr. Alois Martan, Dr.Sc., MUDr. Alena Měchurová DrSc., prof. MUDr. Miloš Mlynček, CSc., MUDr. Ľuboslav Mráz, MUDr. Jan Nový, prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D., doc. MUDr. Martin Redecha, Ph.D., doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc., doc. MUDr. Igor Rusňák, CSc., MUDr. Aleš Skřivánek, Ph.D., MUDr. Alexandra Stará, prof. MUDr. Ján Štencl, CSc., MUDr. Jiří Štěpán, CSc., MUDr. Zdeněk Tesař, CSc., doc. MUDr. Vít Unzeitig, CSc., prof. MUDr. Michal Valent, DrSc., MUDr. Petr Velebil, CSc., doc. MUDr. Jozef Višňovský, CSc., prim. MUDr. Marián Tholt

Vědecký sekretariát konference:

Centrum ambulantní gynekologie a primární péče s.r.o.

Orlí 10, 602 00 Brno

T: 542 221 661

F: 542 221 662

e-mail: cgps@nexta.cz

Sekretariát konference:

G-AGENCY s.r.o.

Horní nám. 285/8, 772 00 Olomouc

M: +420 724 277 964

F: +420 585 234 499

E-mail: info@g-agency.eu, www.g-agency.eu

HARMONOGRAM

ČTVRTEK 9. 6. 2016, hotel Thermal		
12.00 – 14.30	Salonek I, budova A, 1. p.	WORKSHOP Diagnostika poruch poševní biocenózy
14.30 – 16.50	Salonek Moser, budova A, 1. p.	WORKSHOP Kolposkopie
14.45 – 17.00	Salonek II+III, budova A, 1. p.	WORKSHOP Novinky v neinvazivním ošetření lehké a střední stresové inkontinence moči
PÁTEK 10. 6. 2016, hotel Thermal		
08.30 – 08.40	Velký sál, budova B, přízemí	Zahájení konference
08.40 – 09.45	Velký sál, budova B, přízemí	Úvodní blok
09.45 – 12.00	Velký sál, budova B, přízemí	BLOK 1 – Novinky v gynekologii a porodnictví, varia
12.00 – 13.00	Velký sál, budova B, přízemí	Satelitní symposium společnosti Exeltis Czech s.r.o.
12.00 – 14.00	Restaurace, budova A, –1. p.	Přestávka – oběd
14.00 – 17.00	Velký sál, budova B, přízemí	BLOK 2 – Nádorová onemocnění a prekancerózy ve vztahu k reprodukci
14.00 – 17.00	Malý sál, budova A, 1. p.	Seminář porodních asistentek, paralelní jednání
SOBOTA 11. 6. 2016, hotel Thermal		
08.00 – 10.00	Velký sál, budova B, přízemí	BLOK 3 – Urogynekologie
09.00 – 12.00	Malý sál, budova A, 1. p.	Seminář porodních asistentek, paralelní jednání
10.00 – 13.00	Velký sál, budova B, přízemí	BLOK 4 – Reprodukční medicína – stárnoucí populace rodičů, endometrióza, myomatóza
13.00 – 14.00	Velký sál, budova B, přízemí	Satelitní symposium společnosti Merck Sharp & Dohme s.r.o.
13.00 – 15.00	Restaurace, budova A, –1. p.	Přestávka – oběd
15.00 – 17.30	Velký sál, budova B, přízemí	BLOK 5 – Perinatologie a fetomaternální medicína I.
16.00 – 17.00	Malý sál, budova A, 1. p.	Sekce posterů, paralelní jednání
19.30 – 01.00	Grandhotel Pupp	GALAVEČER
NEDĚLE 12. 6. 2016, hotel Thermal		
09.00 – 11.30	Velký sál, budova B, přízemí	BLOK 6 – Perinatologie a fetomaternální medicína II.

PROGRAM

ČTVRTEK 9. 6. 2016

12.00 – 14.30 **WORKSHOP** **Diagnostika poruch poševní biocenózy**

Koordinátoři: Zuzana Čepická Líbalová (Praha), Jan Kestřánek (Hradec Králové), Jiří Špaček (Hradec Králové)

Místo konání: Salonek I, budova A, 1. patro

1. Z. Čepická Líbalová (Praha)
Základní typy vulvovaginitid 10 min.
2. J. Špaček (Hradec Králové)
Diferenciální diagnostika – diagnostické metody 15 min.
3. J. Kestřánek (Hradec Králové)
Možnosti mikroskopického vyšetření nativního preparátu 10 min.
4. R. Malina (Praha)
Možnosti mikroskopického vyšetření barveného preparátu 10 min.
5. J. Kestřánek (Praha)
Vyšetření nativního preparátu step by step 10 min.
6. Z. Čepická Líbalová, J. Kestřánek, J. Malina, J. Špaček (Praha, Hradec Králové)
Praktické ukázky (vyšetření připravených vzorků) 45 min.
7. J. Kestřánek (Praha)
Chyby a omyly a artefakty 15 min.
8. **Diskuse, závěr** 10 min.

14.30 – 16.50 **WORKSHOP** **Kolposkopie**

Koordinátoři: Vladimír Dvořák (Brno), Jiří Ondruš (Havířov), Jozef Jendrušák (Banská Bystrica), Radovan Turyna (Praha)

Místo konání: Salonek Moser, budova A, 1. patro

1. V. Dvořák (Brno)
Kontrola kvality v kolposkopii 35 min.
2. J. Ondruš (Havířov)
Kolposkopie a cytologie: ostouzená praxe 35 min.

3. J. Jendrušák (Banská Bystrica)
Kolposkopia v graviditě 35 min.

4. R. Turyna (Praha)
Transformační zóna 35 min.

14.45 – 17.00 **WORKSHOP** **Novinky v neinvazivním ošetření lehké a střední stresové inkontinence moči**

Koordinátoři: Aleš Skřivánek (Olomouc), Oldřich Šottner (Polná)

Místo konání: Salonek II+III, budova A, 1. patro

1. O. Šottner (Polná)
Stručný úvod do problematiky močové inkontinence
2. O. Šottner (Polná)
Možnosti terapie močové inkontinence
3. A. Skřivánek (Olomouc)
Novinky v terapii – neinvazivní laserové ošetření – metody IncontiLase a IntimaLase
4. A. Skřivánek (Olomouc)
Praktické zkušenosti s laserovým ošetřením pochvy
5. A. Skřivánek (Olomouc)
Live ošetření metodou IncontiLase
6. A. Skřivánek (Olomouc)
Otázky a odpovědi

17.00 **JEDNÁNÍ VÝBORU ČGPS ČLS JEP**

Místo konání: Grandhotel Pupp

17.00 **JEDNÁNÍ VÝBORU SGPS SLS**

Místo konání: Grandhotel Pupp

PÁTEK 10. 6. 2016

08.30 – 08.40 ZAHÁJENÍ KONFERENCE

Koordinátoři: Alena Měchurová (Praha), Miloš Mlynček (Nitra), Jaroslav Feyereisl (Praha), Ján Danko (Bratislava)

08.40 – 09.45 ÚVODNÍ BLOK

Koordinátoři: Petr Velebil (Praha), Vít Unzeitig (Ostrava), Alois Martan (Praha), Peter Urdzík (Košice)

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí

1. P. Velebil (Praha)
Vliv demografických změn v perinatologii – Evropa, ČR 20 min.
2. M. Korbeľ (Bratislava)
Vliv demografických změn v perinatologii – Slovensko 15 min.
3. J. Toman (Praha)
Zásahy do lidské reprodukce očima evoluční biologie 20 min.
4. Diskuse

09.45 – 12.00 BLOK 1 Novinky v gynekologii a porodnictví, varia

Koordinátoři: Vladimír Dvořák (Brno), Martin Redecha (Bratislava), Jaroslav Feyereisl (Praha), Jozef Záhumenský (Trnava)

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí

1. P. Křepelka (Praha)
Nové trendy v postgraduálním vzdělávání 15 min.
2. V. Dvořák, L. Dušek, O. Májek (Brno)
Aktuální výsledky programu screeningu karcinomu děložního hrdla v ČR 15 min.
3. I. Švecová, D. Loderer, M. Grendár, Z. Lasabová, B. Nagy, P. Žúbor, J. Danko (Bratislava)
Neinvazívne prenatálne testovanie aneuploidíí – súčasný stav 10 min.
4. H. Neumannová, E. Homolková, D. Driák, P. Bolehovská (Praha)
Indukované potraty ve II. trimestru – analýza souboru 10 min.
5. P. Křepelka (Praha)
Nové trendy ve vývoji hormonální antikoncepce 10 min.

6. T. Fait (Praha)
Nové terapeutické možnosti klimakterické medicíny 10 min.
7. J. Drahoňovský, J. Hanáček, M. Simonidesová, J. Feyereisl (Praha)
Získaná arteriovenózní malformace dělohy jako vzácná příčina závažné metroragie 10 min.
8. J. Záhumenský, A. Klepanec (Trnava)
Metódy invazívnej rádiológie v prevencii a liečbe pôrodnického krvácania 10 min.
9. J. Chudej, J. Sokol, L. Váleková (Martin)
Anémia z nedostatku železa v ambulantnej praxi – princípy liečby 10 min.
10. B. Sehnal, P. Bolehovská, H. Neumannová, J. Vláčil (Praha)
Srovnání souborů uměle ukončených těhotenství instrumentální a farmakologickou metodou 10 min.
11. P. Kaščák, M. Hlaváček, A. Schwandner (Trenčín)
Karcinóm endometria – evolúcia diagnostiky a liečby v Trenčíne 10 min.

12.00 – 13.00 SATELITNÍ SYMPOSIUM SPOLEČNOSTI EXELTIS CZECH S.R.O.

Koordinátor: Vladimír Dvořák (Brno)

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí

1. M. Procházka (Olomouc)
Progesteron v gynekologii a porodnictví – 2016
Diskuse 15 + 5 min.
2. P. Ventruba (Brno)
Přínos inositolu a kyseliny listové pro otěhotnění žen s obezitou a metabolickým syndromem
Diskuse 15 + 5 min.
3. A. Skřivánek (Olomouc)
Kam směřuje vývoj hormonální antikoncepce – nové trendy
Diskuse 15 + 5 min.

12.00 – 14.00 PŘESTÁVKA – OBĚD

14.00 – 17.00 **BLOK 2**
Nádorová onemocnění a prekancerózy
ve vztahu k reprodukci

Koordinátoři: Lukáš Rob (Praha), Miloš Mlynček (Nitra),
 Jiří Špaček (Hradec Králové), Marián Matejka (Nitra)

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí

Část 1. Zhoubné nádory a prekancerózy
u žen plánujících těhotenství

1. M. Pluta (Praha)
Prekancerózy děložního hrdla – optimální management
u žen plánujících těhotenství 15 min.
2. L. Rob (Praha)
Invazivní karcinomy děložního hrdla – fertilitu zachovávající
operace, přehled postupů a 15 let vlastních zkušeností 15 min.
3. P. Svobodová (Praha)
Karcinomy endometria – fertilitu zachovávající postupy 15 min.
4. P. Tesařová (Praha)
Karcinom prsu u ženy plánující těhotenství 15 min.
5. D. Nováková (Praha)
Léčba neplodnosti a riziko karcinomu štítné žlázy, prsu a dalších nádorů 15 min.
Diskuse 14 min.

Část 2. Zhoubné nádory a prekancerózy
u těhotných žen

6. E. Siegler (Haifa)
Cervical high grade lesions during pregnancy – treatment and follow-up 25 min.
7. M. Halaška jr. (Praha)
Chemoterapie u těhotných žen – state of art 2016 15 min.
8. M. Halaška jr. (Praha)
Zhoubné nádory děložního hrdla v těhotenství – management 15 min.
9. P. Tesařová (Praha)
Nádorová onemocnění prsu u těhotné ženy 15 min.
10. M. Mlynček, J. Cibíček, K. Kajo, F. Tóth, Z. Sebo (Nitra, Komárno, Bratislava)
Intrakraniální nezrelý teratóm u plodu v 20. týdnu gravidity 6 min.
Diskuse 14 min.

SOBOTA 11. 6. 2016

08.00 – 10.00 **BLOK 3**
Urogynekologie

Koordinátoři: Lukáš Horčíčka (Praha), Ivan Hollý (Bratislava),
 Alois Martan (Praha), Peter Urdzík (Košice)

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí

1. L. Krofta (Praha)
Porodní děj ve světle současných poznatků
o dysfunkci pánevního dna 20 min.
2. K. Švábík (Praha)
Implantáty v léčbě prolapsu – nastal čas „ke stažení kalhot“? 20 min.
3. Z. Rušavý (Plzeň)
Anální inkontinence a způsob porodu – je císařský řez řešením? 20 min.
4. I. Hollý (Bratislava)
Klasické pôrodnictvo na križovatke
(urogynekológia by nemala byť jeho hrobárom) 15 min.
5. A. Martan (Praha)
Indikace k užití periuretrálních implantátů (Bulkamid®)
u pacientek se SUI 15 min.
6. M. Krčmář (Praha)
Vliv druhého těhotenství a porodu na morfologii
a funkci pánevního dna 10 min.
7. P. Brenišin (Poprad)
OAB a prolaps panvových orgánov, novovzniknutý
OAB po rekonštrukčnej operácii panvového dna 10 min.
Diskuse 10 min.

10.00 – 13.00 **BLOK 4**
Reprodukční medicína – stárnoucí populace rodičů,
endometrióza, myomatóza

Koordinátoři: David Rumpík (Zlín), Miroslav Borovský (Bratislava),
 Eduard Kučera (Praha), Martin Petrenko (Bratislava)

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí

1. D. Rumpík, L. Pilka, R. Pilka, T. Rumpíková, P. Ventruba (Zlín, Olomouc, Brno)
Reprodukční medicína ve třetím tisíciletí
Diskuse 15 min.
2. P. Ventruba, D. Rumpík, J. Žáková, I. Crha, M. Jeřeta (Brno, Zlín)
Aktuální témata v české reprodukční medicíně
Diskuse 15 min.
3. M. Petrenko (Bratislava)
Aktuálne otázky reprodukčnej medicíny v Slovenskej republike
Diskuse 15 min.
4. Z. Malý (Brno)
Stárnutí ovaria a kvalita oocytů, je významné testování ovariální rezervy?
Diskuse 15 min.
5. J. Diblík, M. Brandejská, A. Langerová, R. Jarošová, V. Mokrý,
M. Valachovič, J. Míka, R. Křen, P. Potužníková, D. Milická,
V. Weber, M. Trková, J. Hodačová, V. Bečvářová, D. Stejskal (Praha)
Preimplantační genetický screening aneuploidii
Diskuse 15 min.
6. A. Langerová (Praha)
Indikují jádérka v prvojádrech vývojový potenciál embrya?
Diskuse 15 min.
7. M. Nachajová, K. Biringer, S. Galo, P. Krajčovič, J. Višňovský,
J. Danko (Martin)
Analýza perinatálních výsledků po transfere rozmrazených a čerstvých embryí
Diskuse 15 min.
8. D. Rumpík, T. Rumpíková, P. Ventruba, L. Prudil, L. Musilová (Zlín, Brno)
Surogátní mateřství v České republice – doporučení SAR ČGPS ČLS JEP
Diskuse 15 min.
9. J. Drahoňovský, J. Hanáček, M. Simonidesová, J. Feyereisl (Praha)
Chirurgická léčba hluboké endometriózy v ÚPMD
Diskuse 15 min.
10. T. Binder, AE. Šrytrová, A. Pošarová, M. Švecová, J. Alt (Ústí nad Labem)
Specifika prenatální a porodní péče o romské rodičky v Ústeckém kraji
Diskuse 15 min.
11. D. Nováková, M. Křenek, K. Vošmiková, P. Vlček, E. Uhrová, R. Chmel (Praha)
Význam funkce štítné žlázy v léčbě neplodnosti a v těhotenství
Diskuse 15 min.
12. H. Podškubková, K. Petrová, Státní úřad pro jadernou bezpečnost (Praha)
**Riziko spojené s lékařským ozářením těhotných pacientek
(např. RTG plic a indikovaná přerušování těhotenství)**
Diskuse 15 min.

13.00 – 14.00 SATELITNÍ SYMPOSIUM SPOLEČNOSTI MERCK SHARP & DOHME S.R.O. Očkování proti HPV v gynekologické ambulanci

Koordinátoři: Vladimír Dvořák (Brno), Vít Unzeitig (Brno)

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí

1. E. A. Joura (Vídeň)
The ninevalent HPV vaccine – who gets the benefit?
Diskuse 20 min.
2. A. Skřivánek (Olomouc)
Jak komunikovat s pacientkou v době internetu
Diskuse 15 min.
3. V. Dvořák (Brno), A. Skřivánek (Olomouc),
E. A. Joura (Vídeň), Vít Unzeitig (Brno)
Panelová diskuze na téma: „Očkování proti HPV v gynekologické ambulanci“ 25 min.

13.00 – 15.00 PŘESTÁVKA – OBĚD

15.00 – 17.30 BLOK 5 Perinatologie a fetomaternální medicína I

Koordinátoři: Alena Měchurová (Praha), Ján Danko (Martin),
Ladislav Krofta (Praha), Róbert Dankovčík (Košice)

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí

1. M. Lubušský (Olomouc)
Screening vrozených vad plodu 15 min.
2. L. Krofta (Praha)
Screening nejčastějších těhotenských komplikací 15 min.
3. R. Gerychová, P. Janků, V. Ťápalová, P. Morávková (Brno)
Perinatální rizika u těhotných vyššího věku 10 min.
4. E. Dosedla, S. Leahomschi, P. Calda (Košice, Praha)
Biomarkery preeklampsie 10 min.
5. R. Vlk (Praha)
Jak preeklampsie ovlivňuje zdraví našich žen
Diskuse 10 min.
6. A. Pařízek, M. Kacerovský, A. Měchurová, P. Velebil
(Praha, Hradec Králové)
Předčasný porod 2015 – aktuální stav našich znalostí 15 min.

7. A. Měchurová, P. Velebil, P. Janků, L. Hruban (Praha, Brno)
Intrapartální CTG – FIGO 2015 10 min.
8. A. Pařízek (Praha)
**Porodnická analgezie a anestezie v České republice
 – Národní přehled – vývoj od roku 1992** 10 min.
9. A. Pařízek, V. Černý, M. Balík, J. Bláha, V. Adámková (Praha)
**Sepse v souvislosti s těhotenstvím
 – aplikace nových doporučených postupů v praxi** 10 min.
10. P. Kaščák, N. Matušková, R. Gajdošík, D. Krempaská (Trenčín)
Perinatálne výsledky u žien nad 35, resp. 40 rokov vo FN Trenčín 10 min.
11. A. Krištúfková, M. Korbeľ, M. Borovský, J. Daniš, M. Dugátová (Bratislava)
**Závažna akútna materská morbidita v SR a vek rodičky
 Diskuse** 15 min.
 10 min.

16.00 – 17.00 **SEKCE POSTERŮ**
 Paralelní jednání

Koordinátoři: Pavel Ventruba (Brno), Miroslav Korbeľ (Bratislava), Radovan Pilka (Olomouc),
 Jozef Višňovský (Martin), Zuzana Nižňanská (Bratislava)

Místo konání: Malý sál, budova A, 1. patro

Postery v elektronické formě na LCD obrazovkách naleznete v průběhu
 konference v 1. patře budovy B hotelu Thermal.

19.30 – 01.00 **GALAVEČER**

Místo konání: Grandhotel Pupp, Mírové náměstí 2, Karlovy Vary, Slavnostní sál,
 Rendez-vous včetně zahrádky, Zrcadlový sál a La Belle Epoque

**Vyhlášení a předání výsledků soutěže Ceny ČGPS ČLS JEP za nejlepší
 publikaci v oboru gynekologie a porodnictví za roky 2014–2015:**

- **Monografie**
 prof. MUDr. Alois Martan, DrSc.
- **Článek nebo soubor článků v odborném časopise**
 doc. MUDr. Marian Kacerovský, Ph.D.
- **Publikace autora do 35 let**
 MUDr. Zdeněk Rušavý

Předání čestných členství SGPS SLS:

prof. MUDr. Radovan Pilka, CSc.
 prof. MUDr. Ján Danko, CSc.

Účinkují:

Pavol Habera
 Trio Inflagranti
 Vašo Patejdl & band

Občerstvení je zajištěno formou rautu. Vstup na základě vstupenky.

NEDĚLE 12. 6. 2016

09.00 – 11.30 **BLOK 6**
Perinatologie a fetomaternální medicína II.

Koordinátoři: Tomáš Binder (Ústí nad Labem), Ondřej Šimetka (Ostrava), Igor Rusňák (Bratislava),
 Martin Petrenko (Bratislava)

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí

1. I. Rusňák, K. Plank, E. Dedinská, K. Jandová, E. Koričanská, Z. Seresová (Bratislava)
Spôsob voľby pôrodu u žien vo vyššom veku 20 min.
2. A. Maľová, J. Daniš, J. Hederlingová (Bratislava)
Porušená placentácia vo vzťahu k operačným výkonom na maternici 20 min.
3. J. Záhumenský, I. Dečková, I. Dečkov, R. Hlávek, O. Lachký (Trnava)
V ktorých skupinách rodičiek môžeme bezpečne znižovať podiel cisárskych rezov? 10 min.
4. E. Dosedla, P. Calda (Košice)
Menežment pacientiek s ťažkým defektom jazvy po cisárskom reze 10 min.
5. M. Mlynček, T. Sollár, M. Lukáčová, T. Kapusta, E. Lajtman, M. Matejka (Nitra)
CRP – biomarker bezpečného ukončenia pooperačnej hospitalizácie po cisárskych rezoch? 10 min.
Diskuse 10 min.
6. P. Kaščák, R. Gajdošík, M. Gaman, N. Matušková, M. Hlaváčik (Trenčín)
Je vaginálny pôrod po cisárskom reze bezpečný? 10 min.
7. I. Bydžovská, M. Krausová, P. Černý (Liberec)
Tlak na fundus – Kristellerova exprese – realita a kontroverze 10 min.
8. M. Huser, P. Janků, H. Harazim, P. Štourač, J. Zemanová, D. Seidlová, P. Ventruba (Brno)
Porovnaní incizionální a epidurální analgézie v léčbě pooperační bolesti po císařském řezu 10 min.
9. J. Záhumenský, J. Gupta, L. Hruban, P. Meier, M. Priyanka (Trnava)
Využití syntetického osmotického dilatátoru před indukci porodu: mezinárodní observační elektronický registr 10 min.
Diskuse 5 min.
10. D. Smetanová, M. Hynek, D. Stejskal (Praha)
Diagnostika strukturálních vrozených vývojových vad v rámci screeningu v I. trimestru 10 min.
11. P. Šimják, K. Anderlová, H. Krejčí, V. Krejčí, P. Pařízková, A. Pařízek (Praha)
Screening gestačního diabetu v praxi 10 min.
Diskuse 5 min.

Závěr konference

SEMINÁŘ PORODNÍCH ASISTENTEK

PÁTEK 10. 6. 2016

14.00 – 17.00 **ODPOLEDNÍ BLOK**

Koordinátoři: Yveta Vrublová (Ostrava), Martina Bašková (Martin), Zuzana Nepelová (Martin), Vít Unzeitig (Ostrava)

Místo konání: Malý sál, budova A, 1. patro

1. Y. Vrublová (Ostrava)
Sexuální dysfunkce žen v klimakteriu
Diskuse 20 + 5 min.
2. O. Šimetka (Ostrava)
Porodní asistentka jako klíčová osoba v redukci mateřské mortality ve světě
Diskuse 20 + 3 min.
3. Š. Bubeníková, K. Janoušková, M. Procházka (Olomouc)
Romská a vietnamská komunita v práci porodní asistentky v ČR
Diskuse 15 + 5 min.
4. K. Ratislavová (Plzeň)
Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě
Diskuse 15 + 3 min.
5. P. Kramná, Y. Vrublová (Ostrava)
Subjektivní prožívání umělého ukončení těhotenství z genetické indikace
Diskuse 15 + 3 min.
6. M. Omachtová (Ostrava)
Problematika vedení ošetrovatelské dokumentace na porodnici
Diskuse 10 + 3 min.
7. J. Šálková, Y. Vrublová (Ostrava)
Ošetrovatelská péče u žen s HELLP syndromem
Diskuse 15 + 3 min.
8. M. Kulhavá (Praha)
Zvyšování věku prvorodiček v České republice
Diskuse 10 + 3 min.

- | | | | |
|---|-------------|--|-------------|
| 9. E. Smejkalová (Praha)
Prvorodičky ve věku 40 let a více na GPK 1. LF UK a VFN v Praze
Diskuse | 10 + 3 min. | 6. E. Salinková, R. Turzová, Z. Nepelová (Martin)
Podpora přirozeného pôrodu v nemocničnom prostredí
Diskuse | 10 + 3 min. |
| 10. E. Turnhóferová (Praha)
Aspekty mateřství ve vyšším věku – kazuistika
Diskuse | 7 + 3 min. | 7. P. Křepelka, P. Velebil (Praha)
Bezpečnost domácích a ústavních porodů
Diskuse | 25 + 5 min. |
| 11. N. Daňková, J. Strupplová, I. Schafferová (Praha)
Těhotná se zhoubným novotvarem pankreatu;
pohled porodní asistentky – kazuistika
Diskuse | 7 + 3 min. | 8. K. Jakubčíková, L. Mazúchová, Z. Nepelová, M. Valašková (Martin)
Bonding ako štandard v pôrodnej asistencii
Diskuse | 10 + 3 min. |

SOBOTA 11. 6. 2016

09.00 – 12.00 DOPOLEDNÍ BLOK

Koordinátoři: Vít Unzeitig (Ostrava), Martina Bašková (Martin),
Zuzana Nepelová (Martin), Yveta Vrublová (Ostrava)

Místo konání: Malý sál, Budova A, 1. patro

- | | |
|--|-------------|
| 1. P. Rýdlová, P. Pařízková, P. Šimják, K. Anderlová, H. Krejčí, V. Krejčí,
A. Pařízek (Praha)
Screening gestačního diabetu v praxi – výsledky dotazníkové studie
Diskuse | 15 + 5 min. |
| 2. J. Karasová, K. Řezáčová (Praha)
Samostatná práce PA v prenatálním období
ve zdravotnickém zařízení
Diskuse | 15 + 5 min. |
| 3. E. Urbanová, E. Maskálová, E. Kvaltínyová (Martin)
Predčasný pôrod ako virtuálny pacient v pôrodnej asistencii
Diskuse | 10 + 3 min. |
| 4. M. Bašková, E. Urbanová, E. Maskálová (Martin)
Význam simulačnej výučby v pôrodnej asistencii
Diskuse | 10 + 3 min. |
| 5. M. Kameníková, M. Švábová (Brno)
Porodní asistentka na porodním sále
v perinatologickém centru FN Brno
Diskuse | 25 + 5 min. |

PŘEHLED POSTERŮ

- | | |
|---|--|
| 1. K. Svrčková (Frýdek-Místek)
Flegmóna lumbální oblasti jako následná komplikace
epidurální analgesie u porodu | |
| 2. K. Dusíková, R. Turyna, K. Hašplová (Praha)
Transformační zóna hrdla děložního | |
| 3. M. Hrtánková, K. Biringer, K. Ladiverová, P. Kasajová, A. Gondová,
Z. Laučeková, J. Danko (Martin)
Možnosť diagnostiky zmien acidobázy plodu pomocou nelineárnej analýzy
kardiotokografických záznamov | |
| 4. M. Ňachajová, J. Siváková, E. Kúdela, P. Kasajová, K. Biringer, P. Žúbor,
J. Danko (Martin)
Analýza hysteroskopických výkonov
na Gynekologicko-pôrodnickej klinike JLF UK a UNM v Martine
za obdobie 2010–2015 | |
| 5. M. Ňachajová, E. Kúdela, Š. Krivuš, P. Slávik, K. Biringer, P. Žúbor, J. Danko (Martin)
Riziko malígneho charakteru polypov endometria | |
| 6. E. Suchánková, V. Mokrá, P. Černý (Liberec)
Abdominální gravidita po embryotransferu – kazuistika | |
| 7. E. Kúdela, M. Ňachajová, P. Kasajová, T. Balhárek, J. Višňovský,
L. Plank, J. Danko (Martin)
Prognostický význam genetických zmien u rakoviny krčka maternice | |
| 8. D. Krupičková (Stod)
Křeče na porodním sále: Diferenciální diagnostika, kazuistika | |
| 9. P. Kasajová, V. Holubeková, A. Mendelová, P. Žúbor, E. Kúdela, M. Ňachajová,
K. Dókuš, Z. Lasabová, J. Danko (Martin)
Polymorfizmus NAT2 génu v etiopatogenéze mamárneho karcinómu | |

10. M. Nováková, H. Heřman, L. Krofta, J. Vojtěch, L. Hašík, J. Feyereisl (Praha)
Kazuistika – Spontánní porod v termínu gravidity po inkarceraci dělohy manifestující se ve 27. týdnu těhotenství
11. J. Zabloudilová (Kyjov)
Obtížná diagnostika u atypického děložního myomu
12. K. Závorová (Hořovice)
Těhotenství a porod žen s idiopatickými střevními záněty
13. D. Vlčková, J. Lenz, R. Chvátal, M. Kavka (Znojmo)
Kazuistický případ metastatického postižení lymfatické uzliny endometriózou u pacientky s anamnézou invazivního adenokarcinomu děložního čípku
14. J. Pitoňák, J. Gařová, J. Bernasovská (Prešov)
Asociácia vybraných genetických mutácií s rozvojom endometriózy u slovenských žien
15. J. Pitoňák, A. Bôžiková, J. Bernasovská, M. Šima (Prešov)
Asociácia tehotenských komplikácií s vybranými trombofilnými mutáciami so zameraním na rómske ženy
16. M. Šima, J. Pitoňák (Prešov)
Borderline Tumory ovária – možnosť fertilitu zachovnej chirurgickej liečby
17. M. Jagelková, M. Zelinová, Z. Laučeková, K. Chovancová, Z. Lasabová, K. Dókuš, J. Danko (Martin)
Možnosti optimalizácie extrakcie voľnej cirkulujúcej plazmatickej DNA u pacientiek s pokročilým nádorovým ochorením prsnej žľazy
18. M. Simonidesová, J. Drahoňovský, J. Hanáček, J. Feyereisl (Praha)
Farmakoterapie endometriózy
19. R. Peschout, V. Hořínová (Jihlava)
Těhotenství, porod a šestinedělí u pacientky se vzácným Ehlers-Danlosovým syndromem
20. K. Biringer, P. Lukáč, E. Kúdela, P. Žúbor, J. Danko (Martin)
Vplyv genomických zmien na metabolizmus kolagénu u žien s defektom panvového dna
21. M. Závodská, V. Cupaník, M. Semivan, J. Záhumenský (Bratislava)
Spôsob vedenia pôrodu u rodičiek v termíne pri polohe plodu pozdĺžnej koncom panvovým
22. Z. Rušavý, M. Smažinka, M. Havíř, V. Kališ (Plzeň)
Elektronický sběr validovaných dotazníků – roční zkušenosti a spokojenost pacientek
23. M. Vagaská, M. Horánska, K. Hodík, F. Grochal (Prešov, Hradec Králové, Martin)
Zmeny fetu-fetálnej cirkulácie pred a po liečbe fetoskopicky riadenou laserovou fotokoaguláciou MoBi gravidity s TTTS IV st. Kazuistika
24. M. Vagaská, M. Kyselý, M. Horánska, J. Vaško ml., E. Pálenčíková, A. Pružinská (Prešov)
Klostrídiová sepsa po cisárskom reze, kazuistika
25. M. Putzová, M. Hasch, I. Šubrt, J. Kašpírková, T. Vaněček, M. Michal (Plzeň)
PANORAMA™ test v Bioptické laboratoři – neinvazivní prenatalní test nejčastějších aneuploidii a mikrodelečních syndromů
26. E. Dosedla, Z. Halászová (Košice, Bratislava)
Kmeňové bunky z perinatálnych tkanív – súčasnosť a perspektívy

VŠEOBECNÉ INFORMACE

WORKSHOPY 9. 6. 2016

WORKSHOP Kolposkopie

WORKSHOP Diagnostika poruch poševní biocenózy

WORKSHOP Novinky v neinvazivním ošetření lehké a střední stresové inkontinence moči

KONFERENCE 10.–12. 6. 2016

SEMINÁŘ PORODNÍCH ASISTENTEK 10.–11. 2016

Místo konání: Hotel Thermal, I. P. Pavlova 2001/11, 360 01, Karlovy Vary, www.thermal.cz

Přednáškové prostory:

Salonek Moser, budova A, 1. patro	Workshop Kolposkopie	
Salonek I, budova A, 1. patro	Workshop Diagnostika poruch poševní biocenózy	
Salonek II+III, budova A, 1. patro	Workshop Novinky v neinvazivním ošetření lehké a střední stresové inkontinence moči	
Velký sál, budova B, přízemí	Odborný program	10.–12. 6. 2016
Malý sál, budova A, 1. patro	Seminář porodních asistentek	10. 6. 2016
Malý sál, budova A, 1. patro	Seminář porodních asistentek	11. 6. 2016
Malý sál, budova A, 1. patro	Paralelní jednání Sekce posterů	11. 6. 2016

Vstup do kongresových sálů a výstavních prostor bude umožněn pouze osobám označeným jmenovkou či visačkou.

Děkujeme za vypnutí mobilních telefonů v prostorách konání konference.

Registrace na workshopy čtvrtek 9. 6. 2016:

Workshop Diagnostika poruch poševní biocenózy	
Salonek I, budova A, 1. patro	11.15 – 12.30
Workshop Kolposkopie	
Salonek Moser, budova A, 1. patro	13.45 – 15.00
Workshop Novinky v neinvazivním ošetření lehké a střední stresové inkontinence moči	
Salonek II+III, budova A, 1. patro	14.00 – 15.15

Registrace konference 9.–12. 6. 2016:

Čtvrtek 9. 6. 2016	budova A, 1. patro	16.00 – 21.00
Pátek 10. 6. 2016	budova A, 1. patro	07.00 – 17.00
Sobota 11. 6. 2016	budova A, 1. patro	07.00 – 17.00
Neděle 12. 6. 2016	budova A, 1. patro	08.30 – 11.00

Při registraci obdrží každý účastník jmenovku, certifikát, porodní asistentky potvrzení, odborný program, vstupenky na galavečer a lístky na oběd v případě, že byly objednány.

LÉKAŘ	PŘEDNÁŠEJÍCÍ	HOST	
PORODNÍ ASISTENTKA	VYSTAVOVATEL	ORGANIZAČNÍ VÝBOR	JEDNODENNÍ VSTUP

Jednací jazyk: Čeština, slovenština, angličtina (bez simultánního překladu)

Audiovizuální technika: Dataprojekce z PC

Přejímka prezentací: Bude probíhat v rámci jednotlivých přednáškových sálů.

E-postery: Budou umístěné v elektronické podobě v budově B hotelu Thermal v 1. patře na třech dotykových LCD obrazovkách. Paralelní jednání Sekce posterů pak proběhne v sobotu 11. 6. 2016 v Malém sále v budově A v 1. patře od 16.00 – 17.00 hod.

Výstava: V prostorách budovy B v přízemí bude uspořádána expozice zdravotnické techniky, farmaceutických preparátů a odborné literatury.

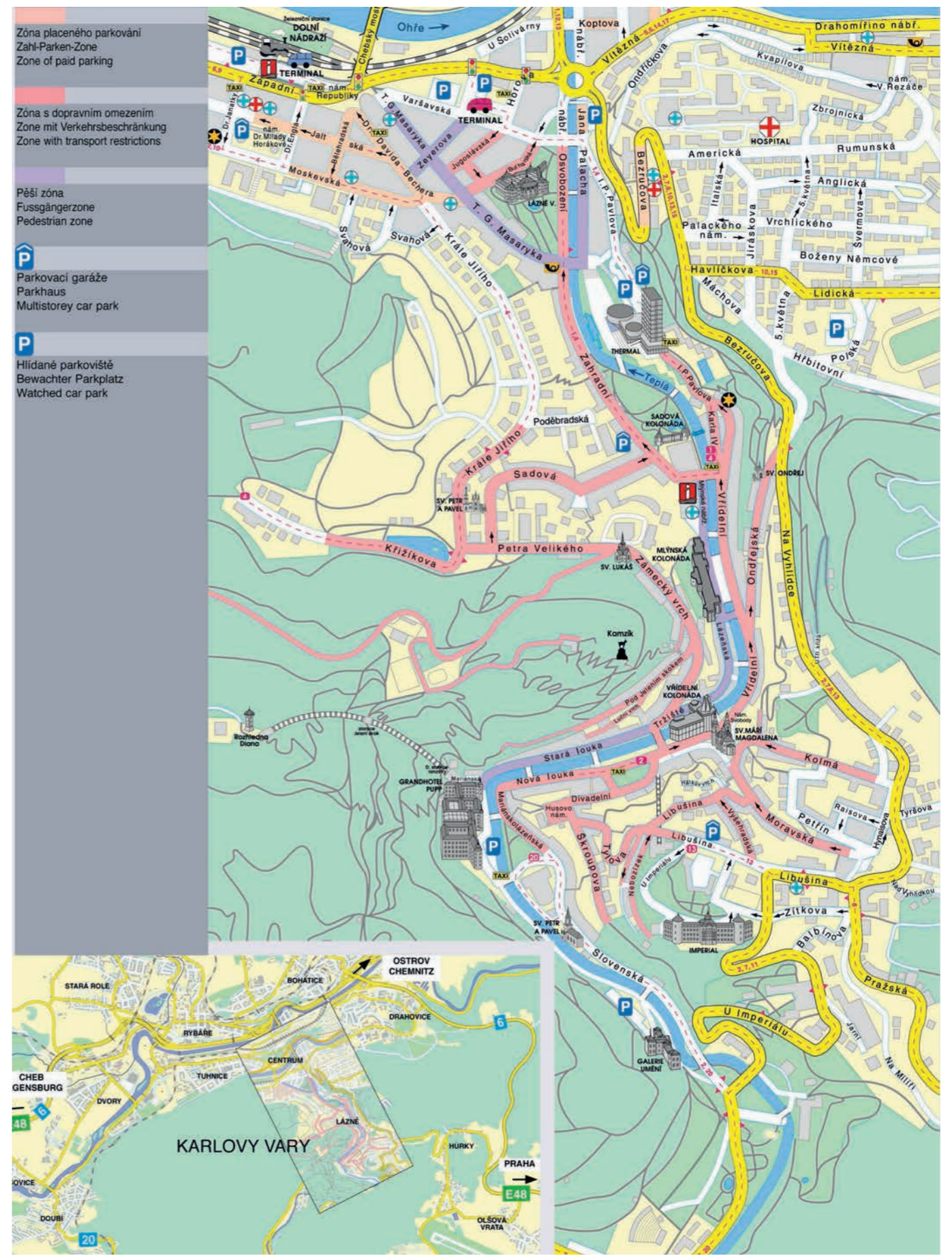
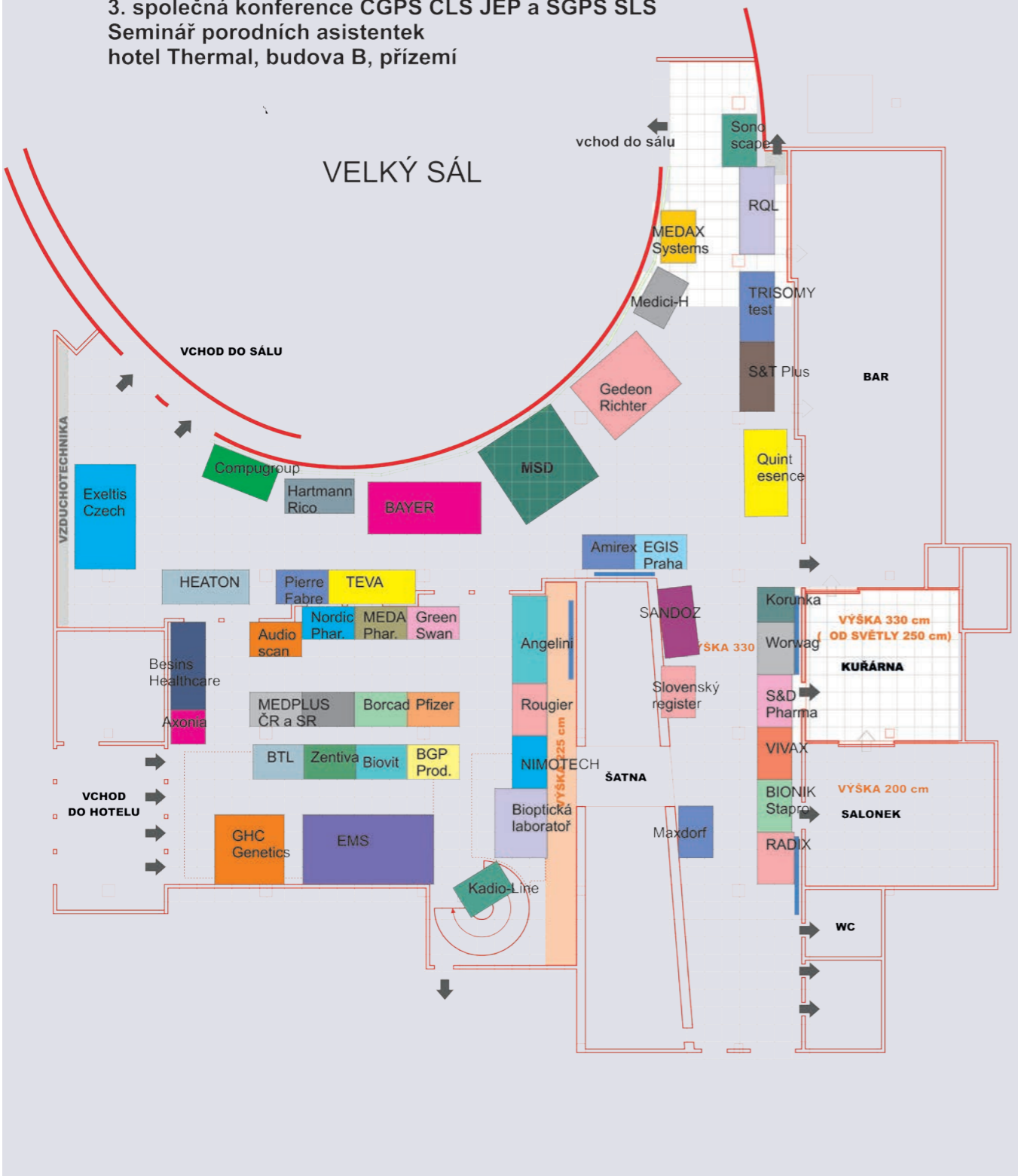
Ubytování: Je zajištěno dle přihlášek účastníků v hotelu Thermal, hotelu Granhotel Pupp, hotelu Imperial, hotelu Spa Resort Sanssouci, hotelu Marttel, hotelu Alfréd, hotelu Aqua Marina, hotelu Atlantic Palace.

Coffee breaky: Pro účastníky odborného programu bude zajištěno a průběžně doplňováno občerstvení ve formě kávy, čajů a minerálních vod, a to na terase v budově B v 1. patře v průběhu dne.

Obědy: Oběd formou bufetového menu bude podáván v restauraci hotelu Thermal, budova A, -1. patro v pátek 10. 6. 2016 od 11.00 – 15.00, v sobotu 11. 6. 2016 od 11.30 – 15.30.

PREZENTACE FIREM

3. společná konference ČGPS ČLS JEP a SGPS SLS
Seminář porodních asistentek
hotel Thermal, budova B, přízemí





POZNÁMKY

Nevzala jsem si pilulku
2 roky, 3 měsíce a 4 dny
 a po celou dobu jsem více než z 99 % chráněna¹



Antikoncepce až na 3 roky
 bez nutnosti pravidelného užívání¹

 jaydess®

- vysoká účinnost, která trvá až 3 roky (PI=0,33)¹
- úzká zaváděcí trubička, která usnadňuje zavádění²
- hodnocená v klinických studiích u nullipar i u žen, které již rodily¹
- bez estrogeneru a s nízkou dávkou LNG je dobře snášena¹

Literatura:

1. SPC přípravku Jaydess®. 2. Nelson AL, Gemzell-Danielsson K, Borgatta L, Hauck B, Lynen R, Rosen K. User satisfaction, ease of placement, and discomfort during placement of two low-dose levonorgestrel contraceptive intrauterine systems (LNG-IUSs) in a multicenter, randomized, phase III study. Poster presented at: American Society for Reproductive Medicine 2012; October 20-24, 2012; San Diego, CA.

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Jaydess 13,5 mg intrauterinní inzert

Kvalitativní a kvantitativní složení: Intrauterinní inzert (IUS) obsahuje levonorgestrelum 13,5 mg. **Terapeutické indikace:** Kontracepce po dobu až 3 let. **Dávkování a způsob podávání:** Přípravek Jaydess je zaváděn do děložní dutiny a je účinný až po dobu tří let. Jaydess může být od ostatních intrauterinních systémů odlišen, protože obsahuje stříbrný kroužek, který je viditelný na ultrazvuku. T-tělo přípravku Jaydess obsahuje síran barnatý, který umožňuje jeho zobrazení při RTG vyšetření.

Kontraindikace: Těhotenství, současné nebo rekurentní infekce v oblasti pánve, současná cervicitida nebo vaginitida, poporodní endometritida nebo infikovaný potrat během posledních 3 měsíců, cervikální intraepiteliální neoplazie, zhoubné bujení dělohy nebo děložního hrdla, tumory citlivé na progesteragen, abnormální děložní krvácení neznámé etiologie, vrozené nebo získané anomálie dělohy včetně myomů, akutní onemocnění jater nebo jaterní tumor, hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky. **Zvláštní upozornění:** Před zavedením musí být žena

informována o přínosu a riziku přípravku Jaydess, a to i o známkách a příznacích perforace a riziku ektopického těhotenství. Přibližně u poloviny těhotenství, která nastanou během užívání Jaydess, se dá očekávat, že budou mimoděložní. Může dojít k perforaci nebo penetraci děložního těla nebo hrdla nitroděložním systémem, nejčastěji během zavádění. Systém se v takovém případě musí odstranit, může být zapotřebí chirurgický zákrok. Vzhledem k omezeným klinickým zkušenostem není Jaydess kontracepcí první volby u nullipar. **Interakce:** Metabolismus levonorgestrelu může být zvýšen současným užíváním léků, které indukují jaterní mikrosomální enzymy, konkrétně enzymy cytochromu P450 – např. fenytoin, barbituráty, primidon, karbamazepin, rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz, bosentan, oxakarbazepin, topiramát, felbamát, griseofulvin a přípravky obsahující třezalku tečkovanou. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Použití Jaydess neovlivňuje současnou ani budoucí fertilitu. Po vyjmutí IUS se ženská fertilita vrací k normálu. U těhotných žen je zavádění přípravku Jaydess kontraindikováno. Jaydess lze zavést během kojení 6 týdnů po porodu. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Jaydess nemá žádný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** změny menstruačního krvácení - amenorea, nepravidelné krvácení, prodloužené krvácení, špinění, bolest břicha, akné, ovariální cysty, vulvovaginitida aj. **Podmínky uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Druh obalu a obsah balení:** Přípravek je jednotlivě balen v tepelně formovaných blistrech s oddělitelnou fólií. Velikost balení: 1x1. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer Pharma AG, Berlín, Německo. **Registrační číslo:** 17/049/13-C. **Datum revize textu:** 13. 5. 2015. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Uplnou informaci o přípravku naleznete v Souhrnu údajů o přípravku nebo ziskáte na adrese: Bayer, s.r.o., Siemensova 2717/4, Praha 5, 155 00. L.CZ.MKTWH.04.2016.0408**

SBORNÍK ABSTRAKT

BLOK 1. NOVINKY V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ, VARIA

1. Nové trendy v postgraduálním vzdělávání

P. Křepelka, J. Feyereisl

ÚPMD Praha

Systém postgraduálního vzdělávání představuje hlavní pilíř specializační přípravy s cílem dosažení adekvátních znalostí a dovedností lékařů specialistů. Původní systém založený na dvoustupňovém vzdělávání, definující základní a nástavbové obory certifikovanou atestační zkouškou, platil od roku 1954 až do roku 2004. Zákon 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti znamenal revoluci v systému postgraduálního vzdělávání. Byl zaveden jednostupňový systém a stanoven proces akreditací výukových pracovišť. Během dalších deseti let následovala řada vyhlášek, které původní zákon upravovaly. Vyhláška 185/2009 Sb. definovala základní kmen, 40 oborů specializačního vzdělávání a 44 certifikovaných kurzů. Vyhláška 361/2010 Sb. stanovila 16 kmenů, 41 oborů specializačního vzdělávání a 47 certifikovaných kurzů. Atestace základních oborů byly převedeny na lékařské fakulty. Nestabilita systému přinesla požadavek tzv. „velké novely“ zákona 95/2004 Sb., schválené v letošním roce vládou České republiky. Počet základních oborů bude pravděpodobně snížen, naopak zvýší se počet základních kmenů, doba přípravy základních oborů bude zkrácena, bude upravena skladba nástavbových oborů. Vznikne nový systém započítávání praxe absolvované v rámci základních oborů. Zákon vymezí pojmy odborný dohled a odborný dozor a kompetence lékařů v průběhu postgraduální přípravy.

2. Aktuální výsledky programu screeningu karcinomu děložního hrdla v ČR

V. Dvořák, L. Dušek, O. Májek

V roce 2008 byla oficiálně ustavena síť akreditovaných cytologických laboratoří pro cervikální screening, čímž byl zahájen organizovaný Národní program screeningu karcinomu děložního hrdla v ČR. Program probíhá pod dohledem Komise pro screening karcinomu děložního hrdla MZ ČR. Klíčovou součástí screeningového procesu jsou cytologické laboratoře doporučené pro cervikální screening, které provádějí vyšetření stěrů z děložního hrdla. Tyto laboratoře provozují své vlastní databáze, do nichž zaznamenávají výsledky cytologických a histologických vyšetření a dále demografické údaje a rizikové faktory u vyšetřených žen a údaje o kvalitě dodaných vzorků. Záznamy o vyšetřeních jsou ze všech doporučených laboratoří pravidelně exportovány do Registru screeningu karcinomu děložního hrdla na Institutu biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity.

Zásadní organizační změna nastala v roce 2014, kdy bylo zahájeno adresné zvaní žen, a program se tak změnil v populační. Pozvánky zasílají svým klientům zdravotní pojišťovny, pilotní projekt byl koordinován Ministerstvem zdravotnictví ČR ve spolupráci se zástupci dotčených odborných společností, zdravotních pojišťoven a dalšími odborníky. Zvány jsou ženy, které se screeningu karcinomu děložního hrdla dlouhodobě neúčastní.

Údaje o vývoji zátěže české populace zhoubnými nádory poskytuje Národní onkologický registr ČR, databáze definovaná zákonem a sbírající komplexní údaje o nemocných zhoubnými nádory již od roku 1977. V roce 2013 bylo v ČR diagnostikováno 895 onemocnění karcinomem děložního hrdla, 388 žen na toto onemocnění zemřelo. Věkově standardizovaná incidence v čase znatelně klesá (o 17,3 % mezi roky 2003 a 2013). Ještě výrazněji než incidence v recentním období klesá věkově standardizovaná mortalita (o 23,7 % mezi roky 2003 a 2013).

Údaje o adresném zvaní a pokrytí populace screeningem lze získat z údajů zdravotních pojišťoven. Od ledna 2014 do června 2015 bylo rozesláno téměř 3,5 milionu pozvánek, přes 1 milion na screening karcinomu děložního hrdla. Z žen poprvé pozvaných do screeningu karcinomu děložního hrdla v roce 2014 se pak vyšetření zúčastnilo 11,2 %. Tento výsledek bohužel prozatím nevedl ke znatelnému navýšení pokrytí screeningovým programem. Dle údajů screeningového registru podstoupilo v roce 2014 screening celkem 2 201 201 žen. Více než 96 % vyšetření má negativní výsledek (bez neoplastických změn nebo malignity), mezi abnormálními výsledky převažují tzv. ASC-US a LSIL. V rámci pilotního projektu adresného zvaní byla ověřena funkčnost navrženého systému adresného zvaní a jeho monitoringu, nadále bude rozvíjen systém monitoringu screeningového procesu v jednotlivých screeningových laboratořích i v celém programu.

3. Neinvazivní prenatalní testování aneuploidí – současný stav

I. Švecová¹, D. Loderer², M. Grendár², Z. Lasabová², B. Nagy³, P. Žúbor¹, J. Danko¹,

¹Gynekologicko-pôrodnická klinika UNM; Jesseniova Lekárska Fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

²Ústav Molekulovej Biológie; Jesseniova Lekárska Fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave; Martinské centrum pre biomedicínu (BioMed Martin)

³Oddelenie Humánnej Genetiky; Debrecínska Univerzita; Debrecín

Úvod: Od uvedenia neinvazívneho prenatalného testovania (NIPT) pred niekoľkými rokmi došlo k jeho aplikácii v skrínigových postupoch a schémach v populácii vysoko rizikových žien. Akokoľvek jeho použitie sa v dnešnej dobe vzťahuje už aj na neselektovanú nízkorizikovú populáciu. Je jednoznačné že tento neinvazívny skrínigový nástroj s vysokou senzitivitou a špecificitou získal definitívne postavenie v prenatalnom manažmente žien. Cieľ NIPT je jasný: ponúknuť pacientkam potrebné informácie v nízkom štádiu tehotnosti s možnosťou vyhnúť sa procedurálnym rizikám invazívneho vyšetrenia. Tento postup poskytuje možnosť vykonať adekvátne rozhodnutia v reprodukčnom a tehotenskom manažmente na základe presných informácií pochádzajúcich priamo z fetálneho genómu. Cieľ: Uviest' do praxe neinvazívne prenatalné testovanie použitím celogenómovej sekvenácie (whole shotgun sequencing) v Martinskom centre pre biomedicínu s využitím špecifickej optimalizácie protokolu. Metodika: Po odobratí 10 ml venóznej krvi do EDTA skúmaviek táto bola ďalej spracovaná za účelom izolácie plazmy a jej skladovania pri -80 °C. DNA bola izolovaná pomocou DSP Virus Kit-u (Quiagen), následne bola pripravená DNA knižnica podľa optimalizovaného protokolu použitím TruSeq Nano DNA Library Prep. kitu (Quiagen). Kontrola kvality a kvantifikácia knižnice pripravenej z cfDNA bola vykonaná pomocou prístroja Qubit a Agilent 2100 Bioanalyzer resp. pomocou KAPA Library Quantification Kit platformy (Illumina). Na základe získanej analýzy bolo vykonané riedenie, poolovanie a denaturácia knižnic. Vzorky boli sekvenované na platformách MiSeq (Illumina) a HiSeq 1500 (Illumina). Bioinformatické spracovanie prebehlo podľa modifikovaného špecifického protokolu (FASTQ files). Záver: Prvotné výsledky analýz trainingového setu dosiahli vysokú špecifickú a senzitivitu, pričom boli interpretované so sledovaním fetálnej frakcie. NIPT je metóda, ktorá so zlepšujúcou sa technológiou a znižujúcimi sa nákladmi v blízkej budúcnosti signifikantne rozšíri možnosti prenatalného skrínigu.

Poznámka: Táto práca bola podporená projektom „Martinské centrum pre biomedicínu (BioMed Martin)“ ITMS kód projektu: 26220220187, ktorý je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ.

4. Indukované potraty ve II. trimestru – analýza souboru

H. Neumannová, E. Homolková, D. Driák, P. Bolehovská

GPK Nemocnice Na Bulovce

Prenatální screeningová vyšetření slouží k detekci chromozomálních i morfologických vad plodu. Při zjištění závažného postižení plodu má žena po konzultaci s genetikem možnost požádat o umělé ukončení těhotenství. Na našem pracovišti v období posledních 10 let používáme k ukončení těhotenství ve II. trimestru tři metody. Na začátku druhého trimestru do 15. týdne gravidity provádíme evakuaci a instrumentální revizi dutiny děložní po předchozí přípravě hrdla Dilapan y S. U starších gravidit aplikujeme k indukci potratu prostaglandiny podle jednotné metodiky, kterou jsme si na našem pracovišti vypracovali na základě v zahraničí publikovaných dat. Do poloviny roku 2010 jsme používali Enzaprost F (dinoprost – prostaglandin skupiny 2) aplikovaný frakcionovaně intraamniálně. Od poloviny roku 2010 jsme zavedli jednotný protokol s vaginální aplikací preparátu Cytotec (Misoprostol) v různém dávkování podle stáří a vitality plodu. Po proběhlém spontánním potratu ve většině případů provádíme následnou revizi dutiny děložní v celkové anestezii. V letech 2006–2015 bylo na naší klinice evidováno 584 potratů indukovaných ve II. trimestru. Cytotecem bylo indukováno 245 gravidit a Enzaprostem F 155 těhotenství, chirurgická metoda byla použita ve 184 případech. Porovnali jsme délku indukce, celkovou dávku léčiva, délku hospitalizace, výskyt nežádoucích účinků (subfebrilie, febrilie, nauzea, zvracení, průjem), krevní ztrátu, komplikace (opakovaná revize, infekce) a finanční náklady ve všech souborech. Průměrná doba indukce byla v souboru s Enzaprostem 12 hodin, při použití Cytotecu 19 hodin a byla nezávislá na věku ženy. Průměrná doba hospitalizace byla nejkratší pro chirurgickou metodu – méně než dva dny, pro obě metody s prostaglandiny 2–3 dny, průměrná krevní ztráta byla u všech metod do 200 ml. Zavedení Mifepristonu do protokolu a další zkrácení doby indukce znesnadňuje to, že preparát není hrazen ze zdravotního pojištění bez souhlasu revizního lékaře. Finanční náklady jsou nejnižší u chirurgické metody, po započtení všech materiálových nákladů je metoda s Enzaprostem dražší než s použitím Cytotecu.

5. Nové trendy ve vývoji hormonální antikoncepce

P. Křepelka

ÚPMD Praha

Metody hormonální antikoncepce jsou na světovém trhu již více než 50 let. Během historického vývoje prodělaly významné změny konstrukce i složení směřující k vyšší bezpečnosti a lepší snášenlivosti při zachování vysoké kontracepční spolehlivosti. Kromě ochrany před neplánovanou graviditou poskytují i specifické nekontracepční výhody. V současné době jsme svědky změny postojů k hormonální antikoncepci mezi laiky i odbornou veřejností, která může vést ke změně poptávky a změně spektra dostupných antikoncepčních metod. Nejvýznamnějším požadavkem na nové přípravky hormonální antikoncepce je omezení kardiovaskulárních rizik. Zvýšení kardiovaskulární bezpečnosti hormonální antikoncepce je realizováno užitím nových složek estrogenní komponenty kombinované hormonální antikoncepce, užitím čistě progesteragenních preparátů či vývojem přípravků, které nejsou založeny na steroidních hormonech. Sdělení předkládá literární přehled aktuálního vývoje metod hormonální antikoncepce na českém i světovém trhu.

6. Nové terapeutické možnosti klimakterické medicíny

T. Fait

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Současná klimakterická medicína preferuje celostní prístup s dôrazem na zdravý životní styl, kde hormonální substituční terapie (HRT) je jen jednou z modalít léčby. Již více než 10 let uplynulo od ukončení studie Women Health Initiative, která díky zkeslené medializaci významně snížila důvěru laiků i některých lékařů v HRT. Bylo sice provedeno několik reanalýz a novými studii potvrzena bezpečnost HRT ve vztahu ke kardiovaskulárnímu systému při časném startu, ale tyto výsledky již takové medializace nedosáhly a četné farmaceutické firmy opustily zcela tuto oblast. Nicméně stárnutí populace se nezastavilo a léčba akutního klimakterického syndromu i prevence organických změn z estrogenního deficitu jsou potřebné. Nedílnou součástí klimakterické medicíny je také léčba a prevence urogenitální atrofie. Předpokládáme rozšíření neperorálních aplikací a preferenci nových molekul, jako jsou bazedoxifen, ospemifen či estetrol. Nově máme k dispozici transdermální sprej (MDTS) s 1,53 mg estradiolu v jedné dávce. Umožňuje individuální dávkování 1–3 střiky. Dosahuje významného snížení frekvence návalů u 85 % uživatelék. Současně má výborný bezpečnostní kardiovaskulární profil. V oblasti fytoestrogenů je novou vysoce účinnou možností selektivní modulátor estrogenních receptorů DT56a získaný extrakcí ze sóji s prokázanou vysokou účinností na akutní klimakterický syndrom, výborným bezpečnostním profilem i možným preventivním působením na kostní hmotu. Nadále platí, že standardem klimakterické medicíny musí být individuální přístup ve volbě případné léčebné modality, jejího dávkování, aplikační cesty a celkové délky podávání.

7. Získaná arteriovenózní malformace dělohy jako vzácná příčina závažné metroragie

J. Drahoňovský, J. Hanáček, M. Simonidesová, J. Feyereisl

ÚPMD Praha

Předkládáme kazuistiku závažné menometroragie nereagující na standardní diagnosticko-terapeutické postupy u mladé ženy v reprodukčním věku s anamnézou opakovaných intrauterinních chirurgických zákroků. Série vyšetření ukázala získanou arterio-venózní malformaci děložní stěny. Předkládáme vlastní zkušenosti s touto problematikou a přehled literatury.

8. Metódy invazívnej rádiológie v prevencii a liečbe pôrodnického krvácania

J. Záhumenský, A. Klepanec

Gyn. pôr. klinika FN Trnava

Autori vo svojej prednáške prinášajú najnovšie literárne poznatky o možnostiach využitia metód invazívnej rádiológie v prevencii a liečbe pôrodnického krvácania. Analyzujú svoje 4 prípady, kedy tieto prípady využili, 3x preventívne a 1x liečebne. Preventívne zavedenie balónkových katétrů do vnútorných ilických artérií využili u žien s anamnézou cisárskeho rezu a placentou praeviou. Vo všetkých prípadoch sa vyhli závažnému pôrodnému krvácaniu a nebolo nutné u žien vykonať hysterektómiu. Vo štvrtom prípade pomocou selektívnej embolizácie vyriešili prípad popôrodného krvácania spôsobeného prasknutou pseudoaneurizmou a. uterinae.

9. Anémia z nedostatku železa v ambulantnej praxi – princípy liečby

MUDr. J. Chudej, Ph.D., MUDr. J. Sokol, Ph.D., MUDr. L. Váleková, Ph.D.

Klinika hematológie a transfuziológie JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Sideropenická anémia je definovaná celkovým nedostatkom železa v organizme, ktorý sa prejavuje zníženou hladinou sérového železa a nízkym až nulovým množstvom železa v zásobách. Je najčastejšou anémiou vo vyspelých krajinách (5 % mužov, 15–20 % žien). Vzniká pri chronických stratách železa, nedostatočnom príjme železa alebo pri nedostatočnom vstrebávaní železa v gastrointestinálnom trakte. Straty železa vznikajú hlavne počas menštruácie u žien vo fertilnom veku, pri okultnom krvácaní z tráviaceho alebo urogenitálneho traktu. V latentnej fáze klinických príznakov sa nedostatok železa nemusí prejavovať. V pokročilejšej fáze, kedy sú zásoby železa vyčerpané, sa rozvíja anémia. Sideropenická anémia sa klinicky prejavuje všeobecnými príznakmi anémie (slabosť, nízka výkonnosť, závraty, dýchavica, palpácie). Jej závažnosť je daná hĺbkou anémie, rýchlosťou jej vzniku, prítomnosťou komorbidít a vekom. Cieľ: Ucelený vedecký pohľad na možnosti liečby sideropenickej anémie. Metodika: Meta-analýza dostupných literárnych zdrojov o možnostiach liečby sideropenickej anémie. Výsledky: Sideropenickú anémiu liečime substituáciou železa. V prvom rade preferujeme diétne opatrenia doplnené o perorálny príjem železa. Diéta by mala obsahovať dostatok živočíšnych bielkovín a zeleniny. Najlepšie sa vstrebáva železo vo forme hému, ktoré sa nachádza v mäse a vnútornostiach. Rastlinná strava sice obsahuje veľa železa, ale kyselina fytová z rastlín bráni jeho rezorpcii. Zníženie spotreby potravín s jej vysokým obsahom (káva, čaj, strukoviny a celozrnné cereálie) zlepšuje vstrebávanie železa. Dostatočný príjem železa treba zabezpečiť hlavne u dospievajúcich dievčiat, všetkých žien vo fertilnom veku a u tehotných. Okrem diétnych opatrení máme k dispozícii aj široký sortiment liekov obsahujúcich železo. Perorálna terapia železom má byť nízko dávkovaná a dlhodobá, podporená vitamínom C, ktorý zvyšuje vstrebávanie i užitáciu železa v organizme, pričom sa za optimálny molárny pomer vitamínu C a železa považuje pomer 3:1. Uprednostňujeme podávanie železa nalačno, pre optimálne vstrebávanie, ak to pacient toleruje. Po úprave anémie pokračujeme v podávaní nižších dávok počas 2–3 mesiacov, aby sa doplnili zásoby železa. Nevýhodou perorálnej liečby je jej častá intolerancia (15–20 %) pacientov, ktorá sa prejavuje gastrointestinálnymi príznakmi. Parenterálne podanie je indikované pri dokázanej poruche vstrebávania, nemožnosti podávať perorálnu terapiu, zápalovej chorobe gastrointestinálneho traktu alebo u nespupracujúcich pacientov s nízkou socioekonomickou úrovňou. Záver: Výber vhodného preparátu železa sa riadi vekom pacienta, závažnosťou anémie,

skúsenosťou s toleranciou iných liekov užívaných v minulosti, aktuálnymi ťažkosťami trávenia, osobitosťami výživového režimu, ktoré môžu predikovať toleranciu preparátov železa, komorbiditou, ale aj životným štýlom pacienta. Kľúčové slová: liečba, sideropenická anémia, železo

10. Srovnání souborů uměle ukončených těhotenství instrumentální a farmakologickou metodou

B. Sehnal, P. Bolehovská, H. Neumannová, J. Vláčil

Gynekologicko-porodnická klinika, Nemocnice Na Bulovce

Od června 2014 jsou v ČR dostupné preparáty Mifegyn a Misopregol určené k farmakologickému ukončení těhotenství do 7. týdne amenorhey, rozhodující je hodnota CRL. V období 8/2014–2/2016 bylo na Gynekologicko-porodnické klinice Nemocnice Na Bulovce provedeno celkem 628 umělých ukončení těhotenství (UUT) v 1. trimestru. Ze 422 těhotenství ukončených do 7. týdne gravidity bylo 194 přerušeno farmakologicky a 228 instrumentálně. Cílem přednášky je zhodnotit úspěšnost a komplikace UUT analýzou obou souborů. Obě skupiny byly věkově i socioekonomicky homogenní. Ze 194 případů farmakologicky ukončených gravidit byla 11x provedena instrumentální revize dutiny děložní za 18 až 52 dnů po aplikaci preparátu Misopregol. Ve dvou případech se jednalo o pokračující živo graviditu, ve dvou případech o nevypuzený zamklý potrat, 7x se prováděla revize na základě ultrazvukového nálezu. Celkem 31 žen se nedostavilo na předepsanou kontrolu 2–3 týdny po aplikaci léku. Ve 49 případech byla podána uterotonika (Methylergometrin, Ergotamin gtt, o.), ve třech případech si nevolnost pacientky vyžádala krátkodobou hospitalizaci, 2x bylo nutné opakovaně podat preparát Misopregol pro zvracení. V souboru 228 instrumentálních UUT do 7. týdne bylo nutné 7x provést instrumentální revizi dutiny děložní, 1x byla indikována laparoskopie se suturou pro perforaci děložní stěny, 6x si dilatace dutiny děložní vyžádala aplikaci uterotonik a 5x byla podána antibiotika pro endomyometritidu. Zatímco během prvních 4 měsíců po zavedení metody farmakologického UUT na našem pracovišti bylo provedeno jen 16,4 % (12/73) UUT do 7. týdne těhotenství farmakologicky, v posledních 4 sledovaných měsících to bylo již 58,4 % (52/89). Celkový počet UUT do 7. t. t. stoupl ve stejném období o 22 % (73 vs. 89), počet instrumentálních UUT do 7. t. t. poklesl o 40 % (61 vs. 37), počet instrumentálních UUT v 1. trimestru poklesl o 20 % (113 vs. 93). Farmakologické ukončení těhotenství je bezpečná metoda, která si u žen získává stále větší oblibu. Je jenom otázkou času, kdy se tato technika UUT přesune do čistě ambulantní sféry.

11. Karcinóm endometria – evolúcia diagnostiky a liečby v Trenčíne

P. Kaščák, M. Hlaváčik, A. Schwandner

Gyn.-pôr. klinika FN Trenčín

Cieľ štúdie: Cieľom retrospektívnej štúdie bolo vyhodnotiť reálne možnosti predoperačnej diagnostiky a operačnej liečby u pacientok s karcinómom endometria na Gynekologicko-pôrodnickej klinike FN Trenčín v troch časových obdobiach v rokoch 1995–2015. Metodika: Prvé časové obdobie rokov 1995–1999 (skupina A) bolo charakterizované absenciou ultrazvukového (UZ) skríningu peri a postmenopauzálnych pacientok a v operačnom prístupe nebolo uvažované o chirurgickom s tagingu ochorenia. V diagnostike karcinómu sa v skupine A nepoužívala hysteroskopia (HSK). V rokoch 2005–2009 (skupina B) sa stal UZ skríning štandardom starostlivosti o pacientky v našom regióne a postupne sa zaviedol chirurgický staging ochorenia a v indikovaných prípadoch bola vykonaná panvová lymfadenektómia. HSK bola zavedená do rutínnej diagnostiky ochorenia. V rokoch 2011–2015 (skupina C) je naďalej vykonávaný UZ skríning a HSK je štandardom diagnostiky patológie endometria. Operačný prístup sa zmenil zavedením endoskopie do manažmentu pacientok s karcinómom endometria a bola rutinne vykonávaná peroperačná histológia k určení adekvátneho operačného výkonu. Výsledky: V skupine A sme vykonali 2281 kyretáží u žien s podozrením na uterinnú patológiu a žiadnu HSK. Karcinóm endometria sme diagnostikovali u 67 žien (2,9 %). Všetky pacientky s výnimkou 1 prípadu boli symptomatické. U všetkých žien bola vykonaná bdominálna hysterektómia (AH) s bilaterálnou adnexektómiou, v žiadnom prípade sme nevykonali lymfadenektómiu. Spolu sme v tomto období vykonali 910 AH, z nich 67 (7,4 %) pre karcinóm endometria. V skupine B bolo vykonaných 1120 kyretáží a 1934 hysteroskopií. Karcinóm endometria sme zistili u 101 žien (3,3 %). Až v 58 % bola u žien skupiny B ako diagnostická metóda zvolená HSK, pričom 26 % pacientok bolo asymptomatických. V druhom časovom období bolo spolu 680 AH, z toho 101 (14,9 %) pre karcinóm endometria. V 25 % sme podľa peroperačnej histológie indikovali lymfadenektómiu. V tomto období sme však u väčšiny žien vykonali len panvovú lymfadenektómiu, pričom priemerný počet lymfatických uzlín (LU) bol 19. Pozitívne panvové LU boli v 5 prípadoch (20 %). Paraaortálna lymfadenektómia bola vykonaná len u 3 žien, v jednom prípade boli LU pozitívne. V skupine C bolo vykonaných 238 kyretáží a 1914 hysteroskopií. HSK bola indikovaná u 89% žien. Karcinóm endometria sme zistili u 360 žien (16,7 %). V treťom časovom období sme u pacientok s karcinómom endometria zaviedli laparoskopicky asistovanú vaginálnu hysterektómiu (LAVH) do manažmentu liečby. V tomto období bolo spolu 1021 hysterektómií (AH+LAVH), z toho 330 (32,3 %) pre karcinóm endometria. V 34 % sme podľa peroperačnej histológie, typu alebo gradingu nádoru indikovali lymfadenektómiu. Priemerný počet LU bol 37 z panvovej oblasti a 17 paraaortálne. Z radikálne operovaných žien boli panvové LU pozitívne v 24 %, v 19 % boli pozitívne i paraaortálne LU. U dvoch pacientok boli pozitívne len paraaortálne LU. V tomto období sme analyzovali i koreláciu peroperačnej a definitívnej histológie, pričom zhoda bola dosiahnutá v 98 %. Peroperačná histológia preto ostáva štandardom v rozhodovaní o chirurgickej liečbe karcinómu endometria, lebo lymfadenektómia je indikovaná selektívne na základe histologického typu nádoru, gradingu a peroperačnej hĺbke invázie nádoru. Záver: Na našom pracovisku stúpa vďaka UZ skríningu diagnostika uterinných patológií a stúpa i incidencia karcinómu endometria. Napriek vyššiemu záchytu asymptomatických pacientok sa zhoršuje záchytnosť primárne priaznivých štádií ochorenia. HSK sa stala metódou voľby v diagnostike uterinných patológií. V chirurgickej liečbe stúpa počet LAVH. Rutinne je vykonávaná peroperačná histológia k určení infiltrácie myometria, nakoľko ultrazvuková predikcia infiltrácie myometria nie je na našom pracovisku spoľahlivá. V indikovaných prípadoch zásadne vykonávame panvovú i paraaortálnu lymfadenektómiu.

BLOK 2. NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ A PREKANCERÓZY VE VZTAHU K REPRODUKCI

1. Léčba neplodnosti a riziko karcinomu štítné žlázy, prsu a dalších nádorů

D. Nováková, M. Křenek, P. Vlček, T. Mardesić, J. Prausová

KNME Motol

Diferencovaný karcinom štítné žlázy, thyroidcancer (DTC) představuje 1 až 1,5 % všech zhoubných nádorů. Tento nádor patří mezi zhoubné nádory s nejrychleji rostoucí incidencí, v posledních třech desetiletích se jeho incidence ztrojnásobila. Jeho incidence je třikrát vyšší u žen než u mužů, je devátý nejčastější nádor u žen na celém světě. Mezi objasněné rizikové faktory DTC patří radioterapie oblasti krku a rodinná anamnéza rakoviny štítné žlázy. Zvýšený výskyt DTC u žen je vysvětlován rolí hormonálních a reprodukčních faktorů. Byl zvažován: věk při menarche, věk menopauzy, počet těhotenství a porodů, věk při narození prvního dítěte nebo věk při posledním porodu. Byly také zvažovány souvislosti s dalšími reprodukčními faktory a s používáním exogenních hormonů, perorální antikoncepce nebo hormonální substituční terapie. Pozornost byla věnována i hormonální terapii při léčbě neplodnosti. Karcinom štítné žlázy patří spolu s karcinomy prsu, endometria a ovarií mezi nádory estrogen-dependentní. Vzhledem k tomu, že vzrůstá počet pacientek léčených metodami asistované reprodukce, byl v posledních letech opakovaně studován dopad hormonální stimulace a léčebných postupů při in vitro fertilizaci na výskyt estrogen-dependentních i ostatních malignit. Podle dosavadních studií se riziko jednotlivých nádorů po asistované produkci liší. Naše sdělení referuje o pacientkách naší kliniky, u kterých diagnóze DTC předcházela léčba metodami asistované reprodukce. Předkládá také výsledky publikovaných studií k dané tématice.

2. Intrakraniální nezrelý terátóm u plodu v 20. týdni gravidity

M. Mlynček¹, J. Cibíček², F. Tóth², Z. Sebo²

¹) Gyn.-pôr. klinika FN Nitra a UKF v Nitre

²) Gyn.-pôr. odd. a Odd. patológie FORLIFE n.o. Komárno

Typ štúdie: kazuistika. Cieľ práce: Prezentácia raritného maligného ochorenia diagnostikovaného u plodu v 20. týždni gravidity. Výsledky: U 35-ročnej tehotnej s anamnézou 2 spontánnych pôrodov s údajom poslednej menštruácie 12. 5. 2015 opakované sonografické vyšetrenia verifikovali solídnocystický útvar o priemere 80 mm vychádzajúci z hlavičky plodu. Normálne mozgové tkanivo sa neznázornilo. Vzhľadom k tomuto nálezu genetik indikoval UPT, ktoré bolo vykonané dňa 28. 9. 2015 v 20. týždni formou sectio parva. Histopatologické vyšetrenie solídnocystického tumoru zistilo kongenitálny intrakraniálny terátóm so zložkami embryonálneho karcinómu a neuroblastómu u plodu ženského pohlavia. Onkologické konzílium u matky doporučilo follow-up formou PET/CT bez onkologickej liečby. Prvý prípad kongenitálneho intrakraniálneho terátómu bol publikovaný v roku 1864. Výskyt kongenitálnych intrakraniálnych tumorov sa uvádza 0,34 prípadov na 1 milión živorodených novorodencov. Frekvencia terátómov sa popisuje v 2–4 % zo všetkých intrakraniálnych tumorov u detí (2,3). Základnou liečebnou modalitou u novorodencov je chirurgická exstirpácia, často paliatívna a chemoterapia (4). Náš prípad kongenitálneho nezrelého intrakraniálneho terátómu evokuje diskuziu o spôsobe follow-up u matky. Literatúra: 1. Breslau RE. Geburtgeschichte and untersuchung eines falles von foerus in foatu. 1864;30:406-417. 2. Whittle IR, Simpson DA. Surgical treatment of neonatal intracranial teratoma. Surg Neurol 1981; 15:268-273. 3. Uken P, Sato Y, Smith W. MR findings of malignant intracranial teratoma intracranial a neonate. Pediatr Radiol 1986;16:504-505. 4. Sinha V D, Dharker S R, Pandey C L. Congenital intracranial teratoma of the lateral ventricle. Neurol India 2001;49:170-173.

Nadšení pro dokonalost
v péči o ženské
zdraví v jedinečných
momentech
jejich života...



Exeltis Czech s.r.o.
Želetavská 1449/9
Praha 4 – Michle

www.exeltis.com

BLOK 3. UROGYNEKOLOGIE

1. Porodní děj ve světle současných poznatků o dysfunkci pánevního dna

L. Krofta, J. Feyereisl, M. Krčmář, I. Urbánková, K. Grohregín, O. Gojiš

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Poruchy pánevního dna, které mohou vyústit v inkontinenci moči, stolice, sexuální dysfunkci a uterovaginální prolaps, mají zásadní vliv na kvalitu života řady žen všech věkových kategorií. Inkontinence moči postihuje 17–45 % dospělé populace žen a 0,4–17 % žen udává některý z typů anální inkontinence s narůstající prevalencí v pozdějším věku. Stejně tak i výkony pro uterovaginální prolaps představují ve vyspělých zemích kolem 20 % všech gynekologických výkonů. Epidemiologická data, která se týkají dysfunkce pánevního dna, nás opravňují k tvrzení, že se jedná o velmi rozšířené onemocnění. Ačkoliv většina odborníků činných ve veřejném zdravotnictví nepřikládá těmto informacím zásadní váhu, specialisté z řad urogynekologie, urologie a proktologie ví, že jedna z deseti žen má závažnou formu dysfunkce dna pánve vyžadující chirurgickou intervenci. Patogeneze je jednoznačně multifaktoriální. Tradičně jsou mezi predisponujícími faktory pro vznik dysfunkce uváděny pohlaví, pokročilý věk, menopauza, obezita a vaginální porod. Pokud se podíváme na demografické analýzy věkových skupin pro následujících 40 až 50 let, je zřejmé, že se populace žen starších 65 let značně navýší. Recentní odhady udávají nárůst potřeby chirurgických výkonů pro poruchu funkce pánevního dna v následujících 30 letech. Do jisté míry je paradoxem, že jeden z nejdůležitějších faktorů, který má přímý vztah k dysfunkci pánevního dna, probíhá pod lékařským dohledem, a je jím vaginální porod. Žena, která absolvovala vaginálně vedený porod, má 4–11x vyšší pravděpodobnost vzniku descensu v některém ze tří kompartmentů. Již po celá desetiletí si je odborná veřejnost vědoma skutečnosti, že u určité skupiny žen dochází v návaznosti na proběhlý vaginální porod ke strukturálním odchylkám pánevního dna. Tyto změny mají za následek funkční poruchy pánevního dna, manifestující se v pozdějším životě. Změny se týkají svalů, vazů a nervů nebo jde o jejich kombinace. O jakém konkrétním typu poranění hovoříme? Jsou výše zmíněné struktury poraněny kompresí, přepjetím, natržením, přetržením či odtržením? Jsou tyto změny reverzibilní? Dokážeme je predikovat? Na všechny tyto otázky dosud neznáme jednoznačnou odpověď. Otázky ohledně porodního traumatizmu a následné dysfunkce pánevního dna, na které však v současnosti nemáme jednoznačné odpovědi, představují velice významný faktor v rámci diskuse císařského řezu na přání. Z diskusí byla patrná existence znalostního (informačního) vakua mezi porodem indukovaným traumatizmem a následnou dysfunkcí dna pánve. Naše dosavadní neznalost nebo, chceme-li, i ignorance podrobností specifických poranění dna pánve během vaginálního porodu znemožňuje nejenom jejich terapii, ale zvláště pak i prevenci.

2. Implantáty v léčbě prolapsu – nastal čas „ke stažení kalhot“?

K. Švábík, J. Mašata, P. Hubka, A. Martan

Centrum urogynekologie a pánevní rekonstrukční chirurgie, Gynekologicko-porodnická klinika,

1. LF UK a VFN v Praze

Dysfunkce pánevního dna postihne v průběhu života až 11 % žen. Jedná se o nezanedbatelné procento populace. Na druhou stranu tento život neohrožující stav má dopad převážně „jen“ na subjektivní kvalitu života žen. Stejně tak subjektivní vnímání symptomů je velmi variabilní, ovlivněné individuálním nastavením. Urogynekologické výkony a zvláště rekonstrukční výkony v oblasti prolapsu pánevních orgánů patří mezi výkony vyžadující od jakživa vysokou operační erudici a zároveň dobrou znalost nejen popisné, ale i funkční anatomie. Díky nešťastné marketingové strategii a snahou umožnit řešit tyto defekty pomocí implantátů co největšímu počtu lékařů bez dostatečné erudice a zároveň nedostatečným důrazem na adoptování nových technik operování se začaly objevovat v neakceptovatelné míře nové komplikace. K tomu se připojila i absence specifické pooperační monitorace. Proto jsme se ocitli v současnosti v éře velmi rozdílných „regionálních výsledků“ a rozdílných výsledků studií. Typicky jsou ve velké míře v souhrnných reportech upřednostňovány negativní výsledky. Vznikl obrovský trh pro vymáhání odškodného, který vedl ke kompletnímu rušení divizí několika velkých nadnárodních společností. Vznikly zprávy (Food and drug administration) či SCENIHR (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risk), které jsou do určité míry nepřesně interpretovány jako konec implantátů. Ve svém výsledku však přesně popisují naprosto racionální koncept, který je v mnoha urogynekologických centrech dlouhodobě uplatňován. Protože každé centrum s dostatečným počtem výkonů si je vědomo rizik plynoucích z jakéhokoliv operačního zákroku a implantáty nejsou v tomto přístupu výjimkou. A proto doporučení SCENIHR „... díky riziku spojeném s vaginálním užitím implantátů je vhodné zvažovat toto použití i v komplexních prolapsů, v případech po předchozím selhání či v případech, kdy se dá selhání očekávat, zároveň je důležité mít certifikovaný systém vzdělávání operaterů...“. Subspecializace urogynekologie v ČR představuje část této certifikace. Koncept předoperační monitorace stavu pánevního dna před volbou operační techniky je podložen již řadou jak retrospektivních, tak prospektivních dat. Pooperační použití zobrazení hraje nenahraditelnou roli v detekci komplikací a hlavně v jejich adekvátním řešení, což se netýká jen implantátů pro prolaps, ale i pro řešení inkontinence moči. Laparoskopické a abdominální přístupy jsou ušetřeny současně kritiky ne díky jinému chování implantátu při abdominálním přístupu, ale díky logickému dodržování výše uvedených pravidel.

3. Anální inkontinence a způsob porodu – je císařský řez řešením?

Z. Rušavý, V. Kališ

Gynekologicko-porodnická klinika LFUK a FN Plzeň

Anální inkontinence (AI), tedy mimovolní únik plynu, tekuté či tuhé stolice, může mít devastující vliv na kvalitu pracovního, sociálního i sexuálního života postižené ženy. Celková prevalence AI u všech žen starších 15 let je kolem 4 %. Fekální urgence, tedy nemožnost oddálit defekaci na více než 15 min, bývá spojována s poraněním či denervací externího análního svěrače při vaginálním porodu. Tato porucha by neměla být opomíjena, protože může mít stejně zásadní vliv na kvalitu života postižené jako vlastní únik stolice. Etiologie anální inkontinence je multifaktoriální, těhotenství a porod v ní však nepochybně hraje významnou úlohu. Prevalence AI po porodu se pohybuje mezi 2,3–28,6 % po 3 měsících a 2,2–21,7 % po 6 měsících dle metodiky a použité definice. Přechodná anální inkontinence po vaginálním porodu je často způsobena poraněním či prodloužením motorické jednotky pudendálního nervu. V 80 % případů dochází k normalizaci do 2 měsíců. Dále bylo prokázáno, že mladé ženy se silnějšími svaly pánevního dna mohou přechodně kompenzovat poranění či poruchu inervace análního svěrače. S věkem dochází k nárůstu v prevalenci AI vlivem ostatních etiologických faktorů a v páté dekádě života či 30 let po porodu již nebyla přítomnost fekální či anální inkontinence spojena s paritou či způsobem porodu. Rozsáhlé populační studie ukazují, že těhotenství samo o sobě bez ohledu na způsob jeho ukončení představuje výrazný etiologický faktor pro rozvoj AI. Prevalence AI po spontánním vaginálním porodu bez poranění análního svěrače a císařském řezu je srovnatelná nebo jen nevýznamně vyšší. Operativní porod či poranění análního sfinkteru jsou naopak vždy spojeny s vyšší prevalencí AI. V populaci žen s poraněným análním svěračem po porodu bude mít 12–53 % žen anální inkontinenci. Prevence závažného porodního poranění spolu se správným rozpoznáním a ošetřením poranění komplexu análního svěrače má nejdůležitější úlohu v prevenci rozvoje anální inkontinence po porodu. Většina žen po ošetření poranění análního svěrače je kontinentní. U asymptomatických žen po předchozím ošetřeném poranění análního svěrače je následný vaginální porod bezpečný a není spojen se zvýšeným rizikem dalšího poranění a anální inkontinence. Diagnostika AI po porodu se opírá o zhodnocení závažnosti anální inkontinence pomocí validovaných dotazníků, transperineální či endoanální sonografické vyšetření análního svěrače a anální manometrii. Pro vlastní zhodnocení závažnosti AI je důležitější subjektivní hodnocení postiženou než objektivní vyšetření. Fekální urgence vždy patří k hodnocení stavu kontinence po porodu, a proto je doporučeno využívat skórovací systém, který ji zohledňuje. Léčba AI je primárně konzervativní, v indikovaných případech chirurgická. Sdělení shrnuje současné znalosti o etiopatogenezi AI se zaměřením na těhotenství a porod. Srovnáním způsobů ukončení těhotenství ukazuje, že císařský řez není schopný dlouhodobě snížit riziko či závažnost anální inkontinence.

4. Klasické pôrodnictvo na križovatke (urogynekológia by nemala byť jeho hrobárom)

I. Hollý, P. Papcun, M. Križko jun., B. Spodniaková

II. gynekologicko-pôrodnicka klinika LFUK a UNB, Bratislava

Snaha redukovat frekvenciu cisárskeho rezu je, ako sa zdá, dubiozna. Reálnejšie bude snád úsilie o jej nezvyšovanie. Cesta VBAC je kontroverzná a riskantná. Po možnosti urobiť sekciu na žiadosť rodičky (čo sa vehementne pretláča) prichádza ďalší tvrdý útok na vaginálny pôrod. Tentoraz zo strany urogynekológie, konkrétne prác o traumatizujúcom vplyve prirodzeného pôrodu na panvové dno. Autori sa na základe literárnych údajov (morbidita a mortalita po SC) a vlastných skúseností dôrazne prihováraajú za limitovanú aplikáciu spomínaných prác v pôrodnickej praxi. Obava z poškodenia panvovej spodiny by sama osebe nemala byť dôvodom na abdominálny pôrod. Ak nie je kontraindikácia, nech vaginálny pôrod aj naďalej zostane prvou voľbou a indikácie na SC iba prísne medicínske.

5. Indikace k užití periuretrálních implantátů (Bulkamid®) u pacientek se SUI

A. Martan, J. Mašata, K. Švábík, P. Hubka

Gyn.-por. klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Se stresovým typem inkontinence moči (SUI) se můžeme setkat u 12,8–46 % žen. Řešením tohoto problému je v současné době nejčastěji operace, při které umístíme pod uretru polypropylenovou pásku. Výkon má dobrý léčebný efekt a minimum komplikací, jak v průběhu, tak i po operaci. U některých pacientek může tento výkon opakovaně selhávat a řešení přetrvávající inkontinence moči je obtížné. Příčinou je nejčastěji malá pohyblivost uretry či ISD (Intrinsic Sphincter Defect) před operačním výkonem a následně nesprávná volba typu a umístění pásky s nedostatečnou elasticitou a fixací k okolním tkáním. Jednou z možností, jak řešit přetrvávající SUI, je i transuretrální aplikace látky zvětšující objem tkání pod sliznicí uretry (TUI). Tato operace dosahuje léčebného efektu u 62,5–92,3 % žen, které byly již dříve neúspěšně operovány páskovou metodou. Výkon je minimálně invazivní a transuretrální aplikace Bulkamidu® u lokální anestezii je dobře snášena, a proto je často akceptována i pacientkami, které byly již dříve operovány a další operační řešení odmítají. Dále je alternativou pro pacientky s ISD (Intrinsic Sphincter Defect) často s malou pohyblivostí uretry. Též může být jedinou možností, jak řešit SUI u polymorbidních žen. Vytvoření depa alogenní látky pod sliznicí uretry vytváří v její stěně arteficiální „polštář“, který způsobí uzavření uretry a tím kontinenci moči. Dalším mechanismem, který napomáhá uzavření uretry, je zvýšení kontrakční síly uretrálního sfinkteru způsobené roztažením vláken svalu tímto materiálem. Z analýzy publikací, které se zabývají touto operační metodou, vyplývá, že tento výkon má sice méně komplikací, ale jeho léčebný efekt je nižší než u páskových metod. Proto je důležité stanovení indikace pro tento typ operace. Důležitý je též výběr materiálu, který je pro aplikaci použit a který by měl být biokompatibilní, nevyvolávat imunologickou

odpověď, trvanlivý a neměl by měnit pozici po aplikaci. Polyacrylamidhydrogel (Bulkamid®) je jednou z cizorodých látek. Které jsou užívány v poslední době k transuretrální aplikaci. Jedná se o gel, který obsahuje 2,5 % polyacryl amidu a 97,5 % vody.

6. Vliv druhého těhotenství a porodu na morfolonii a funkci pánevního dna

I. Urbánková, L. Krofta, J. Feyereisl, M. Krčmář, K. Grohregin, O. Gojiš

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Úvod: Těhotenství a porod mají zásadní vliv na funkci pánevního dna, přičemž právě první vaginální porod je určující příčina vzniku pozdější pánevní dysfunkce. O vlivu druhého vaginálního porodu na morfolonii a funkci pánevního dna prozatím existuje jen velmi málo prací. Cíl studie: Studie popisuje vliv druhého těhotenství a porodu na anatomii a funkci ženského pánevního dna. Materiál a metodika: Prospektivně sledovaná kohorta nullipar během jejich prvního i druhého těhotenství byla klinicky zhodnocena rok po jejich prvním a druhém porodu. Během posledního trimestru první gravidity byly ženy s jednočetným těhotenstvím vyzvány k účasti na této longitudinální studii. Poporodní follow-up obsahoval urogynekologické vyšetření, zhodnocení kvality života pomocí dvou validizovaných dotazníků (ICIQ-shortform, PISQ 12). Urogynekologické vyšetření se skládalo ze POP-Q skóre, vyšetření stupně poškození m. levator ani (Oxford skóre) a subjektivních obtíží pacientky se stresovou inkontinencí moči, symptomy dráždivého měchýře a dyspareunia (LUTS). Pacientky, které nedokončily poslední kontrolu v rámci follow-up po prvním porodu, byly ze studie vyřazeny. Pro zhodnocení byly účastnice studie rozděleny do následujících skupin: pouze vaginální porod, porod pouze císařským řezem, vaginální porod-císařský řez, císařský řez-vaginální porod, klešřový porod. POP-Q a výsledky subjektivních obtíží byly porovnávány pomocí Wilcoxonova testu. Výsledky: Z celkového množství 3 741 žen zařazených do studie jich 563 porodilo znovu a dokončilo požadovaný roční follow-up po druhém těhotenství a porodu. Průměrný věk žen při prvním porodu byl 30 (20–43), BMI byl srovnatelný v obou těhotenstvích (prům. 27.2; 19–47). Po druhém těhotenství byli novorozenci o 2 % těžší (3378.5g vs. 3449.2g; p= 0.001), 70 % (N=395) žen porodilo 2x vaginálně, frekvence epiziotomií byla 68 % a 20 % během prvního, respektive druhého porodu. Poranění análního sfinkteru (OASIS) se objevilo u 4, resp. 2 žen po druhém porodu. Pouze císařským řezem porodilo 17 % (N=94) žen. Kombinaci vaginálního porodu a císařského řezu mělo 11 % (N=61) žen. V 5 případech se OASIS trauma objevilo během prvního porodu, v jednom případě během vaginálního porodu po předešlém císařském řezu. 2 % (N=13) žen porodila pomocí forcepsu během prvního porodu, poté 8 z nich následně rodilo císařským řezem, 5 opět vaginálně. Závěry: Pacientky, které byly sledovány 1 rok po jejich druhém vaginálním porodu, měly horší skóre POP-Q než po jejich prvním vaginálním porodu. Obdobné výsledky jsme pozorovali i ve skupině žen, které rodily výlučně císařským řezem, ty ovšem nebyly klinicky významné. Symptomy postižení dolních močových cest (LUTS) zůstávaly stabilní během sledovaného období. Dyspareunie byla častější po prvním porodu.

7. OAB a prolaps panvových orgánů, novovzniklý OAB po rekonstrukční operaci panvového dna

P. Brenišin

BrenCare, s.r.o., Ambulancia gynekologické urologie, Poprad

Úvod: Vagina a uretra sú spojené anatomicky a embryologicky, akýkoľvek zásah pri operácii uteru, prednej a zadnej pošvovej steny môže ovplyvniť funkciu dolného urinárneho traktu. Vaginálna chirurgia má svoje miesto pri liečení gynekologických problémov žien. Táto chirurgia môže zlepšiť, zhoršiť alebo spôsobiť dysfunkciu dolného močového traktu. Na jednej strane sa pozoruje zvýšená senzitivita mechúra v priebehu 6 mesiacov po operácii, ako znížený objem prvého nutkania na močenie, znížený objem normálneho nútenia na močenie, zníženie kapacity mechúra a nezriedka silné nutkanie na močenie s únikom moču. Na druhej strane sa pozoruje zlepšenie frekvencie močenia a ústup urgencií. Urogynekologický prolaps a OAB Nepravidelné polohy ženských pohlavných orgánov spôsobené posunutím kaudálnym smerom: descensus, najčastejšie uteru, prednej a zadnej pošvovej steny. Prolaps môže byť parciálny alebo totálny. Urogynekologický prolaps je bežný stav u žien, ktoré rodili, asi 50 % žien má takýto stav v niektorom stupni vývoja a 20 % z nich je symptomatických. Najčastejšie sa vyskytuje pokles prednej vaginálnej steny, pokles spodiny močového mechúra – cystokela, vážne ovplyvňuje kvalitu života žien, diagnóza – vaginálnym vyšetrením, liečba – medikamenty, pesar, chirurgická. OAB je definovaný ako nutkanie na močenie, s inkontinciou alebo bez, spolu s častým močením a močením v noci. OAB vzniká jednak v dôsledku senzorickej poruchy (hypersenzitivita detruzora, urgencia, polakisúria, noktúria), jednak v dôsledku motorickej poruchy (hyperaktivita detruzora, mimovoľné kontrakcie detruzora, urgentná inkontinencia moču). Diagnostika OAB: Dôkladná anamnéza, denník močenia, základné vyšetrenie moču, uroflowmetria, meranie postmikčného rezídua pomocou USG, základné vyšetrenie obličiek a horných močových ciest, urodynamické vyšetrenie. Výsledky štúdií: V literatúre (I. Diez-Iltza a spol. In: Gynecologic and Obstetrics Investigation, 1/2009) sa udáva výskyt OAB de novo asi u 20 % pacientok po rekonstrukčnej operácii panvového dna. Čas vývinu symptómov je asi tri mesiace. V liečbe sa aplikuje farmakoterapia – anticholinergiká, spazmolytiká, agonisti β_3 adrenoreceptorov, HRT. Na druhej strane však existujú štúdie, ktoré zaznamenávajú zlepšenie symptómov OAB po rekonstrukčnej operácii prednej pošvovej steny u cca 70 % žien sa zlepšila urgencia a cca u 60 % žien sa znížila frekvencia močenia. (G. A. Digesa a spol. In: International Urogynecology Journal, April 2007) Záver: Takmer 20 % žien po rekonstrukčnej operácii panvového dna má symptómy OAB de novo, ktoré pred operáciou nemali. Je potrebné tieto symptómy poznať, dôkladne ich diagnostikovať a liečiť. Niektoré štúdie však potvrdili zlepšenie symptómov OAB po rekonstrukčnej operácii prednej pošvovej steny / u cca 70 % žien zlepšenie urgencie a u cca 60 % zníženie frekvencie močenia.

BLOK 4. REPRODUKČNÍ MEDICÍNA – STÁRNOUCÍ POPULACE RODIČŮ, ENDOMETRIÓZA, MYOMATÓZA

1. Reprodukční medicína ve třetím tisíciletí

D. Rumpík (Zlín), L. Pilka (Zlín), R. Pilka (Olomouc), T. Rumpíková (Zlín), P. Ventruba (Brno)

Klinika reprodukční medicíny a gynekologie Zlín

Úvod: Reprodukční medicína patří k nejdynamičtěji se vyvíjejícím oborům medicíny. V naší práci se zamýšlíme nad dalším možným vývojem celého oboru. Materiál a metodika: Témata práce: 1. Morální, etické a právní aspekty asistované reprodukce, kryokonzervace gamet a embryí, PGD a PGS, dárcovství gamet, turismus v reprodukční medicíně, surrogátní mateřství, transplantace ovariální tkáně, transplantace dělohy. 2. Kmenové buňky v asistované reprodukci, zdroje kmenových buněk a perspektivy jejich využití. 3. Proteázy a jejich výzkum a možné využití při implantaci embrya. 4. Genomika a její význam pro růst znalostí o podstatě života, o geneticky vázaných nemocech a o možnostech jejich diagnostiky a léčby. Závěr: Člověk si zvyká vznášet stále odvážnější požadavky na přírodní zákonitosti a procesy ve snaze překonat je a podřídit si je. Lékaři, kteří provádějí další výzkum v oblasti genetiky a asistované reprodukce, jsou vedeni ušlechtilou snahou uspokojit rostoucí požadavky na zdravotnickou péči, avšak zároveň jsou vystaveni traumatům etickým a morálním.

2. Aktuální témata v české reprodukční medicíně

P. Ventruba¹, D. Rumpík², J. Žáková¹, I. Crha¹, M. Ješeta¹

¹ Gynekologicko-porodnická klinika LFMU a FN Brno, přednosta prof. MUDr. P. Ventruba, DrSc., MBA

² Klinika reprodukční medicíny a gynekologie Zlín, ředitel MUDr. D. Rumpík

Úvod: V rámci jubilejního 25. sympozia asistované reprodukce konaného 11. listopadu 2015 v Brně proběhla polední diskuse u kulatých stůlů na 10 aktuálních témat reprodukční medicíny (RM) v České republice. Témata a moderátory vybral výbor Sekce asistované reprodukce ČGSPS ČLS JEP. Diskutovalo se nejen o problémech z oblasti gynekologie a embryologie, ale i legislativy či etiky. Řešená témata reprodukční medicíny: (1) přeshraniční zdravotní péče v asistované reprodukci, (2) indikace k PGS (preimplantačního genetického screeningu) ve světle nových poznatků, (3) patřičná stimulace ovarií do ambulancí registrovaných gynekologů? (4) léčba klomifenem – jen pro odborníky v reprodukční medicíně? (5) jak a komu směřovat psychologickou podporu při IVF, (6) stimulace žen s nízkou ovariální rezervou, (7) je vyšetření spermiogramu dostačující? (8) relevantní markery embryonálního vývoje – time laps systém, (9) jak se zorientovat v nabídce médií a spotřebního materiálu v IVF laboratoři a (10) freezeall – nový trend v kryokonzervaci vhodný pro všechny?

Souhrny a závěry: Výstupem jednotlivých diskusních skupin byly stručné souhrny, které byly prezentovány moderátory v samostatném konferenčním bloku. Některá témata přinesla konkrétní výsledek. Některá nebylo možné jednoznačně uzavřít a budou předmětem dalších jednání v budoucnu.

Naší snahou je předložit přehled stávajícího stavu české RM co nejširší odborné veřejnosti a navázat na publikovaný přehled aktuálních otázek a řešených problémů v ČR v roce 2012.

Doporučení a závěry všech diskusních témat budou opět publikovány v České gynekologii. Pro sdělení na 3. společné konferenci ČGSPS a SGPS byla vybrána nejzávažnější témata RM a budou doplněna aktuálními informacemi z MZ ČR a výboru SAR ČGSPS.

3. Aktuálne otázky reprodukčnej medicíny v Slovenskej republike

M. Petrenko

I. gynekologicko-pôrodnická klinika LFUK a UNB

Reprodukčná medicína je jednou z najprogresívnejšie sa vyvíjajúcich multidisciplinárnych oblastí modernej medicíny, ktorá zahŕňa všetky vedné odbory, venujúce sa ľudskej reprodukcii, jej fyziológii, diagnostike a liečbe jej porúch, ale i etickým a právnym aspektom spojeným s novými prístupmi k riešeniu mnohých celospoločenských otázok. Široká oblasť vedných odborov, ktoré zdokonaľujú liečbu porúch ľudskej plodnosti metódami asistovanej reprodukcie a majú úzky vzťah ku gynekológii a pôrodnictvu, ako sú gynekologická endokrinológia, neinvazívna i invazívna sonografia, reprodukčná endoskopická diagnostika a liečba a ďalšie, prechádzajú búrlivým rozvojom. Ide o odbory, ktoré študujú reprodukciu v oblasti humánnej embryológie, andrológie, imunológie, kryobiológie či genetiky až po molekulárnu úroveň. Úžasné pokroky urobila a robí aj farmakológia a technologické disciplíny. Dnes už nie je možné jednotlivé odbory presne „zaškatulkovať“, pretože ich hranice sa prelínajú a klasické delenie na „klinické“ a „paraklinické“ odbory v tejto oblasti vedy stráca racionálny základ. Rozsah práce neumožňuje podrobne rozobrať celkový prehľad vývoja a súčasného stavu reprodukčnej medicíny vo svete a u nás. Autor chce preto upriamiť pozornosť len na niektoré špecifické témy, ktoré sa zdajú byť zaujímavé a aktuálne. Snahou je z celej problematiky vybrať témy tak, aby každý účastník konferencie mohol získať informácie, ktoré buď sám použije v bežnej praxi, alebo využije ako motiváciu na diskusiu. Pre lekárov – gynekológov prvého kontaktu, ale aj praktických lekárov je tiež dôležitá orientácia v tejto oblasti a je vhodné, aby vedeli ohodnotiť potrebu využitia metód humánnej reprodukcie u svojich pacientok, prípadne

odoslať svoju pacientku na zodpovedajúce regionálne pracovisko. Poznatky z tejto práce by mali pomôcť rozšíriť si obzor i lekárom pracujúcim v lôžkových zariadeniach, ktorí sa ľudskej reprodukcii aj prakticky venujú či lekárom v špecializačnej príprave z nášho odboru. Autor sa podrobnejšie zaoberá právnymi otázkami reprodukčnej medicíny, venuje sa problematike národného registra asistovanej reprodukcie. V ďalšej časti analyzuje hradenie výkonov asistovanej reprodukcie z verejného zdravotného poistenia na Slovensku. Práca sa venuje i „vývozu“ slovenských neplodných párov do zahraničia. Vzhľadom na rozmáhajúcu sa komerčnú „reprodukčnú turistiku“ je treba zdôrazniť, že reprodukčná medicína vrátane metód asistovanej reprodukcie je na Slovensku odborne technicky na úrovni vysokorozvinutých európskych krajín. Niektoré závažné komplikácie asistovanej reprodukcie (ovariálny hyperstimulačný syndróm, viacpočetnú graviditu a iné) aj tak nakoniec s vysokými finančnými nákladmi riešia naše ústavné zariadenia na Slovensku. Účelom práce je upozorniť na niektoré dôležité aspekty reprodukčnej medicíny najmä v podmienkach slovenského zdravotníctva, ale i v kontexte európskych zákonných noriem a vyvolať interdisciplinárnu diskusiu k jednotlivým načrtnutým témam.

4a. Stáruť ovaria a kvalita oocytů

Z. Malý

Unica, spol. s r. o., Inštitút reprodukčnej medicíny Brno

Socioekonomické trendy spoločnosti vedú ženy k odsúvaniu rodičovstvá do pozdĺžších let. V posledných dvoch dekádoch jednoznačne pribýva žen, ktoré pak zklamané zistí, že jejich plodnost nedržela krok s jejich životním stylem. Při rozhovoru s nimi si většinou stěžují, že je na tuto nešťastnou skutečností nikdy žádný lékař neupozornil. Faktem je, že u žen po 35. roku a později, věnuje značná část gynekologů pozornost především onkologické prevenci, a pokud má žena pravidelný menstruační cyklus, ubezpečí ji, že i její plodnost je v pořádku. Konfrontace stáruť vaječniku a touha po dítěti se stala aktuálním tématem reprodukční medicíny. Práce přináší recentní analýzu stáruť vaječniku z pohledu patofyziologie, všimá si zejména mechanismů jako snížení funkce mitochondrií, chyby meiózy, oxydativní stres s tvorbou reaktivních kyslíkových sloučenin (ROS), narůstající aktivita karbonylových sloučenin (RCS), zkracování telomer a kumulované poškozování oocytů během života ženy. Preimplantační genetická diagnostika pólových tělísek pak prokazuje skutečnost, kdy již 30letá žena má 25 % svých vajíček geneticky nekompetentních a tento počet s dalším věkem stoupá. Tato fakta umožňují kritičtější hodnocení věkového faktoru u fertility žen a mohou být v praxi užitečná.

4b. Je významné testování ovarialní rezervy?

Z. Malý

Unica, spol. s r. o., Inštitút reprodukčnej medicíny Brno

Trendy posunu mateřství po 35. roce věku ženy vedou ke skutečnosti, že se v posledních dvou dekádoch zdvojnásobil výskyt nechťeně bezdětnosti. Muži i ženy přečníají schopnosti IVF překonat na věku závislý pokles ovarialní rezervy (OR). Význam vyšetření OR pro reprodukční specialisty je nepochybný, může být tato informace použitelná i pro pacientky v gynekologické praxi? Cílem sdělení je upozornit na možnost informovat ženy, zejména po 35. roce jejich věku, o biologické realitě a přirozeném poklesu plodnosti otestováním OR. Analyzována je validita jednotlivých markerů OR, především AFC, AMH, objemu ovaria a dalších, které ovlivňují reprodukční schopnosti a lze je použít pro prognózu plodnosti, eventuálně blížíci se menopauzy. Rozebrána jsou také fakta o vlivu hormonální antikoncepce (HAK) na reprodukční potenciál žen, kdy je prokázáno, že u žen užívajících HAK, je významně snížena hladina AMH i AFC. Diskutovány jsou současné názory na testování OR a poradenství o šancích fertility. Otestování OR by mělo být pojato jako poradenství o individuální perspektivě plodnosti a jako takové by mělo být gynekologem bezdětným ženám po pětatřicetce zmiňováno při všech příležitostech. Ženy samy by tak mohly lépe zvážit svou osobní situaci s plánováním rodiny.

5. Preimplantační genetický screening aneuploidii

J. Diblík, M. Brandejská, A. Langerová, R. Jarošová, V. Mokrý, M. Valachovič, J. Míka, R. Křen, P. Potužníková,

D. Milická, V. Weber, M. Trková, J. Hodačová, V. Bečvářová a D. Stejskal

Centrum lékařské genetiky a reprodukční medicíny GENNET, Praha a Liberec

Za jeden z hlavních faktorů, které u starších rodičů snižují úspěšnost reprodukce a zvyšují riziko komplikací, jsou považovány chromosomální vady v embryích. Příčinou jsou především poruchy rozdělení chromosomů během zrání vajíček vedoucí k vadám počtu chromosomů (aneuploidie). V rámci léčby metodami asistované reprodukce (ART) lze tyto vady detekovat pomocí preimplantačního genetického screeningu (PGS). Kromě věku patří mezi nejčastější indikace i opakované neúspěchy ART a opakované spontánní potraty. V současnosti nejpoužívanější postup PGS zahrnuje biopsii pětidenních embryí ve stadiu blastocysty, vitrifikaci embryí a vyšetření všech chromosomů metodou array-CGH. Tímto postupem jsme od roku 2012 vyšetřili v 763 cyklech celkem 2 165 embryí. Výsledky jednoznačně potvrzují stoupající výskyt aneuploidii v embryích dle věku ženy. V kategorii do 30 l. bylo aneuploidních embryí 40 %, do 35 l. 45 %, do 40 l. 57 % a nad 40 l. 79 %. Tyto rozdíly jsou statisticky významné, $p < 0.001$. PGS umožňuje výběrem normálních embryí snížit počet prováděných embryotransferů, ale u části pacientek nejsou vhodná embrya nalezena a tedy k transferu vůbec nedochází. Tato situace nastala u žen do 30 l. ve 12 %, do 35 l. v 15 %, do 40 l. v 34 %, nad 40 l. v 61 % cyklů. Tyto rozdíly jsou opět statisticky významné, $p < 0.001$, a jsou jedním z důvodů, proč ani s pomocí PGS nelze celkovou šanci na otěhotnění po ART u starších žen významně zvýšit. Hlavním cílem PGS tak je snížení rizika chromosomálních vadou vedoucí ke spontánnímu potratu nebo závažnému postižení vývoje plodu.

6. Indikují jádřerka v prvójádrech vývojový potenciál embrya?

A. Langerová

GENNET s.r.o.

Úvod: V roce 1999 publikoval J. Tesařik a E. Greco (Human Reproduction 14: 1318) postup hodnocení vývojového potenciálu lidského embrya, který byl založen na analýze distribuce a počtu jadérek (NPBs – nucleolusprecursorbodies) v prvójádrech zygot. Řada dalších prací jejich závěry potvrdila, některé další práce se s nimi však neztotožnily. Naše výsledky podporují závěry uvedených autorů a dokazují význam NPBs při restrukturalizaci rodičovských genomů po oplození. Z našich výsledků tak jasně vyplývá, jaký význam má perfektní hodnocení embrya v průběhu jeho vývoje od počátku oplození až do doby, kdy je embryo přeneseno pacientce. Materiál a metody: Jako model byly pro pokus použity oocyty myši BDF1 a mikromanipulační postup enukleolace, kdy je mikrochirurgicky z oocytů vyjímáno jádřerko. Manipulované oocyty byly následně analyzovány řadou metod cytologie a molekulární biologie. Výsledky: Naše výsledky dokazují, že NPBs jsou nezbytné v zygotech jen po krátké období po oplození. Tím padá obecně akceptované dogma vývojové biologie, kde se předpokládalo, že materiál NPBs prvójader je postupně transformován na typická, tripartitní jádřerka. Detailní hodnocení prvního mitotického dělení z jedno- do dvoubuněčného stádia ukázalo značné opožďení u zygot bez NPBs oproti kontrolám. Absence NPBs vede k abnormální restrukturalizaci parentálních genomů (chromosomů), a to zejména v oblasti centromer, kde se chromosom váže na dělicí vřetěnko. Redukovány jsou zejména DNA minor a major satelitní sekvence. Závěr: Výsledky podporují správnost a zároveň vysvětlují podstatu hodnocení vývojového potenciálu zygot podle J. Tesařika a E. Greca. Spolu s dalšími nedávnými výsledky [Nature Communications 6:7601 (2015)] dokazujeme, že vývojový potenciál embrya (aneuploidie) je určen již v zygote a že hodnocení počtu a distribuce jadérek a délky prvního buněčného cyklu může být významným přínosem pro posouzení vývojového potenciálu embrya v klinické praxi ART. Nicméně řadu otázek zbývá zodpovědět, zejména jaké faktory ovlivňují distribuci a počet jadérek v prvójádrech: např. může to být stáří pacientky, stimulace pacientky, IVF versus ICSI, oocyty abnormální jako takové, atd.? Fulka, H. a Langerová, A. (2014) Development 141, 1694-1704. Fulka, H., Kyogoku, H., Zatssepina, O., Langerová, A., Fulka, Jr., J. (2015) Trends in Molecular Medicine 21, 663-672.

7. Analýza perinatálních výsledkov po transfere rozmrazených a čerstvých embryí

M. Ňachajová¹, K. Biringer¹, S. Galo², P. Krajčovič³, J. Višňovský¹, J. Danko¹

¹ Gynekologicko-pôrodnická klinika JLF UK a UNM, Martin

² Centrum asistovanej reprodukcie ISCARE a.s., Martin

³ Sanatórium Helios SK, s.r.o., Martin

Úvod: V metodách asistovanej reprodukcie celosvetovo narastá počet transferov zmrazených a rozmrazených embryí (FET – frozen embryo transfer). V niektorých krajinách dokonca prevyšuje transfer čerstvých embryí (ET – embryo transfer). K známym výhodám FET patrí minimálny podiel farmakologickej a chirurgickej liečby a nižšie riziko výskytu ovarialneho hyperstimulačného syndrómu. Umožňuje tiež uchovávať embryá takmer neobmedzene do doby vhodnej na umelé oplodnenie. METODIKA: Retrospektívna porovnávací analýza perinatálnych výsledkov po FET a ET Gynekologicko-pôrodnickej kliniky JLF UK a UNM v Martine v období od januára 2011 do decembra 2015. Údaje sme získali zo zdravotnej dokumentácie pacientok v spolupráci s Centrom asistovanej reprodukcie ISCARE v Martine a Sanatóriom Helios v Martine, kde pacientky podstúpili umelé oplodnenie. Hodnotené parametre predstavovali vek pacientky, graviditu, paritu, pôrodnú dĺžku a hmotnosť novorodenca, gestačný vek, spôsob pôrodu a pôrodný stav novorodenca. Sledovali sme počet odobraných oocytov a počet vložených embryí. Hodnotili sme výskyt preeklampsie, tehotenskej hypertenzie a cukrovky, výskyt predčasného odtoku plodovej vody a vnútramnicovej tiesne plodu. Výsledky: Do štúdie bolo zaradených 98 žien, 40 po FET a 58 po ET. Priemerný vek žien, ktoré otehotneli po FET bol 34 rokov (v rozmedzí 20–50 rokov), priemerný počet gravidít bol 1,73 (1–5) a parít 1,3 (1–3). V tejto skupine sa narodilo 44 detí s priemernou hmotnosťou 3264±212 (1350–4650) g a dĺžkou 51±2 (40–56) cm v 40±1 (31–42) gestačnom týždni. 70 % tehotenstiev bolo ukončených cisárskym rezom, 27,5 % spontánnym pôrodom a 2,5 % forcepsom. Každá žena bolo odobratých v priemere 12,85 (5–25) oocytov, vložených bolo 1,3 (1–2) embryí. Priemerný vek žien po ET bol 34,3 (20–50) rokov, priemerný počet gravidít bol 1,5 (1–5) a parít 1,17 (1–3). Spolu bolo porodených 66 detí s priemernou hmotnosťou 3050,53±201 (875–4400) g a dĺžkou 50,5±2,5 (34–55) cm v 39,5±0,5 (27–42) gestačnom týždni. V 70,7 % bol vykonaný cisársky rez, 27,6% porodilo spontánne a 1,7 % forcepsom. Priemerne bolo odobratých 12 (5–30) oocytov a vložených 1,33 (1–2) embryí. V oboch skupinách bola najčastejšou indikáciou k cisárskemu rezu vnútramnicová tieseň plodu (30 %), ďalej poloha plodu koncom panvovým (12,86 %), nepostupujúci pôrod (11,43 %), kolízna poloha dvojčiat (11,43 %) a iné (34,28 %). Jediný štatisticky významný rozdiel sme zaznamenali v počte novorodencov prijatých do starostlivosti jednotky intenzívnej starostlivosti (JIS) ($p < 0,05$). V skupine žien po ET bol počet prijatých novorodencov na JIS 11 a v skupine po FET boli prijatí na JIS 3 novorodenci. V ostatných sledovaných parametroch sme nezaznamenali žiaden významný rozdiel. ZÁVER: Podľa našich zistení, zmrazovanie embryí nemá nepriaznivý vplyv na perinatálne výsledky v porovnaní s ET. Naša štúdia podporuje dôležitosť ďalších, rozsiahlejších analýz zaoberajúcich sa perinatálnymi výstupmi oboch metód asistovanej reprodukcie.

8. Surogátní mateřství v České republice – doporučení SAR ČGPS ČLS JEP

D. Rumpík (Zlín), T. Rumpíková (Zlín), P. Ventruba (Brno), L. Prudil (Brno), L. Musilová (Brno)

Klinika reprodukční medicíny a gynekologie Zlín

Úvod: Naše pracoviště se od roku 2008 zabývá problematikou surrogátního mateřství. Vzhledem k tomu, že zákonná úprava tohoto medicínského postupu zatím v ČR není, jedná se o právně i medicínsky velmi náročný proces. SAR ČGPS ČLS JEP přijala doporučení pro SM. Materiál a metodika: Od roku 2004 do roku 2015 bylo provedeno na Klinice reprodukční medicíny a gynekologie Zlín 104 cyklů SM, diagnostikovali jsme 34 klin. gravidit (32,7 %), 31 porodů, (29,8 %), 3 pacientky potratily. Nejčastější příčinou uterinního faktoru byl stav po hysterektomii (onkologická příčina, zánětlivý stav – PID, těžká myomatosa dělohy), genetické příčiny (syRokitansky-Kuster-Hauser, syndrom testikulární feminizace), Ashermanův syndrom, stavy, kdy je gravidita u ženy zcela kontraindikována (stav po opakovaném SectioCaesarea, DM I. typu s vaskulárními komplikacemi, systémové imunologické onemocnění, těžká kardiomyopatie). Preferován byl SET. V naší práci uvádíme přehled současného stavu legislativy v ČR a uvádíme doporučení SAR ČGPS ČLS JEP. Závěr: Považujeme za nezbytné dodržovat medicínské indikace k tomuto výkonu a řídit se doporučením odborné společnosti. Každý konkrétní případ je nutné řešit ve spolupráci se zkušenou advokátní kanceláří. Veřejnost začíná akceptovat, že existují alternativní cesty, jak mít rodinu, a lze očekávat, že s postupem času, a budou-li se zdůrazňovat pozitivní aspekty rodinného života, bude stigma náhradního mateřství mizet.

9. Chirurgická léčba hluboké endometriózy v ÚPMD

J. Drahoňovský, J. Hanáček, M. Simonidesová, J. Feyereisl

ÚPMD Praha

Hluboká infiltrujiící endometrióza (DIE) postihuje odhadem 1–3 % žen v reprodukčním věku. Ve většině případů způsobuje těžkou chronickou pánevní bolest. Chirurgická léčba je zlatým standardem pro většinu takto postižených žen, nicméně pro svoji náročnost, rizikovitost a nutnost mezioborové spolupráce by měla být soustředěna do center, která se na léčbu DIE specializují. V ÚPMD bylo od roku 2005 provedeno 140 radikálních výkonů pro DIE, z toho více než polovina v posledních třech letech. U 38 pacientek byla současně resekována endometrióza střeva, u 10 pacientek uzul v močovém měchýři. Prezntujeme naše výsledky a zkušenosti s léčbou hluboké endometriózy.

10. Specifika prenatální a porodní péče o romské rodičky v Ústeckém kraji

T. Binder, AE. Šrytrová, A. Pošarová, M. Švecová, J. Alt

Gyn.-por. klinika UJEP a MNUL

Cíl studie: Posoudit čím a proč se romské rodičky odlišují od většinové populace a zda se to projevuje na zhoršených perinatologických ukazatelích. Metoda: V letech 2014 a 2015 jsme analyzovali v ústecké porodnici populaci romských rodiček. Sledovali jsme jejich přístup k prenatální péči, skriningovým vyšetřením a úskalí komunikace mezi lékařem a Romkou. Zaměřili jsme se i na identifikaci rizikového chování a následně jsme analyzovali výsledné perinatologické ukazatele. Výsledky: Romky tvoří 10 % populace rodiček v ústecké porodnici. Typická je pro ně vysoká natalita ve srovnání s většinovou populací, vysoké procento z nich rodí předčasně mezi 32. a 36. g.t. Komunikace je s nimi obtížná, vyžaduje trpělivost, často nedokáží posoudit závažnost svého zdravotního stavu a nedokáží obecně dodržovat chronickou medikaci. Překvapivě se to neodráží na perinatální úmrtnosti.

11. Význam funkce štítné žlázy v léčbě neplodnosti a v těhotenství

D. Nováková, M. Křenek, P. Vlček, E. Uhrová, R. Chmel

KNME Motol

Převážná část poruch štítné žlázy je způsobena autoimunitním procesem. Autoimunitní choroby mohou ovlivnit plodnost a výsledky těhotenství ženy. Na základě klinických studií bylo prokázáno, že klinická onemocnění štítné žlázy jsou spojena s infertilitou, řadou poruch rané i pozdější gravidity, případně stavem po porodu. U pacientek s hypotyreózou i hypertyreózou jsou častěji než v kontrolní populaci přítomny problémy s dosažením těhotenství. V případě dosaženého těhotenství se vyskytují opakované reprodukční neúspěchy. Velmi často dochází k těhotenským ztrátám ještě před stanovením těhotenství. V první třetině těhotenství jde u pacientek s hypotyreózou až o dvojnásobné těhotenské ztráty, případně o nezralost plodu. Těhotenské ztráty jsou pozorovány ve zvýšené míře i u preklinické hypotyreózy. Hypertyreóza v graviditě je provázána vyšším výskytem zvýšeného těhotenského zvracení a větším rizikem vzniku chorob ohrožujících matku i plod v pozdějších fázích těhotenství, zvláště riziko preeklampsie. Je také zvýšeno riziko nízké porodní váhy plodu. Uvedeným komplikacím lze předejít včasnou diagnostikou klinických i preklinických onemocnění štítné žlázy a příslušnou léčbou. Pro vyšetření štítné žlázy u žen v souvislosti s reprodukcí je doporučeno stanovit TSH, fT4 a protilátky proti tyroidální peroxidáze. Doporučená hladina TSH před těhotenstvím a v prvním trimestru těhotenství je ≤ 2.5 mIU / l. Naše sdělení se věnuje doporučením pro vyšetření štítné žlázy u neplodných a těhotných žen koncipované Českou endokrinnologickou společností. Předkládáme také výsledky publikovaných studií k dané tématice.

Lisvy® „Nosím mini“

Nový trend v antikoncepci:
transparentní mini náplast¹

- Velmi dobrá compliance: 98 %²
- Dobrá snášenlivost a stabilita cyklu²
- Vysoká bezpečnost³



ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU LISVY

Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. **Léková forma:** Tenká matřxová transdermální náplast. Náplast je kulatá, průhledná, o velikosti 11 cm². **Složení:** Za 24 hodin se z jedné transdermální náplasti uvolní 60 mikrogramů gestodenu a 13 mikrogramů ethinylestradiolu (odpovídá perorální dávce 20 mikrogramů EE). **Indikace:** Hormonální antikoncepce. **Dávkování:** Aplikuje se jedna náplast jednou týdně po dobu tří po sobě následujících týdnů (21 dní). Každou novou náplast je nutné aplikovat ve stejný den v týdnu = „Den výměny náplasti“. Den 1: aplikace 1. náplasti. Den 8: odstranění 1. náplasti a okamžitá aplikace 2. náplasti. Den 15: odstranění 2. náplasti a okamžitá aplikace 3. náplasti. Den 22: odstranění 3. náplasti (bez náplasti dny 22–28), během této doby by se mělo objevit krvácení z vysazení. Při odlepení náplasti < 24 hod je zajištěna antikoncepční účinnost. Při opomenutí výměny náplasti < 48 hod je zajištěna antikoncepční účinnost. Jestliže si žena přeje změnit „Den výměny náplasti“, učiní tak zkrácením čtvrtého týdne bez náplasti. Interval bez náplasti mezi cykly nesmí být delší než 7 dní. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na složky přípravku. Současné nebo v minulosti zjištěné trombozy či tromboembolie nebo rizikové faktory zvyšující riziko tromboembolie. Nádory ovlivněné pohlavními hormony. Závažná jaterní onemocnění. Vaginální krvácení neznámé etiologie. Těhotenství. **Interakce:** Látky indukující jaterní mikrosomální enzymy: fenytoin, barbituráty, primidon, karbamazepin, rifampicin, rifabutin, bosentan, oxkarbamazepin, eslikarbazepin, topiramát, felbamát, griseofulvín, modafinil a přípravky obsahující třezalku tečkovanou. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Přípravek Lisvy je během těhotenství kontraindikován. CHC se v době kojení obecně nedoporučuje. Používání přípravku Lisvy nemá vliv na budoucí plodnost. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: reakce v místě aplikace. Časté: emoční labilita, migréna, nauzea, krvácení z genitálu, bolest prsů. **Upozornění:** Užívání COC je spojeno se zvýšeným rizikem příhod tromboembolické nemoci a arteriální tromboembolie. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Uchovávání:** Uchovávejte v původním sáčku, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí. Chraňte před mrazem. **Balení:** Každá krabička obsahuje buď 3 nebo 9 transdermálních náplasti přípravku Lisvy v samostatných sáčcích. **Zvláštní opatření pro likvidaci přípravku:** Použitá náplast musí být přeložena napůl, lepicí stranou dovnitř, umístěna do původního sáčku a zlikvidována v souladu s místními požadavky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Gedeon Richter Plc. Gyömrői út 19-21. 1103 Budapešť, Maďarsko. Registrační číslo: 177129/14-C. Datum poslední revize textu: 25. 6. 2015. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek nenihrazen z veřejného zdravotního pojištění.** Tato zkrácená informace přípravku je platná ke dni vydání materiálu. Předtím, než přípravek předepíšete, přečtěte si pozorně úplnou informaci o přípravku. **Úplný souhrn údajů o přípravku je možné získat na adrese:** Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o. Na Strži 65, 140 00 Praha 4, tel.: +420 261 141 200, fax: +420 261 141 201, www.richtergedeon.cz, www.antikoncepce.com, Lékařský informační servis: +420 261 141 215.

Citace: 1) SPC přípravku Lisvy; 2) Wiegatz I. Reprod. Sci. 2014;21(12):1518-25; 3) Jung W. Drugs RD. 2013;13(3):223-33

Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o., Na Strži 65, 140 00 Praha 4, tel.: 261 141 200, fax: 261 141 201
www.richtergedeon.cz, www.antikoncepce.com, Lékařský informační servis: 261 141 215

GEDEON RICHTER

BLOK 5. PERINATOLOGIE A FETOMATERNÁLNÍ MEDICÍNA I

1. Biomarkery preeklampsie

E. Dosedla, S. Leahomschi, P. Calda

1. súkromná nemocnica Košice-Šaca a.s., Slovensko

Management hypertenze v tehotenstve pri suspekci na preeklampsii je obtížny a ekonomicky náročný, vzhľadom k tomu, že dosud chýbali biomarkery predikujúci rozvoj tejto závažnej tehotenskej patológie. Niekoľko prospektívnych multicentrických štúdií poukazuje na možnosť predikcie pomocou stanovení sérových hladín cytokínov podliejúcich se na angiogenezu. Na základě poznatku o důležitosti těchto cytokínů v etiopatogenezi preeklampsie byly vyvinuty automatizované imunochemické metody použitelné v klinické praxi. Výsledky těchto studií prokázaly vysokou negativní prediktivní hodnotu tohoto testu, umožňující bezpečně propouštět těhotné do ambulantní péče minimálně na jeden týden. Součástí tohoto sdělení je i současné konsenzuální stanovisko předních světových odborníků na angiogenní markery, týkající se implementace testování rizika rozvoje preeklampsie pomocí imunochemického testu do klinické praxe.

2. Intrapartální CTG-FIGO 2015

A. Měchurová, P. Velebil, P. Janků, L. Hruban

ÚPMD Praha

Monitorování plodu je základní složkou porodnické péče, kdy kardiokografie zůstává stále zlatým standardem a screeningovou metodou v časně diagnostice hypoxie plodu i po zavedení selektivních metod sledování intrauterinního stavu plodu. V přednášce jsou zmíněny hlavní principy kardiokografického vyšetření a posuzování ante- a intrapartálních monitorů podle kritérií FIGO z roku 1986 a především nové hodnocení intrapartálních monitorů dle FIGO 2015.

3. Porodnická analgezie a anestezie v České republice: Národní přehled – vývoj od roku 1992

A. Pařízek

Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

Úvod: Observační studie pro sledování zastoupení a počtu jednotlivých metod porodnické analgezie a anestezie v České republice v roce 2014. Práce navazuje na šest předchozích studií se shodnou tematikou, se kterými bylo započato v roce 1992. Vznikl dlouhodobý přehled o trendech / vývoji / zastoupení jednotlivých metod porodnické analgezie a anestezie v České republice. Metoda: V roce 2014 byl odeslán tištěný dotazník přednostům všech porodnických zařízení a současně přednostům všech anesteziologických pracovišť, která v České republice poskytují porodnickou analgezi a anestezii. V roce 2013 bylo v České republice 95 porodnických zařízení. Dotazníkovou studii, od roku 1993 v pořadí již sedmou, provedla Česká společnost analgezie a intenzivní medicíny v porodnictví (ČSAIM) a Česká společnost porodních asistentek (ČSPA). Výsledky: V roce 2013 se v České republice uskutečnilo 105 310 porodů a narodilo se celkem 1 067 518 dětí (1 035 518 jednočetných těhotenství, 1 779 porodů dvojčat, 12 porodů trojčat a jeden porod paterčat). Z porodnických pracovišť bylo navráceno 82 (86,3 %) dotazníkových odpovědí a 47 (50,5 %) z anesteziologických pracovišť. Vznikl historicky největší přehled o poskytnutí porodnické analgezie a anestezie u 96 268 (91,4 %) porodů. Respondenti udali, že 25 330 (26,3 %) těhotenství bylo ukončeno císařským řezem, když jich 14 438 (57 %) bylo akutních a 10 892 (43 %) plánovaných. 2 568 (2,7 %) porodů bylo ukončeno extrakčně, porodnický forceps nebo vakuumentrakce. U císařského řezu byla v 16 313 (64,4 %) případech podána neuroaxiální anestezie. Z tohoto počtu činila 12 773 (78,3 %) spinální, 3 426 (21,0 %) epidurální a 114 (0,7 %) kombinovaná spinální a epidurální blokáda. U 49 411 (57,9 %) porodů byla podána nefarmakologická analgezie (hydroanalgezie, audioanalgezie, aromaterapie, akupresura/akupunktura, homeopatie, TENS). Systémová analgezie byla podána u 12 411 (14,5 %) porodů. Nalbuphin (Nalbuphin®) byl podán u 9 805 (79 %), N20:02 (ENTONOX®) u 1 489 (12,0 %) a pethidin (Dolsin®) u 1 117 (9 %) porodů. Remifentanil (Ultiva®) byl sporadicky podáván pouze na jednom pracovišti. Regionální analgezie byla podána u 16 344 (19,1 %) porodů. Z tohoto počtu činila 16 208 (99,16 %) epidurální analgezie, 131 (0,8 %) spinální, 5 (0,04 %) kombinovaná spinální a epidurální analgezie. U 517 (0,5 %) porodů byla podána paracervikální analgezie a u 755 (0,8 %) pudendální analgezie. Závěr: Národní přehled porodnické analgezie a anestezie v České republice z roku 2014 ve srovnání s předchozími lety dokládá vzestupný trend v zastoupení/použití regionální anestezie u císařského řezu. Dále byl zaznamenán významný nárůst nefarmakologických metod, vzestup epidurální analgezie a pokles systémové analgezie.

4. Sepse v souvislosti s těhotenstvím – aplikace nových doporučených postupů v praxi

A. Pařízek, V. Černý, M. Balík, J. Bláha, V. Adámková

Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

Sepse v těhotenství je závažnou příčinou mateřské mortality. Těžká seps s akutním orgánovým selháním je zatížena nemocniční mortalitou mezi 15–30 %, pokud se rozvine septický šok, pak mateřská mortalita činí až 40 %. Principem nových doporučených postupů je návod pro organizaci péče o těhotnou se známkami sepse, kdy jakákoliv významná změna zdravotního stavu / základních

fyzilogických funkcí nevysvětlitelná jinou příčinou by měla být považována u těhotné ženy za známku možného rozvoje sepse do doby jejího vyloučení. Těhotná žena s podezřením na sepsi by měla být přeložena na oddělení umožňující monitorování základních fyziologických funkcí. Nitrožilní podávání adekvátní antiinfekční terapie (antibiotika) by mělo být zahájeno co nejdříve, nejpozději do hodiny od momentu identifikace těžké sepse. V rámci organizačních opatření se doporučuje vypracování formalizovaného protokolu/standardu pro včasný záchyt těhotných se známkami sepse a definování procesu péče po aktivaci systému včasného varování na konkrétním pracovišti. Důležité je zavedení „systému časného varování“ (Rapid Response Systém – RRS), kdy k aktivaci systému může dojít už na podnět středního zdravotnického personálu. Smyslem systému „časného varování“ je zabránit u pacientů časové prodlevě v zahájení léčby. Časová prodleva v léčebném postupu zhoršuje klinický výsledek exponenciálně.

5. Perinatálne výsledky u žien nad 35, resp. 40 rokov vo FN Trenčín

P. Kaščák, N. Matušková, R. Gajdošík, D. Krempaská

Gyn.-pôr. klinika FN Trenčín

Cieľ štúdie: Cieľom retrospektívnej štúdie bolo analyzovať perinatálne výsledky u žien nad 35, resp. 40 rokov vo FN Trenčín a porovnať ich so skupinou mladších žien a s literárnymi údajmi. Materiál a metodika: V štúdiu sme podrobili retrospektívnej analýze všetky pôrody u žien starších ako 35, resp. 40 rokov v časovom období od 1. 1. 2012 do 29. 2. 2016 a porovnali sme ich s výsledkami v populácii žien do 35 rokov. Rodiace ženy sme rozdelili do troch skupín. Skupina A boli ženy do 35 rokov, skupina B ženy medzi 35–40 rokov a skupina C ženy nad 40 rokov. Výsledky: Za definované obdobie bolo na našej klinike 8 307 pôrodov, z ktorých bolo 1 208 ukončených cisárskym rezom (SC) (14,5 %). Perinatálna úmrtnosť bola 4,8 ‰. V skupine A porodilo 6 614 (79,6 %), v skupine B 1420 (17,1%) a v skupine C 273 žien (3,3 % pôrodov). SC bola vykonaná v skupine A v 13,2 %, v skupine B v 18,4 % a v skupine C v 27 %. Perinatologické ukazovatele v jednotlivých skupinách – vždy v poradí skupina A,B,C: preeklampsia (2,8% – 5,7% – 4,4%), HELLP syndróm (0,3% – 1% – 0,6%), diabetes mellitus I. typu (0,4% – 0,7% – 0,4%), diabetes mellitus II. typu (0,09% – 0,4% – 0,7%), gestačný diabetes (2,5% – 3,7% – 2,6%), intrahepatálna cholestáza gravidných (1,5% – 1,7% – 1,8%), hypotrofia plodu (1,9% – 3,6% – 2,6%), gemini (2,1% – 1,9% – 1,8%), dieťa ≥ 4000 gramov (10,4% – 8,2% – 8,4%), gravidita po asistovanej reprodukci (1,8% – 4,5% – 5,9%), plod v polohe koncom panvovým (4,1% – 6,1% – 6,6%), predčasný pôrod (9% – 7,8% – 7,3%), pôrod ukončený vakuumextraktorom (1,3% – 0,6% – 0%) a indukovaný pôrod (17,3% – 16% – 16,8%). Perinatálna úmrtnosť v skupine A bola 4,5‰, v skupine B 5,6‰ a v skupine C 7,3‰. Diskusia: V štúdiu sme potvrdili vyššiu pravdepodobnosť ukončenia pôrodu cisárskym rezom u žien nad 35 rokov. Toto riziko výrazne stúpa u žien nad 40 rokov, aj keď vek nie je na našej klinike indikáciou k ukončeniu gravidity cisárskym rezom. Pravdepodobnosť vaginálneho operačného ukončenia pôrodu naopak s vekom klesá. Napriek zvýšenej starostlivosti s vekom stúpa perinatálna úmrtnosť. S vyšším vekom stúpa výskyt preeklampsie, HELLP syndrómu, gestačného diabetu, intrahepatálnej cholestázy gravidných a hypotrofie. Významne stúpajú gravidity žien s diabetom II. typu a po technikách asistovanej reprodukcie. Zaujímavý je s vekom stúpajúci nárast polohy koncom panvovým. S vekom mierne klesá počet viacplodových gravidít. Klesá i počet predčasných pôrodov a makrozomických plodov. Percento indukovaných pôrodov je vo všetkých skupinách rovnaké. Pri prezentácii porovnávame naše dáta s literárnymi údajmi. Záver: V štúdiu sme potvrdili závislosť niektorých perinatologických ukazovateľov v závislosti na veku rodičiek. V súvislosti s neustále sa zvyšujúcim vekom rodiacich žien a odkladaním reprodukčných plánov sú uvedené dáta dôležité z hľadiska vývoja a smerovania perinatológie. Už dnes ovplyvňujú každodennú prax a menia incidenciu niektorých tehotenských patológií a rizikových faktorov.

Speciální očkovací program VZP ČR

Chraňte své pacienty před pásovým oparem a postherpetickou neuralgií.

Nyní příspěvek pro pojištěnce VZP na očkovací látku proti pásovému oparu až 2 000 Kč.

Více informací o programu a jeho podmínkách získáte na www.vzp.cz/pasovy-opar.



Speciální očkovací program VZP je určen pro osoby ve věku nad 50 let, které jsou pojištěny v VZP a jsou členy Klubu pevného zdraví. O příspěvek v maximální výši 2 000 Kč je možné žádat do 30. 11. 2016 nebo do vyčerpání stanoveného limitu pro první 2 000 pojištěnců. Očkování probíhá očkovací látkou ZOSTAVAX, kterou lze podávat osobám ve věku nad 50 let. Očkování je jednodávkové. Jako je tomu u všech očkovacích látek, nemusí očkování očkovací látkou ZOSTAVAX zajistit ochranu všech očkovanych jedinců. Tento přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím si pečlivě přečtěte příbalovou informaci. Vakcinační akce schválena Ministerstvem zdravotnictví ČR, č.j.: MZDR77954/2015-2/OVZ.

03-2017-VACC-1179222-0000

Zkrácená informace o léčivém přípravku

ZOSTAVAX® prášek a rozpouštědlo pro injekční suspenzi v předplněné injekční stříkačce (očkovací látka proti pásovému oparu (herpes zoster), živá)

Složení: Po rozpuštění obsahuje 1 dávka (0,65 ml): Virus varicellae (Oka/Merck) vivum attenuatum ne méně než 19 400 PFU. **Indikace:** indikován k prevenci herpes zoster a postherpetické neuralgie (PHN) související s herpes zoster u jedinců ve věku 50 let nebo starších. **Dávkování a způsob podání:** Jedincům je nutno aplikovat jednu dávku (0,65 ml). Potřeba podání posilovací dávky není známa. Očkovací látka se může podávat s.c nebo i.m., nejlépe do oblasti deltového svalu.* Za žádných okolností neaplikovat intravaskulárně. Použití přípravku pro prevenci primární infekce planými neštovicemi u dětí a dospívajících není relevantní. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, na kteroukoli pomocnou látku, na stopová rezidua (např. neomycin) v anamnéze; primární a získané stavy imunodeficiency; imunosupresivní terapie (včetně podávání vysokých dávek kortikosteroidů); aktivní neléčená tuberkulóza; těhotenství (dále je třeba zabránit otěhotnění 1 měsíc po očkování). **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Je nutno mít vždy k dispozici odpovídající léčbu a lékařský dohled pro případ vzácné anafylaktické/anafylaktoidní reakce. Alergie na neomycin se zpravidla projevuje jako kontaktní dermatitida (ta není kontraindikací pro aplikaci očkovací látky z živým virem). Přípravek Zostavax je živá atenuovaná očkovací látka k prevenci herpes zoster a její podání imunosuprimovaným nebo imunodeficientním jedincům může vést k propuknutí onemocnění. U pacientů, jimž byla podávána imunosupresivní léčba, je třeba před podáním přípravku Zostavax pečlivě ověřit obnovu funkce imunitního systému. Bezpečnost a účinnost přípravku Zostavax nebyla stanovena u dospělých osob s prokázanou infekcí virem HIV s průkazem imunosuprese nebo bez něj, nicméně studie bezpečnosti a imunogenity fáze II u dospělých pacientů s infekcí HIV se zachovanou funkcí imunitního systému (počet CD4+ T-lymfocytů ≥ 200 buněk/ μ l) byla dokončena. Jedincům se závažnou trombocytopenií nebo jinou poruchou srážlivosti krve se má očkovací látka podat subkutánně, protože tito jedinci mohou po intramuskulárních injekcích krváčet. Zostavax není indikován k léčbě HZ ani PHN. U jedinců se středně závažným až závažným akutním horečnatým onemocněním nebo infekcí se má imunizace odložit. Očkování nemusí zajistit ochranu všech očkovanych. Přenos: V klinických studiích s přípravkem Zostavax nebyl přenos viru u očkovací látce popsán. Zkušenosti s očkovacími látkami obsahujícími virus varicelly získané po uvedení na trh však naznačují, že vzácně může dojít k přenosu viru obsaženého v očkovací látce z očkovanych jedinců, u kterých se vyvinula vyrážka podobná vyrážce vyvolané virem varicelly, na vnímavé jedince. Přenos viru obsaženého v očkovací látce z jedinců, očkovanych očkovací látkou s virem varicelly, u nichž se nevyvinula vyrážka podobná vyrážce vyvolané virem varicelly, byl popsán rovněž. Jedná se o teoretické riziko při očkování přípravkem Zostavax. **Interakce:** Může být podán současně s inaktivovanou očkovací látkou proti chřipce jinou injekcí a do jiného místa vpichu. Zostavax a 23-valentní pneumokoková polysacharidová očkovací látka by neměly být podávány současně, protože jejich současné podávání v klinických hodnoceních vedlo ke snížení imunogenitě přípravku Zostavax. Proto se má zvážit podání těchto dvou očkovacích látek v odstupu nejméně 4 týdnů.* **Fertilita, těhotenství, kojení:** Údaje o podávání těhotným ženám nejsou k dispozici. Tradiční neklinické studie reprodukční toxicity jsou nedostatečné. Je však známo, že infekce přirozeně se vyskytující VZV někdy způsobuje postižení plodu. Zostavax není určen k podání těhotným ženám. V každém případě je nutno zabránit otěhotnění po dobu jednoho měsíce po očkování. Není známo, zda se VZV vylučuje do mateřského mléka. Protože se některé viry vylučují do mateřského mléka, vyžaduje podávání přípravku kojícím ženám opatrnost. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími nežádoucími účinky hlášenými v pilotních klinických studiích byly reakce v místě aplikace injekce. Nejčastějšími systémovými nežádoucími účinky byly bolest hlavy a bolest končetin. Většina z těchto lokálních a systémových nežádoucích účinků měla podle hlášení mírnou intenzitu. Závažné nežádoucí účinky související s očkovací látkou byly hlášeny u 0,01 % subjektů očkovanych přípravkem Zostavax a u subjektů, jimž bylo podáno placebo. V klinických studiích byla hodnocena celková bezpečnost u více než 57 000 dospělých osob očkovanych přípravkem Zostavax. V tabulce jsou také uvedeny další nežádoucí účinky, které byly hlášeny spontánně během sledování po uvedení na trh. Jelikož jsou tyto nežádoucí účinky hlášeny dobrovolně u populace neznámé velikosti, není možné spolehlivě určit jejich četnost nebo příčinnou souvislost s podáním očkovací látky. V důsledku toho byly četnosti výskytu těchto nežádoucích účinků odhadnuty podle nežádoucích účinků hlášených ve studiích SPS a ZEST (bez ohledu na souvislost s očkovací látkou uvedenou zkoušejícím lékařem). Infekce a infestace - Velmi vzácné: Varicella, Herpes zoster (kmen obsažený v očkovací látce); Poruchy krve a lymfatického systému - Méně časté: Lymfadenopatie (krk, podpaží); Poruchy imunitního systému - Vzácné: Hypersenzitivní reakce včetně anafylaktických reakcí; Poruchy nervového systému - Časté: Bolest hlavy; Poruchy oka - Velmi vzácné: Nekrotizující retinitida (pacienti postupující imunosupresivní léčbu)*; Gastrointestinální poruchy - Méně časté: Nauzea; Poruchy kůže a podkožní tkáň - Časté: Vyrážka; Poruchy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáň - Časté: Artralgie, myalgie, bolest končetin; Celkové poruchy a reakce v místě aplikace - Velmi časté: Místo aplikace injekce: Erytém^{1,2}, bolest/tlívost^{1,2}, pruritus^{1,2}, otok^{1,2}; Místo aplikace injekce: indurace¹, hematom¹, teplo¹, vyrážka, pyrexie; Časté: Kopřivka v místě podání. Popis vybraných NÚ, Zvláštní populace a Další studie viz SPC 4.8, bod c, d, e. **Léková forma:** Prášek a rozpouštědlo pro injekční suspenzi v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte a převažujte chlazené (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** SANOFI PASTEUR MSD, SNC, 162 avenue Jean Jaurès, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/06/341/011. **Datum poslední revize textu:** 11. 2. 2016.

¹ nežádoucí účinky z klinických studií, ² vyžádané nežádoucí účinky do 5 dnů po očkování

* *Všimněte si prosím změn v informacích o léčivém přípravku.*

TENTO PŘÍPRAVEK JE VÁZÁN NA LÉKAŘSKÝ PŘEDPIS A NENÍ HRAZEN Z PROSTŘEDKŮ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ. DŘÍVE NEŽ PŘÍPRAVEK PŘEDPÍŠETE, SEZNAMTE SE, PROSÍM, S ÚPLNÝM SOUHRNEM ÚDAJŮ O PŘÍPRAVKU.

BLOK 6. PERINATOLOGIE A FETOMATERNÁLNÍ MEDICÍNA II.

1. Spôsob voľby pôrodu u žien vo vyššom veku

I. Rusňák, K. Plank, E. Dedinská, K. Jandová, E. Koričanská, Z. Seresová,

1. gynekologicko-pôrodnická klinika LF SZU a UNB

V súčasnosti pribúda žien, ktoré z rôznych dôvodov odsúvajú plánovanie materstva do vyššieho veku. Tento trend označujeme termínom neskoré materstvo a definujeme ho ako materstvo vo veku 35 rokov a viac pri narodení prvého dieťaťa. V rozpore s trendom neskorého materstva sú charakteristiky reprodukčného zdravia a výkonnosti, lebo prirodzená reprodukčná schopnosť sa u žien nepredlžuje. Skupina starších rodičiek a najmä prvorodičiek je v centre z áujmu pôrodnikov, neonatológov, pediaterov, genetika a dôvodnej medicíny, ale aj psychologov, sociológov a demografov. Plánovanie tehotnosti a jej priebeh vo vyššom veku je sprevádzaný zvýšeným rizikom, ktoré súvisí s vekovo podmienenou sub- až infertilitou, maternálnou komorbiditou, zvýšeným výskytom tehotenských a peripartálnych komplikácií. Preukázateľne vyššie riziko má výskyt spontánnych potratov, ektopickej tehotnosti, placentárnych komplikácií, preeklampsie, viacplodovej tehotnosti, hypertenzie, gestačného diabetu a vnútromaternicového úmrtia plodu. S vekom stúpa výskyt chromozómových abnormalít a vrodených vývojových chýb plodu. Tieto skutočnosti podmieňujú zvýšenú perinatálnu a maternálnu morbiditu a mortalitu. Z hľadiska manažmentu sú zvýšené nároky na prenatálnu starostlivosť, prenatálnu diagnostiku, peripartálnu starostlivosť, neonatologickú a následnú pediatrickú starostlivosť. Autori sa v práci venujú definícii a terminológii neskorého materstva a dôvodmi odsunu materstva do vyššieho veku. Pre rozhodnutie sú významné psychologické, sociálno-demografické, náboženské, zdravotné, ekonomické faktory, prípadne ich kombinácia. Následkom odsunu materstva do posledných rokov fertillného obdobia klesá priemerný počet detí s v rodine vyjadrený poklesom ukazovateľa fertility rate, ktorý sa vo vyspelých krajinách pohybuje hlboko pod hodnotou 2,0. V súvislosti s vedením pôrodu zastávajú autori názor, že samotný vek rodičky je síce významným pôrodnickým faktorom, samostatne však nie je určujúci pre spôsob vedenia pôrodu. Zvýšená frekvencia cisárskych rezov vyplýva z frekvencie tehotenských komplikácií, z ktorých mnohé majú priamy vplyv na perinatálnu a maternálnu morbiditu a mortalitu. Pri voľbe vedenia pôrodu významne zohľadňujeme tiež pôrodnickú anamnézu a psychologický status staršej prvorodičky. Práca je doplnená štatistickým údajmi z literatúry, NCZI SR, analýzou klinického materiálu 1. gyn. pôr. kliniky SZU a UNB a kazuistikou. V závere autori formulujú zásadné odporúčania pre manažment perinatálnej starostlivosti v tejto skupine rodičiek.

2. Porušená placentácia vo vzťahu k operačným výkonom na maternici

A. Maľová, B. Némethová, J. Daniš, M. Jezberová

I. gynekologicko-pôrodnická klinika LF UK a UNB

Placenta je fascinujúci, ale veľmi často ignorovaný orgán poskytujúci látkovú výmenu plodu. Patológia placenty sa môže týkať jej veľkosti, tvaru, uloženia v maternici, jej echoštruktúry /kalcifikáty, cysty/, vaskulárnych abnormalít, hematómov, predčasného odlučovania a patológie inercie placenty. Patológia inercie placenty: Placentárne trofoblastové bunky majú invazívny charakter podobne ako maligne bunky. Ak bunky vilózneho trofoblastu invadujú do tkaniva so skromnou resp. absentujúcou deciduou vzniká patologická inercia placenty. Placenta accreta vzniká, ak vilózny trofoblast invaduje do decidui. Placenta inccreta vzniká na podklade invázie vilózneho trofoblastu do myometria. Placenta percreta vzniká, ak vilózny trofoblast prerastá cez myometrium na serozu uteru resp. na okolité orgány. Prevalencia porúch placentárnej inercie sa pohybuje 1/2500 gravidít. Pri placenta praevia supponujeme v 10 % prípadov aj poruchu invázie trofoblastu. So stúpajúcim počtom cisárskych rezov ako aj iných uterinných výkonov kyretáže nevynímajúc, sme svedkami výrazného navýšenia počtu pacientok s inváziou trofoblastu. Totiž, práve v mieste jazvy dochádza k porušenej invázii trofoblastu. V diagnostike porúch placentárnej inercie predstavuje zlatý štandard ultrasonografická diagnostika. V sonografickom obraze hľadáme absenciu retroplacentárnej echonegatívne línie, prítomnosť placentárnych lakún nepravidelného tvaru s turbulentným flow a aliasing fenoménom, s obrazom švajčiarskeho syra, stenšenie myometria, bulging placenty do močového mechúra. Prednáška prináša prehľad DR a FPR jednotlivých sonografických znakov v USG diagnostike porušenej placentácie. Magnetická rezonancia je prínosom v diagnostike iba v prípade uloženia placenty na zadnej stene, resp. v komplikovaných prípadoch. Tzv. dvojkrokový zobrazovací protokol /1. USG, 2. MRI/ môžeme využiť na optimalizáciu diagnózy. Správna prenatálna diagnostika porušenej placentácie v rizikovej skupiny tehotných /stavy po predchádzajúcom operačnom výkone na maternici/ je základom redukcie krvných strát a perinatálnej morbidity a mortality. Prednáška prináša štatisticky spracované celoslovenské údaje výskytu a následného operačného riešenia porušenej placentárnej invázie za roky 2013 a 2014. Po vzhľadnutí dostupných údajov je na mieste sa zamyslieť nad evakuáciami dutiny maternice pre bezprízkaový zamlčaný potrat rovnako ako aj nad každým operatívnyim riešením uteru u ženy vo fertillnom veku.

3. V ktorých skupinách rodičiek môžeme bezpečne znižovať podiel cisárskych rezov?

J. Záhumenský, J. Dečková, I. Dečkov, R. Hlávček, O. Lachký

Gyn.-pôr. klinika FN Trnava

Počet cisárskych rezoch v oboch republikách dramaticky narastá. V poslednej dobe sa začínajú objavovať dôkazy o celoživotných následkoch cisárskych rezov na zdravie detí aj matiek. Preto vznikajú pôrodnické iniciatívy na zamedzenie tohto negatívneho trendu.

Materiál a metodika: Súbor tvoria rodičky, ktoré porodili na GPK FN Trnava v čase od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2015. Súbor bol rozdelený na rok 2014 a rok 2015. V roku 2015 boli prijatá nasledovné opatrenia: primárne cisárske rezy má právo indikovať iba vedenie kliniky, boli guidelines na indukcie pôrodov, na vedenie VBAC a na augmentáciu pôrodnej činnosti oxytocínom. Epidurálna analgézia bola oslobodená od poplatku. Autori analyzujú oba súbory podľa Robsonovej klasifikácie. Výsledky: V roku 2014 prebehlo 1399 pôrodov, z toho 484 cisárskym rezom (34,6 %), v roku 2015 prebehlo 1532 pôrodov, z toho 338 cisárskym rezom (22,1 %). Rozdiel je štatisticky významný na hladine $p < 0,0001$. V rovnakom období zaznamenali aj nárast počtu epidurálnych analgézií zo zo 145 (10,4 %) na 360 (23,5 %), rovnako bol zistený aj nárast vaginálnych extrakčných operácií, forceps z 33 (2,3 %) na 60 (3,9 %) a vakuumextrakcii z 0 na 12 (0,8 %). Peripartálne úmrtie dieťaťa bez vývojových vädí nebolo v tom čase zaznamenané, deti s Apgarovej skóre menej ako 7 v 5. minúty bolo v roku 2014 1 a v roku 2015 3, rozdiel nie je štatisticky významný. Záver: Schvalovaním indikácií k primárnym cisárskym rezom komisiou možno významne znížiť počet žien, ktoré nedostanú šancu na prirodzený pôrod, rovnako aj dôsledným zavedením zásad pre indukcie a augmentácie pôrodu a navýšením počtu epidurálnych analgézií možno významne znížiť percento akútnych cisárskych rezov. Je však nutné počítať s navýšením počtu vaginálnych extrakčných operácií.

4. Menežment pacientiek s ťažkým defektom jazvy po cisárskom reze

E. Dosedla, P. Calda

Gynekologicko-pôrodnická klinika, 1. súkromná nemocnica Košice-šaca, a.s.

Cieľ: Cieľom našej štúdie bolo zhodnotiť výsledky laparoskopickej liečby žien s ťažkým defektom jazvy po cisárskom reze a syndrómom jazvy po cisárskom reze. Materiál a metodika: Prospektívna longitudinálna štúdia bola vykonaná u 11 žien, ktoré mali ťažkosti označované ako syndróm jazvy po cisárskom reze (SC). Ultrazvukové vyšetrenia bolo u všetkých žien vykonané transvaginálne na 1 deň pred a 6 mesiacov po laparoskopii. Demografické a klinické údaje sme zaznamenali 1 deň pred a 6 mesiacov po laparoskopii. Výsledky: Totálna dehiscencia jazvy po cisárskom reze bola prítomná v 72,7 % (8/11) žien. Pred laparoskopiou malo všetkých 11 žien ťažký defekt jazvy po cisárskom reze (koeficient dehiscencie $DRC \leq 0,25$), ale aj 6 mesiacov po laparoskopii malo stále 81,8 % (9/11) žien ťažký defekt jazvy po SC. Priemerná hrúbka jazvy po SC meraná 1 deň pred laparoskopiou bola $0,3 \pm 0,4$ mm a 6 mesiacov po laparoskopii $1,3 \pm 1,0$ mm ($p = 0,101$). Po laparoskopii bolo 63,6 % (7/11) žien úplne bez klinických príznakov, a medzi zvyšnými štyrmi bola najčastejšou komplikáciou dyspareunia v 36,4 % (4/11, $p = 0,005$), potom chronická páňvová bolesť v 27,3 % (3/11, $p = 0,014$), dysmenorea v 18,2 % (2/11, $p = 0,01$), a najlepšie výsledky po laparoskopii boli dosiahnuté v liečbe postmenstruačného špinenie, ktoré po laparoskopii udávalo len 18,2 % (2/11, $p < 0,001$) žien. Záver: Zlepšenie klinického stavu u pacientiek so syndrómom jazvy po cisárskom reze nemusí po laparoskopii nutne znamenať zlepšenie sonomorfologie uterotickej rany. Operačné riešenie by malo byť určené len ženám s príznakmi syndrómu jazvy po cisárskom reze a ťažkým defektom uterotickej rany. Podpořeno MZ ČR – RVO VF64165

5. CRP – biomarker bezpečného ukončenia pooperačnej hospitalizácie po cisárskych rezoch

M. Mlynček, T. Sollár, M. Lukáčová, T. Kapusta, E. Lajtmán, M. Matejka

Gyn.-pôr. klinika FN Nitra a UKF v Nitre

Typ štúdie: prospektívna kohortová štúdia z klinického pracoviska. Cieľ práce: analýza hladín C-reaktívneho proteínu (CRP) 3. pooperačný deň (POD) po cisárskych rezoch s cieľom overiť cut off hodnotu bezpečného ukončenia pooperačnej hospitalizácie. Klinický súbor a metodika: u všetkých pacientok po cisárskych rezoch (115 akútnych a 119 elektívnych s perioperačnou ATB profylaxiou Axetin 1,5 g v 3 dávkach po zakleňovaní pupočníka) za obdobie od 1. 11. 2015 do 31. 1. 2016 sme vyšetřili 3. pooperačný deň nalačno hodnotu CRP nefelometrickou metódou na analyzátoře Dimension Vista® System v laboratóriu vo FN Nitra. Cez počítačový nemocničný systém a analýzou dekurzov sme vyhodnocovali pooperačný priebeh do ukončenia hospitalizácie. Prediktívnu hodnotu CRP z hladiska infekčných komplikácií sme hodnotili pomocou koeficientu AUC (oblasť pod krivkou) štatistickej metódy ROC krivky. Výsledky: U 234 sekcií bola $\bar{0} \pm SD$ hladina CRP 3. POD $81,6$ mg/l $\pm 42,3$ mg/l s rozpätím od 2,9 do 237. U akútnych sekcií bola hladina CRP $90,9 \pm 45,9$, u elektívnych sekcií $72,5 \pm 36,4$. U 227 sekcií bez pooperačných komplikácií bola hladina CRP $79,2 \pm 40,2$, u 7 sekcií s komplikáciami bola hodnota CRP $157 \pm 38,9$. Infekčné komplikácie zahrňovali 4x endomyometritis s absolútnymi hodnotami CRP 129, 132, 148, 178, 1x katar horných ciest dýchacích s CRP 237, 1x subileus po peripartálnej hysterektómii s CRP 131 a 1x mastitída puerperalis s CRP 148. Pri cut off hodnote CRP 100 je senzitivita 100%, špecificita 74%, pozitívna prediktívna hodnota 10,6% a negatívna prediktívna hodnota 100%. Oblasť pod ROC krivkou (AUC) je 0,921 s 95% intervalom spoľahlivosti (0,879–0,952) a Youdenov index J má hodnotu 0,872. Záver: V našej štúdií sme preukázali vysokú prediktívnu hodnotu CRP nad 100 mg/l z hladiska predikcie infekčných pooperačných komplikácií po cisárskych rezoch. Hodnota CRP pod 100 mg/l umožňuje bezpečné ukončenie hospitalizácie a eliminuje potrebu použitia ďalších diagnostických metód. Doporučujeme stanovenie CRP 3. pooperačný deň využívať na všetkých pracoviskách ako obligátne vyšetřenie pred ukončením hospitalizácie.

6. Je vaginálny pôrod po cisárskom reze bezpečný?

P. Kaščák, R. Gajdošik, M. Gaman, N. Matušková, M. Hlaváčik

Gyn.-pôr. klinika FN Trenčín

Cieľ štúdie: Cieľom retrospektívnej štúdie bolo definovať úspešnosť vaginálne ukončeného pôrodu po predchádzajúcom cisárskom reze (VBAC) a porovnať výsledky v skupinách VBAC, elektívneho a akútného opakovaného cisárskeho rezu. Materiál a metodika: V štúdií sme podrobili retrospektívnej analýze všetky pôrody po jednom predchádzajúcom cisárskom reze na našej klinike za obdobie 14 rokov (2002–2015). Samostatne sme analyzovali možnosť vaginálneho pôrodu po dvoch predchádzajúcich cisárskych rezoch. Výsledky: Za definované obdobie 14 rokov bolo na našej klinike 21 518 pôrodov, z ktorých bolo 3 530 cisárskych rezov (16,4 %). 1 537 žien (7,1 %) bolo po jednom predchádzajúcom cisárskom reze. Elektívny iteratívny cisársky rez bol indikovaný u 825 žien (53,7%). Do skupiny pokusu o vaginálny pôrod bolo zaradených 712 žien (46,3 %). Úspešne bol pôrod vaginálne ukončený v 569 prípadoch (80 %) a v 143 prípadoch (20 %) bolo nutné vykonať intrapartálny akútny iteratívny cisársky rez. Vo všetkých skupinách žien neboli zistené signifikantné rozdiely v perinátálnej mortalite a morbidite detí ani komplikácií u žien (ruptúra uteru, nutnosť hysterektómie, poranenie močového mechúra). V rokoch 2009–2015 sme vykonali podrobnejšiu analýzu úspešného VBAC v závislosti na niektorých pôrodných ukazovateľoch. Dosiahli sme úspešnosť VBAC v podskupine žien so spontánnym pôrodom v anamnéze 91,5 %, bez spontánného pôrodu v anamnéze 70,1 %, so spontánnym začiatkom pôrodu v 82,3 %, pri nutnosti indukcie 58,2%, u novorodencov < 4000 gramov 79,6 %, u novorodencov ≥ 4000 gramov 64,8 % a u žien s anamnézou poruchy pôrodného mechanizmu až v 69,2 %. Najčastejšou indikáciou k akútnemu iteratívnomu cisárskemu rezu bol nepostupujúci pôrod a hrozíaca hypoxia plodu. Samostatne uvádzame prvé skúsenosti pokusu o vaginálny pôrod u žien po dvoch predchádzajúcich cisárskych rezoch. Záver: V našej štúdií sme potvrdili vysokú úspešnosť vaginálne vedeného pôrodu po jednom predchádzajúcom cisárskom reze, ktorá je spojená s nízkym rizikom komplikácií u matky i plodu. V porovnaní s literatúrou, kde sme po boome pokusu o VBAC svedkami dramatického poklesu tohoto postupu, ostáva percento spontánnych vaginálnych pôrodov po jednom predchádzajúcom cisárskom reze na našej klinike stabilné v dlhodobom časovom horizonte. V poslednom období sme v prísne selektovanej populácii žien umožnili aj pokus o vaginálny pôrod po dvoch predchádzajúcich cisárskych rezoch.

7. Tlak na fundus – Kristellerova exprese – realita a kontroverse

I. Bydžovská, M. Krausová, P. Černý

Gynekologicko-pôrodnické odd. KN Liberec

Pomoc rodiče při tlačení ve II. době porodní (tlak na děložní fundus, fundal pressure, Kristellerova exprese) patří mezi tzv. porodnické operace – od roku 1867. Spočívá v přiložení rukou na horní část dělohy a tlak směrem k pávni. A. Roztočil v učebnici Moderní porodnictví postup popisuje spolu s výčet kontraindikací, možných negativních důsledků a poznámkou, že je to metoda v odborné literatuře většinou nedoporučovaná. Kontraindikace pro použití zahrňují například přechozí porod císařským řezem nebo jinou děložní operaci, přítomnost myomů, nepřítomnost děložních kontrakcí a jako relativní kontraindikaci také hrozící nebo akutní tíseň plodu, která by se použitím přidržení fundu mohla zhoršit. Výčet komplikací způsobených touto technikou pak zahrnuje rupturu dělohy, rozvoj DIC, poruchy přisunu kyslíku z důvodu stlačení pupečníku, poranění vnitřních orgánů matky a/nebo dítěte, závažné trhliny hráze. V roce 2011 proto výbor sekce perinální medicíny České gynekologicko-pôrodnické společnosti (ČGPS) vytvořil doporučený postup Pomoc rodiče při tlačení ve II. době porodní, včetně indikací a kontraindikací a podmínek k provedení. Na našem pracovišti jsme provedli prospektivní 6měsíční studii na kohortě 554 rodiček s výsledky, které se v počtu komplikací a sledovaných parametrů neliší od kontrolní skupiny rodiček.

8. Porovnání incizionální a epidurální analgézii v léčbě pooperační bolesti po císařském řezu

M. Huser¹, P. Janků¹, H. Harazim², P. Štourač³, J. Zemanová², D. Seidlová⁴, P. Ventruba¹, R. Gal²

¹) Gynekologicko-pôrodnická klinika LF MU a FN Brno

²) Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF MU a FN Brno

³) Klinika dětské anesteziologie a resuscitace LF MU a FN Brno

⁴) Anesteziologicko-resuscitační oddělení FN Brno

Císařský řez (SC) jako typická laparotomická operace je spojen s intenzivní a okamžitou pooperační bolestí (PB). Podávání opioidních analgetik (OA) snižuje efektivně její intenzitu, nicméně může vyvolávat nežádoucí účinky. Pooperační epidurální analgézii (EA) představuje efektivní možnost léčby PB. Metody moderní incizionální analgézii (IA) zajišťují kontinuální přísun anestetika přímo do operační rány a efektivně tlumí PB. Cílem naší randomizované prospektivní studie je porovnání techniky EA a IA při tlumení PB v období prvního dne po SC. Materiál a metodika: Do studie bylo zařazeno 78 rodiček podstupující akutní SC ve 38.–41. týdnu těhotenství bez dalších komorbidit. Pacientky byly v době indikace SC randomizovány do dvou skupin s rozdílnou formou léčby PB. Ženy vyžadující EA během porodu dostávaly po operaci do epidurálního katetru bupivakain a sufentanil (skupina EA). Druhé skupině pacientek byl v průběhu SC v celkové anestézii implantován do operační rány systém kontinuální IA Paninfuzor (Baxter) uvolňující do rány anestetikum bupivakain (skupina IA). Intenzita PB byla u všech pacientek hodnocena na vizuální analogové škále (VAS) od 0 (bez bolesti) do 10 (max. možná bolest). Pokud hodnota PB byla větší než 4, bylo aplikováno OA piritramid (tzv. dodatečná dávka analgetika, DDA). V období 24 hodin po SC byla hodnocena intenzita PB za pomoci VAS a počet vyžadovaných DDA. Pacientky dále pomoci dotazníku hodnotily celkovou spokojenost s tlumením PB, výskyt nauzey a zvracení, kvalitu spánku, cefaleu, vertigo, pocení, třesavku a chuť k jídlu. Ke statistické

analýze byl použit Mann-Whitney test pro spojité proměnné a Fisherův test pro nominální hodnoty. Výsledky: Pacientky ve skupině EA (n=36) hodnotily PB první pooperační den hodnotou 4,4±1,8 na VAS, rodičky ve skupině IA (n=36) udávaly hodnotu PB na VAS 4,4±1,3 (p=0,972). Počet DDA v průběhu prvních 24 hodin po operaci rovněž nebyl v obou srovnávaných skupinách statisticky signifikantní (2,3±0,9 u EA vs. 2,4±0,9; p=0,301). Při srovnání dalších parametrů hodnocených dotazníkem bylo zjištěno statisticky signifikantně více případů vertiga u žen léčených pomocí IA (22,2 % vs. 72,2 %, p< 0.001). Rozdíly v ostatních hodnocených parametrech nebyly mezi oběma metodami statisticky významné. Závěr: Technika IA vykazovala stejnou účinnosti jako metoda EA při tlumení PB v období prvního dne po císařském řezu. S výjimkou vertiga byly obě metody srovnatelné rovněž z hlediska výskytu nežádoucích účinků, kvality spánku a celkové spokojenosti pacientek s tlumením PB.

9. Využití syntetického osmotického dilatátoru před indukci porodu: mezinárodní observační elektronický registr

J. Záhumenský, J. Gupta, L. Hruban, P. Janku, J. Meier, M. Priyanka

Gyn.-pôr. klinika FN Trnava

Účel: Účelem tohoto sběru dat je monitorování poporodní klinické praxe při aplikaci syntetického osmotického dilatátoru pro zrání děložního hrdla před indukci porodu. Hlavní pozornost byla věnována podílu císařských řezů. Dále se zaměřujeme na potvrzení bezpečnosti a snášenlivosti syntetických osmotických dilatátorů v běžné klinické praxi a poskytnutí doporučení ohledně počtu zavedených dilatátorů a doby jejich působení in situ. Metody: Jedná se o průběžnou analýzu 2letého prospektivního observačního mezinárodního multicentrického sběru dat, který byl prováděn na 6 studijních pracovištích v 5 zemích. Demografické a procedurální detaily a informace o poporodních komplikacích u žen podstupujících indukci porodu po použití syntetických osmotických dilatátorů byly zaznamenány do standardizovaného formuláře a zadány do systému elektronických dat k analýze. Výsledky: V době od 1. května 2015 do 11. listopadu 2015 se studie zúčastnilo 214 žen. Jejich průměrný věk byl 30 let, 63,5 % bylo nulipar, 23,4 % mělo předchozí vaginální porod a 13,1 % mělo předchozí císařský řez. Před indukci porodu byly použity syntetické osmotické dilatátory v počtu jedné až pět tyčinek. U jedné třetiny pacientek (30 %) byly použity čtyři dilatátory. Průměrná úroveň císařských řezů činila 30,4 % a lišila se podle jednotlivých studijních pracovišť v rozsahu 20–33 %. Celkem u 11,2 % žen došlo po působení dilatátoru ke spontánnímu vaginálnímu porodu bez použití jakékoliv další metody indukce. Průměrná hodnota nárůstu Bishop skóre byla +3,7. Na základě KTG vyšetření provedeného během zrání děložního hrdla nebyl zaznamenán žádný případ děložní hyperstimulace nebo fetální patologie. Celkem 10,3 % pacientek mělo děložní stahy se zavedeným dilatátorem. Komplikace nebo diskomfort během zrání děložního hrdla byly zaznamenány u 8,3 % žen. Maternální infekční komplikace byly pozorovány v 5 případech (2,3 %). Nebyla zjištěna žádná souvislost mezi maternální infekcí a použitím osmotického dilatátoru. V analyzovaném souboru se nevyklyly žádné neonatální infekční komplikace. Závěr: Podařilo se nám prokázat, že aplikace osmotických dilatátorů je bezpečná a účinná metoda pro zrání děložního hrdla před indukci porodu. Nebyly zjištěny žádné vážné nežádoucí účinky pro matku a novorozence. Syntetický osmotický dilatátor může přispět k zajištění vysokého počtu vaginálních porodů. Navíc má potenciál předejít nechtěným císařským řezům u vysoce rizikových pacientek. Jedná se o ekonomicky přínosné řešení, protože působení osmotického dilatátoru může být v případech s nízkým stupněm rizika u matky a plodu zajištěno i v domácím prostředí.

10. Diagnostika strukturálních vrozených vývojových vad v rámci screeningu v I. trimestru

D. Smetanová, M. Hynek, D. Stejskal

Gennet s.r.o., Praha

Cíl: zhodnotit potenciál ultrazvukového vyšetření v prvním trimestru v detekci strukturálních vrozených vývojových vad ve screeningovém centru, bez nutnosti navýšení času vyšetření, personálního či přístrojového vybavení. Metoda: retrospektivní hodnocení diagnostiky strukturálních VVV v rámci screeningu I. trimestru v letech 2013–2015 v našem centru fetální medicíny. Ultrazvuková vyšetření provádělo 6 FMF certifikovaných sonografistů na přístrojích VIVID 7 Pro a VOLUSON E8 (GE Medical systems). Ultrazvuková vyšetření byla prováděna transabdominálně/ transvaginálně pomocí protokolu dle doporučení ISUOG Practice Guidelines: performance of first-trimester fetal ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol 2013;41:102-113, 11.–13.+6 t. gr. Do studie byly zahrnuty pacientky, u nichž byla diagnostikována morfoloická VVV plodu a které měly v našem centru ultrazvukové vyšetření jak v I., tak ve II. trimestru gravidity. Výsledky: od ledna 2013 do prosince 2015 jsme provedli 18 709 vyšetření v I. trimestru a 39 833 ve II. trimestru. Celkem jsme diagnostikovali 607 strukturálních VVV. 369 strukturálních VVV bylo diagnostikováno u pacientek, které byly vyšetřovány v našem centru v I. i II. trimestru gravidity. Z toho 197 (53 %) strukturálních VVV bylo diagnostikováno v I. trimestru. Normální hodnota NT byla u 143 (73 %) plodů. Ve 47 % byly strukturální VVV součástí chromozomální aberace v I. trimestru a v 10 % ve II. trimestru. V I. trimestru byly zachyceny v 100 % rozštěpové vady přední stěny břišní, ve 36 % vady končetin, v 53 % vady CNS, v 75 % vrozené VVV srdce, v 60 % rozštěpové vady neurální trubice, v 54 % vady v orofaciální oblasti, ve 27 % vady gastrointestinálního traktu, ve 14 % vady uropoetického systému, v 9 % vady hrudníku a v 35 % jiné strukturální vady. Závěr: v našem souboru jsme diagnostikovali 365 strukturálních VVV, z toho 245 (67 %) závažných. Z 245 závažných strukturálních aberací bylo 85 % diagnostikováno v I. trimestru. V I. trimestru požádalo z důvodu VVV o ukončení těhotenství 92 % žen, oproti 37% ve druhém trimestru. Pokud se žena rozhodne pro ukončení těhotenství v I. trimestru, je tento výkon z pohledu medicínského, sociálního, psychologického i ekonomického méně náročný oproti ukončení těhotenství ve II. trimestru. Na druhou stranu časná diagnostika VVV vyžaduje kvalitní přístrojové, personální vybavení, dostatek času na vyšetření a dostupnost podrobných genetických vyšetření, abychom pacientce mohli poskytnout co nejvíce informací o vrozené vadě a dopadu na morbiditu/mortalitu plodu.

11. Screening gestačního diabetu v praxi

P. Šimják, K. Anderlová, H. Krejčí, V. Krejčí, P. Pařízková, A. Pařízek

Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

V roce 2013 přijala Světová zdravotnická organizace nová doporučení pro screening a diagnostiku gestačního diabetu vycházející z doporučení IADPSG (Mezinárodní asociace pro studium diabetu v těhotenství). Došlo jak ke změně metodiky, tak i k vytvoření nových mezních hodnot oGTT, které přímo reflektují výskyt těhotenských a neonatálních komplikací gestačního diabetu. Česká diabetologická a Česká gynekologicko-porodnická společnost rovněž přijaly tato doporučení a nyní se je také v podobě nového doporučeného postupu snaží implementovat do každodenní praxe. Cíl: Cílem studie je vyhodnotit, jak v současnosti probíhá screening gestačního diabetu v ČR, a upozornit na nejčastější chyby, které mohou vést jak k falešné pozitivitě, tak i negativitě screeningu. Metody: Anonymní dotazníky byly rozdány v tištěné podobě v prenatální ambulanci Gynekologicko-porodnické kliniky VFN a 1. LF UK v Praze a byly rovněž k dispozici na webu www.porodnice.cz pro ženy z jiných regionů ČR. Výsledky: Těhotné odevzdaly 958 plně vyplněných dotazníků a dalších 1 041 bylo vyplněno online. Mezi respondentkami byly ženy ze všech krajů ČR. U 94 % žen byl proveden screening na gestační diabetes mellitus a ve 13 % byl výsledek pozitivní. Z údajů získaných z dotazníků vyplývá, že alespoň jedna metodická chyba se při provádění screeningu vyskytla v naprosté většině případů. Ve 22 % nebyly v interpretaci testu zohledněny nové mezní hodnoty vycházející ze studie HAPO. 26 % žen nebylo odesláno k diabetologovi, přestože u nich byl diagnostikován GDM. Závěr: Chyby v provádění screeningu GDM jsou velice časté. Tyto chyby mohou vést k falešné pozitivitě nebo negativitě screeningu. Standardizace provádění screeningu je nutná k zajištění adekvátní péče o těhotné a objektivnímu hodnocení našich výsledků.

Sinela

0,15 mg/0,02 mg tablety

desogestrelum a ethinylestradiolum

3 x 21 tablet

540 Kč*

Sinela 0,15 mg/0,02 mg
tablety

desogestrelum a

ethinylestradiolum

3 x 21 tablet

Sinela 0,15 mg/0,02 mg
tablety

desogestrelum a ethinylestradiolum

1 x 21 tablet

210 Kč*

1 x 21 tablet

Hormonální antikoncepce K zabránění otěhotnění

Zkrácená informace o přípravku Sinela 0,15 mg/0,02 mg tablety

Indikační skupina: progestageny a estrogeny, fixní kombinace **Složení:** desogestrelum 0,15 mg a ethinylestradiolum 0,02 mg **Indikace:** Kontraceptivum. **Dávkování a způsob užívání:** 1) **Dávkování:** Tablety se užívají v označeném pořadí každý den přibližně ve stejnou dobu. Během 21 po sobě následujících dnů se užívá jedna tableta denně. Užívání z nového balení začíná po sedmidenním intervalu bez užívání tablet. Během této doby bez užívání tablet obvykle dojde ke krvácení z vysazení. Toto krvácení většinou začne 2.–3. den po užití poslední tablety a nemusí skončit před zahájením užívání z dalšího balení. 2) **Způsob použití:** Nepředcházel-li užívání hormonální antikoncepce (v předchozím měsíci) Užívání tablet se zahájí první den přirozeného cyklu ženy (tzn. první den jejího menstruačního krvácení). Zahájit užívání lze i během 2.–5. dne, ale doporučuje se použít navíc během prvních 7 dnů užívání tablet prvního cyklu bariérovou metodu kontracepce.

Kontraindikace: Kombinovaná hormonální antikoncepce (CHC) by se neměla používat u následujících stavů. Pokud se některý z těchto stavů objeví poprvé v průběhu užívání CHC, užívání přípravku je třeba okamžitě ukončit.

- žilní tromboembolismus – současný nebo v anamnéze, plicní embolie, známá predispozice, velký chirurgický zákrok
- Arteriální tromboembolismus – současný, nebo v anamnéze, prodromální stav (angina pectoris). Cerebrovaskulární onemocnění, známá predispozice, anamnéza migrény s fokálními neurologickými příznaky
- diabetes mellitus s cévními příznaky;
- závažná hypertenze;
- závažná dyslipoproteinémie.
- pankreatitida.
- závažné onemocnění jater, nádory jater
- známé nebo suspektní malignity ovlivněné pohlavními steroidy (např. pohlavních orgánů nebo prsu).
- hyperplazie endometria.
- vaginální krvácení s neidentifikovanou příčinou.
- hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku.

Významné interakce: Interakce mezi perorálními kontraceptivy a jinými léky mohou být příčinou krvácení z průniku a/nebo selhání perorálního kontraceptiva. V literatuře byly hlášeny následující interakce. **Jaterní metabolismus:** Mohou se vyskytnout interakce s léky indukujícími mikrosomální enzymy, což může vést ke zvýšené clearance sexuálních hormonů (např. hydantoiny (např. fenytoin), barbituráty, primidon, karbamazepin, rifampicin, rifabutin, bosentan a léky proti infekci HIV (např. ritonavir, nevirapin a nelfinavir) a snad též oxkarbazepin, modafinil, topiramát, felbamát, griseofulvin a přípravky obsahující třezalku tečkovanou Nenukleosidové inhibitory reverzní transkriptázy (např. nevirapin a efavirenz) mohou také ovlivnit jaterní metabolismus.

Maximální indukce enzymů obecně nebývá pozorována po 2–3 týdny, následně však může přetrvávat po alespoň 4 týdny od ukončení podávání léčiva. **Interference s enterohepatální cirkulací:** Selhání kontracepce bylo také hlášeno u antibiotik, například penicilinů a tetracyklinů. Perorální kontraceptiva mohou ovlivňovat metabolismus jiných léků. Může tak dojít ke zvýšení (např. cyklosporin) nebo ke snížení (např. lamotrigin) jejich koncentrace v plazmě a tkáních. **Hlavní nežádoucí účinky:** Nepravidelné krvácení, zvýšení tělesné hmotnosti, depresivní nálady, změny nálad, bolest hlavy, závrať, nervozita, hypertenze, nevolnost, bolest břicha, akné, amenorea, citlivost prsu, bolesti prsu, metroragie. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Těhotenství Užívání přípravku Sinela v období těhotenství není indikováno. Při otěhotnění v průběhu užívání přípravku Sinela je třeba jeho užívání okamžitě ukončit. **Kojení** Laktace může být ovlivněna kombinovanými hormonálními kontraceptivy. Ta mohou snižovat množství mateřského mléka a měnit jeho složení. Z toho důvodu se užívání CHC obecně nedoporučuje, dokud matka dítě zcela neodstaví. **Upozornění: 1. Oběhové poruchy: Riziko žilního tromboembolismu (VTE)** Užívání jakékoli kombinované hormonální antikoncepce zvyšuje riziko žilního tromboembolismu ve srovnání s jejím neužíváním. Přípravky, které obsahují levonorgestrel, norgestimat nebo norethisteron jsou spojovány s nejnižším rizikem VTE. Další přípravky, jako je přípravek Sinela, mohou mít až dvakrát vyšší úroveň rizika. **2. Nádory:** Některé epidemiologické studie uvádějí, že dlouhodobé užívání (> 5 let) kombinovaných orálních kontraceptiv (COC) může zvýšeně podporovat nárůst rizika karcinomu děložního čípku. Dosud však stále pokračují spory o tom, do jaké míry lze tuto skutečnost vysvětlit zkrslujícími vlivy sexuálního chování a dalšími faktory, jako např. lidský papiloma virus (HPV). **3. Ostatní stavy:** U žen, které trpí hypertriglyceridemií, nebo které mají toto onemocnění v rodinné anamnéze, může být v průběhu užívání kombinovaných hormonálních kontraceptiv zvýšené riziko pankreatitidy.

Balení na trhu: Blistry jsou k dispozici v baleních obsahujících 1x21, 3x21 tablet. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí a světlem. **Datum poslední revize textu:** 22. 7. 2015 **Registrační číslo:** 17/348/15-C **Držitel rozhodnutí o registraci:** STADA Arzneimittel AG, Stadastrasse 2–18, 61118 Bad Vilbel, Německo.

Před předepsáním přípravku se seznamte s úplným souhrnem údajů o přípravku. Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Více informací na: www.sukl.cz/modules/medication/search.php

STADA PHARMA CZ, s. r. o.
Siemensova 2717/4
155 00 Praha 13 – Stodůlky, Czech Republic

STADA

SEKCE PORODNÍCH ASISTENTEK PÁTEK 10. 6. 2016

1. Sexuální dysfunkce žen v klimakteriu

Y. Vrublová

Ostravská univerzita, Lékařská fakulta

V současné době jsme svědky posunu aktivního života jak u mužů, tak u žen do vyšších věkových kategorií. Tato skutečnost zasahuje i do základních lidských potřeb, a to i do sexuálních potřeb, které jsou důležitou součástí kvality života během jeho celého trvání. Sexualita žen v prožívání se liší od mužské sexuality. Klimakterium je obdobím v životě ženy, ve kterém dochází k fyziologickému poklesu funkce ovarii a následným endokrinním, somatickým a psychickým změnám. Fyziologicky se vyskytuje mezi 45. a 60. rokem věku. Toto období zastihuje ženu mnohdy velmi aktivní s představou vlastní seberealizace, a proto je u žen po psychické stránce obávaným obdobím, které může zastihnout ženu nepřípravenou na psychosomatické změny. Tyto změny se mohou projevovat nespavostí, zhoršením paměti, úzkostí, změnami nálad, ztrátou sebevědomí, plačtivostí, popudlivostí, zhoršením schopností koncentrace, ztrátou libida, poruchami vzrušivosti, poruchami lubrikace. Vasomotorické a psychické symptomy mohou významným způsobem zasáhnout do partnerských vztahů a následně do sexuálního života. Sexuální dysfunkce jsou klasifikovány jako poruchy sexuální výkonnosti s multifaktoriální etiologií, kdy je nutné respektovat jejich komplexní bio-psycho-sociální povahu. Mezi nejčastější sexuální dysfunkce u žen patří porucha sexuální vzrušivosti, selhání organické odpovědi, nízký zájem o sex, potíže s dosažením orgasmu, dyspareunie a dyspareunie. Na výskytu ženských sexuálních dysfunkcí se podílí celý komplex faktorů zahrnujících prostředí, ve kterém žena žije, historii jejich předchozích partnerských a sexuálních vztahů, její psychické i tělesné zdraví, užívání léků a aktuální hormonální status. K diagnostice ženských sexuálních dysfunkcí jsou vhodné standardizované dotazníky jako např.: Brief Index of Sexual Functioning for Women, Female Sexual Function, Arizonská škála sexuálních funkcí. Včasná diagnostika a cílená edukace žen o symptomech a možnostech farmakologické i nefarmakologické terapie může významným způsobem zlepšit spokojenost se sexuálním životem. Cílem příspěvku je analyzovat výsledky kvalitativního šetření zaměřeného na sexuální potřeby 14 žen v období klimakteria. Obsah rozhovorů byl přepsán z diktafonu a následně kategorizován do čtyř hlavních kategorií: přítomnost klimakterických obtíží, současný sexuální život, léčba symptomů klimakteria, výskyt chronického onemocnění, znalosti a edukace. **Klíčová slova:** klimakterium, sexualita, potřeby, sexuální dysfunkce, symptomy, terapie

2. Romská a vietnamská komunita v práci porodní asistentky v České republice

Š. Bubeníková, K. Janoušková, M. Procházka

Ústav porodní asistence, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Těhotenství je časově omezený fyziologický proces, který žena prožívá jak fyzicky, tak psychicky. Všechny tělní systémy v organismu těhotné ženy se přizpůsobují vyvíjejícímu se plodu. Nejdůležitější úlohou porodní asistentky v průběhu těhotenství je edukovat ženu, jak se po dobu těhotenství udržet v dobré fyzické i psychické pohodě, jak se připravit na porod a šestinedělí. V ČR neexistuje standardizovaný dotazník vztahující se k problematice prožívání porodu romských a vietnamských žen, proto byl pro výzkumné šetření vytvořen anonymní nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Dotazník pro ženy romského etnika byl v českém jazyce. Dotazník pro ženy vietnamského etnika obsahoval identické otázky a byl ve vietnamském jazyce. Dotazník pro romské a vietnamské ženy obsahoval 28 položek. Velká část dotázaných Romek (52 %) uvedla, že porod je velmi bolestivý, ale bolest se dá zvládnout. Stejně odpovědělo 40 % Vietnamek. 48 % Romek a 43 % Vietnamek vyžaduje u porodu léky proti bolesti. 52 % Romek a 3 % Vietnamek nevyžaduje u porodu přítomnost další osoby. 24 % Romek a 37 % Vietnamek chce mít u porodu manžela nebo druhá. V rámci získávání informací o průběhu těhotenství a porodu pravidelně navštěvuje těhotenskou poradnu 70 % Romek a 91 % Vietnamek. V příspěvku zabývající se péčí v porodní asistenci vietnamské minority (Michálková, 2009) se uvádí, že předporodní přípravu uznává většina respondentů vietnamské komunity a je přesvědčena, že by těhotná žena měla navštěvovat prenatální poradnu. Toto zjištění koresponduje s výsledky tohoto předvýzkumu, ve kterém 91 % Vietnamek uvedlo pravidelné návštěvy prenatální poradny. Ve studii autorek McLachlan a Waldenström (2005) se uvádí, že Vietnamky užívají méně analgetik při porodu, naopak bolest popisují jako méně snesitelnou a celkově popisují porod negativněji než většinová společnost. Stejně tak i ženy romského etnika (70 %) uvedly, že pravidelně navštěvují prenatální poradnu. Toto zjištění je v souladu s výsledky šetření Šlechtové a Bürgerové.

3. Psycho-socio-spirituální péče porodní asistentky o ženu po perinatální ztrátě

K. Ratislavová

Fakulta zdravotnických studií ZČU

Porodní asistentka je jako zdravotnický pracovník s rodičí po perinatální ztrátě v nejužším kontaktu. Poskytuje podporu ženě/páru od sdělení diagnózy úmrtí plodu nebo novorozence, během porodu a v období šestinedělí. Příspěvek je zaměřen především na intervence porodní asistentky, které pomáhají vytvářet reálný postoj rodičů k perinatální ztrátě (rituály rozloučení s dítětem a shromáždění vzpomínkového materiálu). Doporučení pro praxi porodní asistentky jsou podpořeny nejnovějšími výzkumy o vlivu těchto intervencí na psychické zdraví ženy/rodičů. Řada nejnovějších výzkumů poukazuje na pozitivní dlouhodobý efekt, který má vizuální a fyzický kontakt žen s mrtvorozeným dítětem (narozeným po 37. týdnu těhotenství) na jejich psychický stav (výskyt úzkostných a depresivních

symptomů, PTSD). V roce 2011 odborníci na péči o rodiče po perinatální ztrátě z mnoha zemí světa vydali doporučení, která jednoznačně podporují možnost kontaktu matky/rodičů s mrtvorozeným dítětem. Zatím žádná z vědeckých studií nepotvrdila, že by odrazování rodičů od kontaktu s mrtvorozeným dítětem bylo z dlouhodobého hlediska přínosné pro jejich psychické zdraví. Za velmi významné jsou pokládány také upomínky na dítě (pamětní list, otisk ručky/nožky, pramínek vlásků, fotografie apod.). Odborníci z celého světa se shodují na přínosu vlastnění upomínek na miminko pro rodiče. Rodiče, kteří mají na památku na své dítě fotografii nebo nějakou jinou upomínku, jsou signifikantně více spokojeni než rodiče, kteří konkrétní upomínku nemají. Vlastnění upomínek na dítě dlouhodobě snižuje úzkostnost matek a působí příznivě na proces truchlení. Výsledky výzkumu rituálu rozloučení prostřednictvím vizuálního nebo fyzického kontaktu s mrtvým novorozencem z České republiky jsou značně odlišné od údajů prezentovaných odborníky z anglicky mluvících zemí a Skandinávie. V České republice 56 % žen nevidělo své dítě po perinatální ztrátě, zatímco v zahraničních výzkumech nevidělo své mrtvorozené dítě jen 5–9 % matek. České porodní asistentky a lékaři tedy z celkového pohledu nepodporují bonding mezi mrtvým novorozencem a matkou, naopak podporují spíše vyhýbavou strategii, která však obecně není považována za prospěšnou. Doporučujeme věnovat zvýšenou pozornost psycho-socio-spirituální péči o ženy po perinatální ztrátě ve vzdělávání porodních asistentek, dalším vzdělávání zdravotnických pracovníků a ve výzkumu v České republice.

4. Subjektivní prožívání umělého ukončení těhotenství z genetické indikace

P. Kramná, Y. Vrubleová

FN Ostrava/Ostravská univerzita, Lékařská fakulta

Ukončení těhotenství z genetické indikace patří mezi nejnáročnější situace, které žena ve svém životě může prožít. Přesto, že se z medicínského pohledu jedná o intervenci poměrně bezpečnou, žena je vystavena vysoké psychické zátěži. Podle zahraničních studií se u žen po ukončení těhotenství mohou objevit příznaky posttraumatické stresové poruchy, deprese, pocity smutku, výčitky a sociální izolace, které mohou přetrvávat i více než rok. (Korenromp et al. 2007; Costa et al. 2005; Maguire et al. 2015; Kersing et al. 2009, Burgoine et al. 2005). Příspěvek je zaměřen na tuto problematiku z pohledu žen, které se rozhodly graviditu ukončit na základě zjištěného postižení plodu. Ke sběru dat byl využit polostrukturovaný rozhovor s 10 respondentkami. Ve výsledcích jsou prezentovány subjektivní prožitky respondentek od diagnostiky vývojové vady plodu až po období několika týdnů po umělém ukončení těhotenství. Tyto prožitky se týkají zejména pocitů šoku a beznaděje při sdělení diagnózy, potřeba podpory a informací v průběhu ukončení těhotenství a prožívání ztráty v následném období.

5. Problematika vedení ošetrovatelské dokumentace na porodnici

M. Omachtová

Fakultní nemocnice Ostrava, Gynekologicko-porodnická klinika

Cíl: Zmapovat úskalí pracovní metody ošetrovatelského procesu, kontinuity péče i týmové spolupráce. Vlastní pozorování: Zdokumentování jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu a efektivní vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí práce porodních asistentek. Dobrá komunikace a kvalitní předávání informací na všech úrovních zdravotnického týmu zajišťuje ucelený přehled v organizační péče. Srozumitelné, přesné a úplné vedení dokumentů pacienta/klienta poskytuje základ při poskytování služeb a napomáhá k včasnému odhalení komplikací. Navýšení kompetencí porodních asistentek přináší také profesionální zodpovědnost při pořizování písemných záznamů, proto dobrá teoretická základna usnadní připravenost porodních asistentek v konkrétních krizových situacích. Závěr: Naším společným cílem je stručně vedená, přesná a jednoduchá forma formulářů ošetrovatelské dokumentace, která napomáhá ošetrovatelskému týmu nejen k individuálnímu přístupu, ale i možnosti věnovat více času samému pacientovi/klientovi.

6. Ošetrovatelská péče u žen s HELLP syndromem

J. Šálková, Y. Vrubleová

Gynekologicko-porodnická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Syndrom HELLP je souhrnem v názvu pro hemolýzu červených krvinek, elevaci jaterních testů a trombocytopenii. Je to velmi závažná a život ohrožující komplikace, která je přímo vázána na těhotenství. Tento syndrom se projevuje buď v kombinaci s klasickými příznaky preeklampsie, nebo jako zcela odlišný klinický stav projevující se nejčastěji bolestmi v pravém podžebří, bolestmi hlavy, nevysvětlitelným neklidem ženy, nauzeou a typickými laboratorními nálezy. HELLP syndrom je spojen s prokazatelně horšími perinatologickými výsledky jak mateřské, tak novorozenecké morbidity a mortality. V popředí zájmu recentních studií je včasná identifikace klinicky využitelných screeningových testů ke stanovení rizika vzniku preeklampsie a HELLP syndromu dříve, než se objeví klasické symptomy. Vedle hodnocení anamnestických rizikových faktorů se využívají biochemické markery (placentární protein PP13 a růstový faktor PIGF) v kombinaci s UZ dopplerem uterinních cév. V příspěvku jsou prezentovány kazuistiky žen, které prodělaly HELLP syndrom a byly hospitalizovány ve Fakultní nemocnici Ostrava na Gynekologicko-porodnické klinice. Sledovaný soubor čítal celkem 105 žen v období od roku 2005 až 2014. Prezentace analyzuje počet ukončení těhotenství spontánním porodem a císařským řezem, dobu hospitalizace a morbiditu rodiček. Autoři se zaměřují na výčet komplikací jak u plodu, tak u rodiček a představují specifiku ošetrovatelského procesu v oblasti sledování vitálních funkcí a ošetrovatelských intervencí. Prezentace je ukončena poznatky ze zahraničních výzkumů a probíhajícího výzkumu ve Fakultní nemocnici Ostrava na Gynekologicko-porodnické klinice pod vedením přednosty GPK FNO doc. MUDr. Šimetky, Ph.D., MBA a zástupce přednosty Onkohematologické kliniky FNO MUDr. Gumulce. Závěr: K úspěšnému zvládnutí syndromu přispívá především multioborová spolupráce a profesionální ošetrovatelská péče dle nejnovějších standardů.

7. Zvyšování věku prvorodiček v České republice

M. Kulhavá

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Gynekologicko-porodnická klinika VFN v Praze

Neboť je zvyšující se věk prvorodiček v dnešní době hodně diskutovaným tématem v řadě zemí, je diskutovaným tématem i v České republice, které se trend zvyšujícího se věku prvorodiček nevyhýbá. Příspěvek poukazuje na výsledky průzkumu, který jsme realizovali se studentkou bakalářského studia na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Průzkum byl realizován na náhodném výběru respondentek v kraji Vysočina a Praha. Hlavním cílem bylo zjistit příčiny tohoto trendu, a to především, zda jsou pro oddalování mateřství rozhodující socioekonomické faktory, zda má vliv emancipace žen na rozhodnutí oddálit mateřství a zda má vliv na rozhodnutí informovanost žen o možných rizicích pro ženu i plod spojených s těhotenstvím ve vyšším věku. Pro zjištění potřebných dat bylo použito kvantitativního výzkumu realizovaného pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl distribuován elektronickou formou a zjišťoval náhled 204 žen ve věku 18–45 let na problematiku spojenou s rozhodnutím pro mateřství. Průzkum byl realizován od 29. 12. 2015 do 28. 1. 2016 na stránkách vyplnto.cz. Význam průzkumu na danou problematiku spočívá v rozšíření povědomí o zvyšování věku prvorodiček, ve vyjasnění příčin, které ženy vedou k oddalování mateřství. Průzkum je odpovědí na otázku, zda je oprávněné hodnotit současnou socioekonomickou situaci jako nepříznivou pro mateřství.

8. Prvorodičky ve věku 40 let a více na GPK 1. LF a VFN v Praze

E. Smejkalová

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, Porodní sály

Z důvodu současného trendu odkládání gravidity vzrůstá počet starších prvorodiček. Ve svém sdělení se zabývám hlavními důvody odkládání těhotenství, stručnou statistikou starších rodiček na naší klinice za posledních 10 let a následně pak podrobnější charakteristikou rodiček a perinatologickými výsledky za rok 2015. Vycházím zde z údajů, které jsou dostupné v NIS. Tedy např. věk, parita, vzdělání, způsob porodu a poranění, délka hospitalizace a další aspekty, které potom mohou ovlivňovat ošetrovatelskou péči o tyto rodičky. Charakterizují specifika ošetrovatelské péče u těchto rodiček. K tomuto souhrnu připojuji dvě zajímavé kazuistiky.

9. Aspekty mateřství ve vyšším věku – kazuistika

E. Turnhøferová

Gynekologicko-porodnická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Přednáška seznamuje posluchače s jedinečnou kazuistikou. Příspěvek popisuje specifika ošetrovatelského procesu u klientky napříč hospitalizací trvající 60 dní. V úvodu příspěvku autorka charakterizuje současnou situaci v souvislosti s trendem rostoucího věku budoucích rodiček a matek. Tento trend podtrhuje dnešní způsob života, přesto se setkáváme s případy, kdy dřívější mateřství neumožňoval zdravotní stav. Rostoucí věk těhotných a rodiček je problematika, která se v širším kontextu dotýká medicíny, ošetrovatelství, psychologie, sociální péče i pedagogiky a mnoha dalších oborů. Uvedená kazuistika je jedinečná z několika pohledů. Přednáška pojednává o ženě ve věku 39 let, s významnou osobní a gynekologickou anamnézou. Vytoužená gravidita nepřicházela, tudíž pacientka využila centrum asistované reprodukce. Těhotenství, jež se podařilo, bylo od počátku provázené komplikacemi. Hlavní snahou lékařů, porodních asistentek a neonatologických sester bylo naplnit touhu pacientky po mateřství, zachránit život nenarozeného dítěte a v neposlední řadě zachovat fertilitu matky. Příspěvek se lehce dotýká též kazuistiky extrémně nezralého novorozence, s porodní váhou 360 gramů.

10. Těhotná se zhoubným novotvarem pankreatu – pohled porodní asistentky (kazuistika)

N. Daňková, J. Strupplová, I. Schafferová

Perinatologická JIP a oddělení rizikového těhotenství

V těhotenství dochází ke vzniku maligních onemocnění přibližně u 0,1 % těhotných. Možnosti diagnostiky jsou v průběhu těhotenství omezené, proto často dochází k záhytu onemocnění v pokročilejších stádiích jejich vývoje. Těhotenství je rovněž důvodem pro velmi individualizovaný management léčby a ošetrovatelské péče. 33letá primipara je pro dovýšetření suspektní malignity ve 27. týdnu těhotenství přeložena na perinatologickou JIP Gynekologicko-porodnické kliniky VFN v Praze. V době příjmu trpí na silné dorsalgie, bolest v epigastriu, nechutenství a dráždivý kašel. Pacientka ztrácí na hmotnosti, je slabá a je u ní hmatný provazec uzlin pod klíčky. Po podrobném vyšetření a provedeném MRCP zasedá perinatologické konzilium, které vzhledem k suspektní generalizované malignitě a celkovému zhoršení stavu indikuje provedení císařského řezu. V gestačním stáří 27+6 je porozen chlapec s hmotností 970 g. Po porodu je provedena myomektomie, exstirpace suspektních lymfatických uzlin a biopsie materiálu z excavatiorectouterinum. Po provedeném výkonu je pacientka stabilní. Přes veškerou péči poskytnutou lékaři, porodními asistentkami a všeobecnými sestrami dochází druhý den po operaci k významnému zhoršení stavu. Pacientka je velmi algická, objevuje se těžká dyspnoe. Břicho je nafouknuté, naplněno ascitem. Je provedena odlehčovací punkce ascitu. Následující den se stav opět zhoršuje, klesá saturace kyslíkem, objevuje se dechová nedostatečnost, průjem, vysilující kašel a nechutenství. Pacientka je tedy přeložena na pracoviště intenzivní péče. Adenokarcinom pankreatu byl u této ženy zachycen ve velmi pokročilém stádiu. Pacientce je poskytována symptomatická a paliativní péče, stav je však natolik vážný, že pacientka záhy umírá. Ve vztahu ke zhoubným nádorům dosahuje mateřská úmrtnost asi 5 %. Klíčová slova: těhotenství, malignita, péče

SEKCE PORODNÍCH ASISTENTEK SOBOTA 11. 6. 2016

1. Screening gestačního diabetu v praxi – výsledky dotazníkové studie

P. Rýdlová, P. Pařízková, P. Šimják, K. Anderlová, H. Krejčí, V. Krejčí, A. Pařízek

VFN, Gyn-por klinika, diabetol. ambulance pro těhotné

V roce 2013 přijala Světová zdravotnická organizace nová doporučení pro screening a diagnostiku gestačního diabetu vycházející z doporučení IADPSG (Mezinárodní asociace pro studium diabetu v těhotenství). Došlo jak ke změně metodiky, tak i k vytvoření nových diagnostických hodnot oGTT, které přímo reflektují výskyt těhotenských a neonatálních komplikací gestačního diabetu. Česká diabetologická společnost a Česká gynekologicko-porodnická společnost rovněž přijaly tato doporučení a nyní se je také v podobě nového doporučeného postupu snaží implementovat do každodenní praxe. Cílem naší dotazníkové studie je vyhodnotit, jak v současnosti probíhá screening gestačního diabetu v ČR, a upozornit na nejčastější chyby, které mohou vést jak k falešné pozitivitě, tak i negativitě screeningu. Dotazníkové studie zaměřené na kvalitu provádění screeningu GDM se zúčastnilo 1 999 žen z celé České republiky. Screening byl proveden u 94,4 % těhotných. Nejčastějšími chybami ve screeningu GDM byl selektivní screening, navíc špatně určené riziko GDM, metodické chyby v provedení screeningu (96,2 %), nerespektování HAPO cut-off hodnot, neodeslání těhotné na diabetologii při pozitivitě screeningu. Chyby v provádění screeningu gestačního diabetu mellitu jsou velice časté. Tyto chyby v metodice vedou k falešné pozitivitě, ale i negativitě screeningu, a tím je ovlivněna následující péče o těhotné. Screening prováděný za standardních podmínek je nezbytný také pro další výzkum GDM.

2. Samostatná práce PA v prenatalním období ve zdravotnickém zařízení

J. Karasová, K. Řezáčová

ÚPMD Praha

Doposud byla samostatná péče v prenatalním období poskytovaná porodní asistentkou doménou především soukromého sektoru. V souladu s právními normami tuto péči nově poskytují od února 2015 porodní asistentky v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze, pracující zde na porodním sále. Při první návštěvě těhotné lékař zhodnotí rizikové faktory, a jestliže těhotná splňuje daná kritéria, předá ji k další péči porodní asistentce. Péče porodní asistentky pak nespočívá pouze ve vyšetření těhotné, ale velkou mírou zde zastává i psychoprofylaxe těhotné a konzultace porodních plánů. Tento systém péče je prozatím v ČR ojedinělý.

3. Předčasný pôrod ako virtuálny pacient v pôrodnej asistencii

E. Urbanová¹, E. Maskálová¹, E. Kvaltínyová²

¹Ústav pôrodnej asistencie, ²Simulačné výučbové centrum

Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Cieľom príspevku je prezentovať virtuálneho pacienta ako modernú formu výučby v pôrodnej asistencii so zameraním predčasný pôrod. Virtuálny pacient (VP) je interaktívna počítačová simulácia reálneho klinického prípadu za účelom zdravotníckeho vzdelávania. V pôrodnej asistencii má široké využitie, no počet dostupných virtuálnych pacientov je zatiaľ minimálny. Zároveň existuje množstvo vhodných prípadov, ktoré sa môžu touto formou spracovať. Pri tvorbe konkrétneho VP sme vychádzali z virtuálneho pacienta voľne dostupného na platforme Open Labyrinth, ktorý je primárne určený pre študentov medicíny. Následne sme VP doplnili a prispôbili pre potreby pôrodnej asistencie. Nakoľko slúži na tréning jednoduchých procedúr v pôrodnej asistencii, použili sme pri jeho tvorbe jednoduchú lineárnu štruktúru. Obsahová náplň je orientovaná na anamnézu pacientky so zameraním na rizikové faktory predčasného pôrodu. Ďalej sa orientuje na posúdenie prejavov predčasného pôrodu a zvládnutie základných intervencií v pôrodnej asistencii, ktoré vykonáva pôrodná asistentka v praxi. Algoritmus je logicky spracovaný krok za krokom, vrátane zdôvodnenia správnych a nesprávnych odpovedí. Záver: virtuálny pacient pomáha spájať teoretickú výučbu s jej reálnymi aspektmi v klinickej praxi. Zlepšuje zručnosti študentov, pomáha v rozhodovaní, umožňuje individuálne štúdium, rozvíja aj zručnosti pedagóga a oživuje výučbu. Práca bola podporená projektom KEPA č. 025UK-4/2014 "Virtuálny pacient v pôrodnej asistencii". Kľúčové slová: virtuálny pacient, moderná forma výučby, virtuálny pacient.

4. Význam simulačnej výučby v pôrodnej asistencii

M. Bašková, E. Urbanová, E. Maskálová

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav pôrodnej asistencie

Simulačná výučba v štúdiu pôrodnej asistencie má dlhodobú tradíciu, ktorá je podmienená praktickým zvládnutím vybraných výkonov a postupov v pôrodnej asistencii ako je odvedenie určitého počtu pôrodov, realizácia epiziotómie a následnej suture, asistencia pri pôrode koncom panovým a pod. V súčasnosti vzdelávanie pôrodnej asistentky vychádza z požiadaviek smerníc Európskej únie, kde sa presne stanovuje počet praktických výkonov a postupov, vrátane náviku konkrétneho počtu pôrodov (20

na pôrodnickom simulátore. Cieľom príspevku je poukázať na skúsenosti so simulačnou výučbou v študijnom programe pôrodná asistencia. Na základe skúsenosti s dlhodobým používaním pôrodnických simulátorov možno skonštatovať, že pri praktickom náviku je nutný 1 simulátor na minimálne 2–3 a maximálne 5–6 študentov. Rozhodujúca je kvalita simulátora vzhľadom na veľmi časté a opakované používanie simulátora. Motivujú študentov k interaktivite, majú pozitívne stimulačný účinok k vzdelávaniu v pôrodnej asistencii, nahrádzajú časť praktickej výučby a zvyšujú pocit sebavedomia študentov pri vstupe do klinickej praxe. Dajú sa vhodne doplniť virtuálnym pacientom ako ďalšou formou simulačnej výučby. Záver: Precvičovanie špecifických praktických zručností na simulačných modeloch a modelových situáciách preukázateľne zlepšuje vedomosti, klinické zručnosti, profesionálne rozhodovanie v problémových situáciách, komunikáciu, celkovú tímovú spoluprácu zdravotníkov a má pozitívny dopad na bezpečnosť matky a dieťaťa pri pôrode. Predpoklad je, že simulačná výučba sa bude naďalej rozvíjať. Dôvodom je znižovanie počtu pacientov, skracovanie dĺžky hospitalizácie a zvyšovanie miery autonómnosti pacientov v reálnej klinickej praxi čo vedie k redukcii možností praktickej prípravy študentov. Práca bola podporená projektom KEPA č. 025UK-4/2014 „Virtuálny pacient v pôrodnej asistencii“. Kľúčové slová: pôrodnické simulátory, pôrodná asistencia, výučba, pôrodnej asistencie

5. Porodní asistentka na porodním sále v perinatologickém centru FN Brno

M. Kameníková, M. Šváblová

Fakultní nemocnice, Obilní trh, Brno

Cílem prezentace je ukázat způsob a náplň práce porodní asistentky na porodním sále ve FN Brno, ukázat, co se změnilo, co měníme a co ještě změnit chceme. Bude diskutována problematika ambulantního provozu porodního sálu, budou shrnuty roční zkušenosti se samostatným vedením fyziologických porodů porodní asistentkou, bude zdůrazněn bezprostřední dvouhodinový kontakt po porodu matky s dítětem a nakonec problematika práce na jednotce perinatologické intenzivní péče.

6. Podpora prirodzeného pôrodu v nemocničnom prostredí

E. Salinková, R. Turzová

Univerzitná nemocnica Martin

Koncepcia prirodzeného pôrodu je radikálnym vyústením kritiky modelu lekárskeho vedeného pôrodu. Vychádza z predpokladu, že pôrod je úplne normálny fyziologický proces, ktorý väčšina zdravých rodičiek dokáže zvládnuť z vlastných síl, pokiaľ sú pre pôrodný proces vytvorené optimálne podmienky. Aktivita zdravotníkov v tomto modeli predstavuje psychickú podporu rodičky a občasnú neinvazívne kontroly postupu pôrodu pre prípad včasného rozpoznanie nutnosti medicínskeho zásahu pri komplikáciách. Nejde teda o to pôrod už dopredu rôzne usmerňovať či urýchľovať, ale predovšetkým o to ho nerušiť a iba dohliadať na jeho bezpečný priebeh. Ideálnym modelom by však bola podpora prirodzeného pôrodu v nemocničnom prostredí. Na jednej strane zabezpečený vysoký hygienický štandard pre rodičku, dieťa a zdravotnícky personál, zabezpečenie okamžitej lekárskej starostlivosti v prípade výskytu komplikácií a na druhej strane poskytnutie priestoru a času pre pôrod podľa želania rodičky. Ako nevyhnutnú súčasť celého pôrodného procesu vidíme zodpovednú prípravu rodičky na samotný pôrod účasťou na predpôrodnom kurze, „prevýchovu“ pôrodníkov a pôrodných asistentiek k takémuto prístupu ženy k svojmu pôrodu.

7. Bonding ako štandard v pôrodnej asistencii

K. Jakubčíková, L. Mazúchová, Z. Nepelová, M. Valašková

Univerzitná nemocnica Martin

Úvod: Príspevkom chceme poukázať na dôležitosť podpory bezprostredného kontaktu matky s dieťaťom po pôrode a prezentovať výsledky štúdie zameranej na informovanosť žien o bondingu po pôrode, ich prežívanie vo vzťahu k bondingu a ich skúsenosti s podporou a realizáciou bondingu v UNM Martin. Metódy: Štúdie sa zúčastnilo 120 žien (priemerný vek 29 rokov), ktoré porodili na Gynekologicko-pôrodnickej klinike v Martine v období 4 mesiacov (december 2015 – marec 2016). Do súboru boli zaradené respondentky po spontánnom pôrode bez komplikácií a s dobrou popôrodnou adaptáciou dieťaťa, u ktorých bol predpoklad pre podporu bondingu. Metódou zberu údajov bol dotazník. Pre vyhodnotenie sme použili deskriptívnu štatistiku. Výsledky: Väčšina žien bola pred pôrodom informovaná o bondingu (56,04 % dostatočne a 31,87 % čiastočne). Hlavným zdrojom informovanosti bol internet (40,71 %). Väčšina žien (91,21 %) túžila po bondingu a mala silu (89,01 %) byť bezprostredne po pôrode v kontakte so svojím dieťaťom. Je pozitívne, že väčšine žien (82,42 %) bolo dieťa dané po pôrode automaticky a 62,64 % žien bolo položené na brucho, hruď kontaktom koža na kožu avšak iba na krátku dobu a preto môžeme hovoriť iba o čiastočnej podpore bondingu. Dieťa bolo u väčšiny matiek po 5–20 minútach odobraté na prvé ošetrovanie. Späť ho doniesli nahé 24,18 % žien, u ktorých môžeme skonštatovať, že bol bonding podporený. Ostatným (72,53 %) dieťa priniesli do pol hodiny a už oblečené. Záver: Prínos štúdie vidíme v zistení záujmu žien o bonding po pôrode a snahy zo strany zdravotníckych pracovníkov pri podpore bondingu v našej nemocnici. Zistené výsledky môžu byť prínosom pre argumentáciu požiadaviek otvorí sa zo strany pôrodných asistentiek viac k doporučeným postupom podľa Vestníku MZ SR na podporu bondingu, k potrebám matiek a detí pred všetkými rutinými zásahmi. Je potrebné, aby pôrodné asistentky boli vzdelané v problematike podpory bondingu, aby mohli uskutočňovať zdravotnícku edukáciu u žien a tiež aby na základe chápania jeho významu boli ochotné vytvárať podmienky na jeho podporu. Kľúčové slová: Podpora bondingu po pôrode, bezprostredný kontakt matky s dieťaťom, kontakt koža na kožu, pôrodná asistencia.

Srdečně vás zveme na:

PŘEDSTAVENÍ NOVÉ ŘADY ULTRAZVUKOVÝCH PŘÍSTROJŮ GE HEALTHCARE

Se zaměřením na gynekologickou praxi a prenatální diagnostiku



Akce se koná v rámci 3. společné konference ČGPS ČLS JEP a SGPS SLS.

Kdy: V pátek 10. 6. 2016, 14:00 - 18:00 (LIVE SCAN od 16:00)

Kde: Karlovy Vary, Hotel Thermal, budova A, 1. patro, salonek III



GE Healthcare



ELECTRIC MEDICAL SERVICE S.R.O.

ABSTRAKTA POSTERY

1. Flegmóna lumbální oblasti jako následná komplikace epidurální analgesie u porodu

K. Svrčková

Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.

Všeobecně je epidurální analgesie považována za velmi účinnou a také bezpečnou formu analgesie u porodu. Zánětlivé komplikace jsou velmi vzácné, nicméně je nutno na ně pomýšlet, jelikož v případě epidurálního či spinálního abscesu mohou mít fatální trvalé následky. Prezentovaný případ popisuje flegmónu podkoží v lumbální oblasti jako následnou komplikaci epidurální analgesie u porodu. Pacientka byla prvoroďička v termínu porodu, zdravá, bez rizikových predisponujících faktorů. EDA byla podána jako forma analgesie u porodu, zavedena z prvního vpichu do oblasti L3/L4, zavedení epidurálního katetru bylo anesteziologem hodnoceno jako nekomplikované. Pacientka porodila spontánně záhlavím bez komplikací. Hlavním příznakem rozvíjející se flegmóny byla bolest v bederní oblasti zad v místě vpichu po EDA, která se poprvé objevila 2. poporodní den, v té době byl objektivní náález v oblasti zad i neurologický náález negativní. 4. den po porodu se bolest stává nesnesitelnou, limituje pacientku v pohybu, navíc se objevuje výrazný otok a palpační citlivost paravertebrálně vlevo v rozsahu L1-L4, neurologický náález v normě. Provedeno UZV měkkých tkání se závěrem: susp. hematom v podkoží. Po konzultaci s neurochirurgickou klinikou FN Ostrava doplněno MR vyšetření s potvrzením zánětu podkoží (flegmóny) v rozsahu T11-S1 bez propagace do páteřního kanálu. Stav byl zvládnut konzervativně kombinovanou intravenózní ATB terapií, neurologický náález byl po celou dobu bez senzitivních či motorických deficitů, neurochirurgická intervence tudíž nebyla naštěstí nutná.

2. Transformační zóna hrdla děložního

K. Dusíková¹, R. Turyňa¹, K. Hašplová²

¹ Ústav pro péči o matku a dítě, Gynekologie a porodnictví, Praha

² 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Od roku 2011 je do Mezinárodní nomenklatury kolposkopické terminologie hrdla děložního zařazeno hodnocení typu transformační zóny. Transformační zóna cervixu je téměř ve všech případech 'locus minoris resistentiae' pro dysplastické přednádorové změny hrdla a rozeznáváme 3 typy. Označení typu transformační zóny by se vždy mělo objevit v zápisu kolposkopického vyšetření. Transformační zóna typu jedna je viditelná v celém rozsahu a je pouze na ektocervixu. Transformační zóna typu dva má endocervikální složku, není tedy viditelná v celém rozsahu a ektocervikální složku může mít širokou, či úzkou. Nejvíce vyšetřitelná je transformační zóna typu 3, kdy nežádka musíme použít Koganova endocervikální spekula pro vizualizaci, neboť transformační zóna typu 3 je pouze v endocervixu. Určování typu transformační zóny hraje velkou roli při indikaci a rozhodnutí o typu výkonu na děložním hrdle. Dle ontogeneze transformační zóny je předpoklad, že transformační zóna typu 1 bude hojně zastoupena u mladších dívek a žen a transformační zóna typu 3 naopak u starších. Dle Luyten 2015 jsme celkový soubor pacientek za 5 let (od roku 2008–2012) na pracovišti Ústav pro péči o matku a dítě, které podstoupily konizaci, rozdělili do tří věkových skupin a zjistili, kolik v jaké skupině bylo typů transformačních zón či u kolika pacientek nebyla transformační zóna určena.

3. Možnost diagnostiky zmien acidobázy plodu pomocou nelineárnej analýzy kardiografických záznamov

M. Hrtánková, K. Biringer, K. Ladiverová, P. Kasajová, A. Gondová, Z. Laučková, J. Danko

Gynekologicko-pôrodnická klinika JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Najčastejšou príčinou ohrozenia plodu počas pôrodu je hypoxia, pričom jej diagnostika v súčasnosti čelí odbornej kritike. Od zavedenia elektronického fetálneho monitoringu do klinickej praxe bol zaznamenaný výrazný nárast cisárskych rezov, avšak časť prípadov mozgovej obrny sa stále spája s intrapartálnou asfyxiou. V posledných rokoch existuje hypotéza, že matematické a štatistické analyzovanie signálu získaného zo srdca plodu môže hodnotenie stavu plodu in utero spresniť. Do popredia sa v poslednej dobe dostávajú metódy nelineárnej dynamiky, počítajúce náhodnosť a nepravidelnosť signálu, ktorá je nevyhnutnou podmienkou fyziologického nálezu. Jednu z týchto metód predstavuje Lempel Ziv komplexita (LZC), ktorá bola použitá v pôrodných štúdiách na rozlíšenie plodov s intrauterinnou rastovou reštrikciou. Cieľom našej štúdie bolo odpovedať na otázku, či možno pomocou LZC rozlíšiť aj hypoxické a normoxemické plody. Metodika: Do projektu bolo zaradených 76 rodičiek, ktoré porodili na Gynekologicko-pôrodnickej klinike UNM medzi 11/2012 a 02/2016. Srdcová frekvencia plodu bola monitorovaná externou kardiografiou (CTG) pomocou prístroja Philips Avalon CTS. Každý Dopplerov signál je vzorkovaný vo frekvencii 200Hz (5ms) a CTG monitor produkuje hodnotu FHR každých 250 ms v úderoch za minútu. Z nasnímaných záznamov sme vybrali jeden kontinuálny 360 bodový úsek (90 sek.), najmenej vzdialený od samotného pôrodu, ktorý bol následne podrobený nelineárnej analýze pomocou Lempel Ziv komplexity. Prítomnosť hypoxie plodu počas pôrodu bola stanovená na základe hodnôt acidobázy z umbilikálnej artérie, ktorá bola odobraná ihneď po pôrode. Štatistická analýza bola vykonaná Mann-Whitney U testom pomocou softwaru MYSTAT 10 pre Windows. Výsledky: Štúdiijnú skupinu tvorilo 11 rodičiek, u ktorých boli z umbilikálnej

artérie namerané znížené hodnoty pH pod 7,15 alebo base excess pod -8,0. Kontrolnú skupinu tvorilo 65 rodičiek s fyziologickými hodnotami acidobázy v umbilikálnej artérii. Hodnoty LZC v študijnej skupine – priemer: 0,532 \pm 0,071SD sa signifikantne líšili od LZC hodnôt v kontrolnej skupine – priemer: 0,626 \pm 0,06SD (p=0,0001). Záver: Namerané predbežné výsledky poukazujú na možnosť využitia LZC v diagnostike intrauterinného stavu plodu a jeho vnútorného prostredia. Kľúčové slová: Lempel Živ komplexita, pH, kardiokotografia, nelineárna analýza
 Podakovanie: Táto práca bola podporená projektom APVV-0315-11; matematicko-štatistická analýza dát: Ing. Ivan Matúš.

4. Analýza hysteroskopických výkonov na Gynekologicko-pôrodníckej klinike JLF UK a UNM v Martine za obdobie 2010–2015

M. Nachajová, J. Siváková, E. Kúdela, P. Kasajová, K. Biringer, P. Žúbor, J. Danko

Gynekologicko-pôrodnícka klinika JLF UK a UNM Martin

ÚVOD: Hysteroskopia je endoskopický chirurgický výkon, ktorý zohráva dôležitú úlohu v hodnotení vnútromaternicových nálezov. Ponúka priamu vizualizáciu celej dutiny maternice a poskytuje možnosť vykonávať priamy odber vzoriek z podozrivých lézií. Vo väčšine prípadov môžu byť tieto lézie diagnostikované a následne riešené počas toho istého operačného výkonu (napr. resekcia polypov endometria, r ozrušenie intrauterinných zrastov, odstránenie submukózných myómov atď.). Cieľom našej štúdie bolo zhodnotiť význam hysteroskopie a následnej priamej biopsie v diagnostike endometriálnych patológií v korelácií s ultrazvukovým a histopatologickým nálezom na našom pracovisku. MATERIÁL A METÓDY: Retrospektívna analýza hysteroskopických výkonov na Gynekologicko-pôrodníckej klinike JLF UK a UNM Martin v období od januára 2010 do decembra 2015. VÝSLEDKY: Za uvedené obdobie bolo vykonaných 1781 hysteroskopických výkonov pri ktorých bol získaný reprezentatívny materiál na histopatologické vyšetrenie. Najčastejšou indikáciou k výkonu bola hyperplázia endometria (39,26 %). Ďalšiu skupinu predstavoval nález polypu endometria (35,56 %), anamnéza postmenopauzálného krvácania (19,91 %), myómu (2,82 %), cudzieho telesa v dutine maternice (1,4 %) a reprodukčné poruchy v súvislosti s vývinovou chybou maternice (1,05 %). Analýzou hysteroskopických, ultrazvukových a histologických nálezov sme zistili 83,9% senzitivitu ultrazvukového vyšetrenia v skupine žien s polypom endometria a 55,83% senzitivitu pre hyperpláziu endometria. Falošná pozitivita predoperačnej sonografie predstavovala 16,1 %, resp. 44,17 % pre spomínané skupiny. Vzájomná korelácia hysteroskopických a histopatologických výsledkov preukázala 84,5% konkordanciu pre nález polypu a 88,83% pre hyperpláziu endometria. V sle dovanom súbore sme diagnostikovali 43 prípadov (1,74 %) endometriálneho karcinómu. Komplikácie operačného výkonu sme zaznamenali v 0,67 % prípadov. Najčastejšou chirurgickou komplikáciou bola perforácia steny maternice. U ostatných pacientok bol pooperačný priebeh bez vážnejších komplikácií. ZÁVER: Hysteroskopia patrí medzi najčastejšie operačné zákroky na našom pracovisku. Ide o bezpečnú diagnostickú a terapeutickú metódu, ktorá je využiteľná v diferenciálnej diagnostike ochorení maternice. Najvyššiu koreláciu hysteroskopického a sonografického nálezu sme zaznamenali pri indikácii polypu endometria. Opodstatnenosť indikácie sonografického nálezu hyperplázie endometria k hysteroskopickému vyšetreniu by mala byť prehodená kontrolným sonografickým vyšetrením tesne pred výkonom pri funkčnom zohľadnení stavu endometria, eventuálne vykonaním menej invazívnej formy hysteroskopie v ambulantnej sfére.

5. Riziko malígneho charakteru polypov endometria

M. Nachajová¹, E. Kúdela¹, Š. Krivuš¹, P. Slávik², K. Biringer¹, P. Žúbor¹, J. Danko¹

¹ Gynekologicko-pôrodnícka klinika JLF UK a UNM Martin

² Ústav patologickej anatómie JLF UK a UNM Martin

ÚVOD: V manažmente žien s polypom endometria je kritickým bodom zváženie rizika jeho malígneho charakteru. V praxi je bežnou súčasťou odstraňovanie endometriálnych polypov aj v prípade žien, u ktorých je riziko ich zhubného potenciálu veľmi nízke. Príčinou je aj nedostatok dôkazov podporujúcich opatrný, konzervatívny postup. METODIKA: Retrospektívna analýza hysteroskopických výkonov počas ktorých bol diagnostikovaný endometriálny polyp. V období od januára 2014 do decembra 2015 sa na Gynekologicko-pôrodníckej klinike Univerzitnej nemocnice v Martine vykonalo 550 hysteroskopických výkonov, počas ktorých sme odhalili 344 polypov v dutine maternice. Predoperačný nález endometriálneho polypu na USG predstavoval 198 z 344 (57,56 %) pacientok. Peroperačne bolo potvrdených 145 z nich, tj. USG korelát 73,2 %. 199 polypov endometria bol potvrdených pri iných diagnózach (hyperplázia, metrorhagia). Zo zdravotnej dokumentácie pacientok sme získali demografické, klinické a histopatologické nálezy, ktoré sme následne hodnotili vo vzťahu k premalígnemu a malígnemu potenciálu endometriálnych polypov. VÝSLEDKY: Z celkového súboru 344 bolo premenopauzálnych pacientok 63 (18,31 %), perimenopauzálnych 23 (6,69 %) a postmenopauzálnych 258 (75%). Na základe histopatologického zhodnotenia bolo diagnostikovaných 293 (85,17 %) benígnych polypov. Zvyšné polypy boli rozdelené do skupiny s vysokým malígnym potenciálom, (v zmysle komplexnej hyperplázie s atypiami a karcinómu, n=20 (5,81 %)), a skupiny s nízkym malígnym potenciálom (n=31, 9,0 %). Výskyt polypov malígneho charakteru sa výrazne líšil v jednotlivých skupinách žien. U premenopauzálnych žien sa nevyskytol patologický nález. Priemerný vek žien bol 42,9 rokov, priemerné BMI 17,05 kg/m², priemerná tehotnosť 2 a pôrodnosť 1,7. Abnormálne krvácanie bolo v 5 (7,9 %) prípadoch. V skupine perimenopauzálnych žien boli zistené 4 (17,4 %) patologické nálezy. Priemerný vek bol 50,26 rokov, priemerné BMI 31,69 kg/m², priemerná tehotnosť 2,5 a pôrodnosť 2. Abnormálne krvácanie bolo v 6 (26 %) prípadoch a u 3 (75 %) s patologickým nálezom. V skupine postmenopauzálnych žien sa vyskytlo 16 (6,2 %) patologických nálezov. Priemerný vek bol 63,48 rokov, priemerné

BMI 32,87 kg/m², priemerná tehotnosť 2,6 a pôrodnosť 2,1. Abnormálne krvácanie sa vyskytlo u 43 (16,66 %) a v prípade malígneho nálezu u 8 (50 %). Zistili sme signifikantný rozdiel v BMI medzi peri a postmenopauzálnymi pacientkami (p<0,01) a post a premenopauzálnymi (p<0,0001) a v gravidite a parite medzi premenopauzálnymi a postmenopauzálnymi pacientkami (p<0,05, resp. p<0,01). ZÁVER: Pri náleze endometriálneho polypu sa najrizikovejšou skupinou javia postmenopauzálny ženy s prítomným abnormálnym krvácaním a obezitou. Skupinu s nízkym rizikom predstavujú asymptomatické premenopauzálny ženy. Asymptomatické postmenopauzálny ženy predstavujú skupinu so stredným stupňom rizika. U každej pacientky by mali byť individuálne zvážené všetky riziká a benefity chirurgickej intervencie.

6. Abdominální gravidita po embryotransferu – kazuistika

E. Suchánková¹, V. Mokrá², P. Černý¹

¹ Krajská nemocnice Liberec a.s., Gynekologicko-pôrodnícké oddelení, Liberec

² Gennet, Oddelení IVF, Liberec

Úvod: Ektopická gravidita se vyskytuje s frekvencí 1 ze 100–200 těhotenství, jako komplikace gravidit vzniklých spontánní koncepcí, častěji u metod asistované reprodukce. V 95 % se jedná o tubární graviditu, ze skupiny extratubárních lokalizací se abdominálně nachází pouze ve 0,4–1,3 % případů. Uvedenou kazuistikou popisujeme případ abdominální gravidity založené v širokém děložním vazů u pacientky po transferu čerstvého embrya do dutiny děložní, s oboustrannou laparoskopickou salpingektomií a s cisařským řezem v anamnéze. Příklad: 26letá žena byla referována z centra asistované reprodukce k řešení suspektní molární intrauterinní gravidity, která byla stanovena na základě ultrasonografického obrazu dutiny děložní a hladiny hCG. Bylo popsáno 20 mm vysoké nehomogenní endometrium cystického vzhledu při hodnotě hCG 39434 U/l a absenci klinických obtíží. Po provedení RCUI byla tato diagnóza s odstupem přehodnocena dle výsledků histologického vyšetření odebrané tkáně a dle dynamiky růstu hodnot hCG, nově pacientka udala bolest v podbřišku. Vaginální ultrasonografie byla zobrazena ektopická tkáň s vnitřní anechogenní zónou v blízkosti pravého ovaria. Umístění gravidity v ligamentum latum uteri bylo definitivně verifikováno při LSK revizi malé pánve a gravidita ošetřena exstirpací z širokého vazů děložního. Závěr: Abdominálně lokalizovaná ektopická gravidita je extrémně vzácná a je zatížena 7–8x vyšším rizikem mateřského úmrtí ve srovnání s tubárním těhotenstvím. Diagnóza ektopické gravidity je postavena na sumarizaci anamnestických dat a rizikových faktorů, klinických obtíží, ultrazvukového nálezu a dynamiky hCG jako pomocné metody. Z dostupných zdrojů je 91 % gravidit diagnostikováno pomocí ultrasonografie. Tímto sdělením reflektujeme nezanedbatelný význam všech složek algoritmu a pomocných vyšetřovacích metod v optimalizaci diagnostiky ektopické gravidity.

7. Prognostický význam genetických zmien u rakoviny krčka maternice

E. Kúdela¹, M. Nachajová¹, P. Kasajová¹, T. Balhárek², J. Višňovský¹, L. Plank², J. Danko¹

¹ Jesseniova lekárska fakulta, Univerzita Komenského, Gynekologicko-pôrodnícka klinika, Martin, SR

² Jesseniova lekárska fakulta, Univerzita Komenského, Ústav patologickej anatómie, Martin, SR

Úvod: Rakovina krčka maternice je jednou z najčastejších malignít v ženskej populácii. Medzi základné prognostické faktory patrí štádium ochorenia, postihnutie lymfatických uzlín, lymfóvaskulárna propagácia nádorového rastu a vybrané typy zhubných nádorov ako napr. malobunkový karcinóm. Žiadne iné markery doteraz nevykázali vzťah k prognóze ochorenia. Proces karcinogenézy je však spojený s viacerými genetickými zmenami; najčastejšie na 3. a 5. chromozóme, ktoré kódujú dôležité proteíny signálnych dráh a regulátory bunkového delenia. Metodika: V retrospektívnej pilotnej štúdii sme vybrali 20 pacientok s diagnózou karcinómu krčka maternice odoperovaných na Gynekologicko-pôrodníckej klinike JLF UK v Martine s následným follow-up 60 mesiacov. U každej pacientky bol odobratý cytologický ster do tekutého fixačného média. Následne bol cytologický materiál spracovaný pomocou metodiky fluorescenčnej in-situ hybridizácie, pričom sa sonda použila na označenie 3q26 a 5p15 chromozomálnych regiónov. Počet amplifikovaných farebných signálov bol vyhodnotený u každej vzorky a korelovaný s jednotlivými štádiami rakoviny krčka maternice a prežívaním pacientok. Výsledky Z dvadsiatich pacientok bolo klasifikovaných 14 v prvom štádiu a 6 v druhom resp. treťom štádiu ochorenia. Skvamocelulárny karcinóm bol diagnostikovaný u 15 pacientok, v 5 prípadoch bol potvrdený adenokarcinóm krčka maternice. U 5 pacientok bola zachytená recidíva v rozmedzí 20–24 mesiacov po operácii. Vzhľadom na malý súbor pacientok sú korelačné hodnoty sledovaných parametrov matematicky nesprávne. Amplifikácia regiónov 5p15 a 3q26 však vykazovala vysoké hodnoty práve u pacientok s vyšším štádiom ochorenia a v prípadoch s recidívou ochorenia, čo naznačuje agresívny fenotyp nádoru so sledovanými genetickými zmenami. Záver: Amplifikácia chromozomálnych regiónov 3q26 a 5p15 zaručuje nádoru vysoký malígný potenciál. Doteraz neboli publikované štúdie analyzujúce ich prognostickú hodnotu pri gynekologických malignitách. Prvé výsledky naznačujú nielen možnú prognostickú hodnotu genetických zmien ale aj budúcu prediktívnu hodnotu; hlavne čo sa týka využitia telomerázových inhibítorov v liečbe onkologických ochorení.

Kľúčové slová: rakovina krčka maternice, prognostický faktor, fluorescenčná in-situ hybridizácia. Podakovanie: Práca bola podporená grantom UK/287/2015.

8. Křeče na porodním sále: Diferenciální diagnostika, kazuistika

D. Krupičková

Stodská nemocnice a.s., gyn.-por. odd., Stod

Křeče jsou jedním z nejobávanějších příznaků, se kterými se lze na porodním sále setkat. Křeč (spasmus) je mimovolní stav, kdy dochází k nadměrnému či dlouhodobému stahu kosterní nebo hladké svaloviny. V těhotenství ohrožuje na životě jak matku, tak především plod. V první části příspěvku je rozebrána diferenciální diagnostika křečí na porodním sále (eklampsie, epilepsie, hyperventilace, metabolické příčiny, infekční příčiny, kardiovaskulární příčiny, intoxikace), dále možnosti diagnostiky, způsoby léčby a možnosti ukončení těhotenství vaginálním porodem nebo akutně císařským řezem. Ve druhé části je rozebrána kazuistika křečí na porodním sále z našeho pracoviště.

9. Polymorfismus NAT2 genu v etiopatogeneze mamárního karcinómu

P. Kasajová¹, V. Holubeková², A. Mendelová², P. Žubor¹, E. Kúdela¹, M. Nachajová¹, K. Dókuš¹, Z. Lasabová², J. Danko¹

^{1) Gynekologicko-pôrodnická klinika JLF UK a UNM Martin}

^{2) Martinské centrum pre biomedicínu, Divízia Onkológia JLF UK Martin}

Úvod: N-acetyltransferáza 2 gén (NAT2 gén) je lokalizovaný na chromozóme 8p21.3-23.1 a kóduje pre fázu II xenobiotický metabolizujúci enzým. NAT2 enzým zohráva veľmi dôležitú úlohu v metabolizme aromatických a heterocyklických amínov, a to prostredníctvom N- a O-acetylácie, ktoré sú zodpovedné za deaktiváciu a aktiváciu. Niektoré literárne zdroje uvádzajú potenciálnu súvislosť medzi polymorfizmami tohto génu a zvýšeným výskytom mamárního karcinómu. Cieľ: Cieľom našej prospektívnej štúdie bolo zistiť asociáciu medzi polymorfizmami NAT2 génu (rs1041983 C/T, rs1801280 T/C, rs1799930 G/A) a rizikom prsníkového karcinómu. Chceli sme určiť potenciálnu využiteľnosť vyšetřovania NAT2 génu vo včasnej diagnostike karcinómu prsníka a objasniť klinický prognostický význam nálezu polymorfizmov tohto génu v súvislosti s rakovinou prsníka. Metodika: Na detekciu možnej spojitosti medzi polymorfizmami NAT2 génu (rs1041983 C/T, rs1801280 T/C, rs1799930 G/A) a rizikom karcinómu prsníka sme vytvorili kontrolou- podloženú štúdiu, do ktorej bolo zaradených 198 žien hospitalizovaných na Gynekologicko-pôrodnickej klinike JLF UK a UNM v Martine. Pacientok s histologicky verifikovaným karcinómom prsníka bolo 98 a kontrolnú skupinu tvorilo 100 zdravých žien. Detekcia 3-och spomínaných polymorfizmov NAT2 génu bola realizovaná pomocou HRM analýzy. Výsledky: V našej populačnej štúdií sme zistili, že v prípade polymorfizmu rs1041983 C/T mali nositeľky genotypu CT alebo TT vyššie riziko karcinómu prsníka ako nositeľky genotypu CC (wild type). Rozdiel v distribúcii genotypov medzi sledovanými skupinami bol nesignifikantný. Pri vyšetřovaní polymorfizmu rs1801280 T/C sme zistili, že nositeľky C alely resp. genotypov TC alebo CC mali nižšie riziko karcinómu ako nositeľky genotypu TT. U nositeľky TC genotypu bolo signifikantne znížené riziko karcinómu prsníka. Rozdiel v distribúcii genotypov medzi skupinami bol signifikantný (p=0.02). V prípade rs1799930 G/A mali nositeľky A alely vyššie riziko karcinómu na rozdiel od genotypu GG, pričom u nositeľiek AA genotypu bolo riziko signifikantne zvýšené (p=0.04). Záver: Prítomnosť polymorfizmu NAT2 génu (rs1041983 C/T, rs1801280 T/C, rs1799930 G/A) môže ovplyvňovať rizikovosť jedínca k iniciácii karcinogenézy prsníka v populácii slovenských žien.

Kľúčové slová: karcinóm prsníka, NAT2 gén, polymorfizmy, riziko vzniku ochorenia.

Práca bola podporená grantom VEGA MŠ 1/0243/12, Grantmi UK 468/2011, 372/2012 a 116/2013 a Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy č. APVV-14-0815.

10. Kazuistika – Spontánní porod v termínu gravidity po inkarceraci dělohy manifestující se ve 27. týdnu těhotenství

M. Nováková, H. Heřman, L. Krofta, J. Vojtěch, L. Hašlík, J. Feyereisl

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4 – Podolí, 3. LF UK

Úvod: Inkarcerace dělohy je vzácná komplikace gravidity, která se vyskytuje s četností 1 : 3000 těhotenství. U 15 % žen se nachází děloha v retroverzi, tato poloha zůstává stejná i v I. trimestru gravidity. Na začátku II. trimestru dochází ke spontánní repozici retrovertované dělohy, která se postupně narovná a opouští malou pánev. Pokud dojde k jejímu zadržení v malé pánvi, hovoříme o inkarceraci dělohy. Nejčastější vyvolávající příčinou jsou adhezivní procesy v malé pánvi, endometrióza, tumory dělohy či tumory v oblasti malé pánve, vrození vývojové vady dělohy nebo tvarové odchylky kostěné pánve. Klinický obraz je variabilní – od asymptomatického průběhu, přes nespecifické obtíže jako gastrointestinální obtíže a urologické obtíže. Management těhotenství u pacientky s inkarcerací dělohy zahrnuje problémy s řadou porodnických komplikací jako růstová retardace plodu, intrauterinní úmrtí plodu, předčasný porod, ruptura dělohy v těhotenství i za porodu, cervikokorporální dystokie, poporodní krvácení, poranění močového měchýře u operačního porodu. Terapie inkarcerace dělohy při asymptomatickém průběhu je konzervativní, při jejím neúspěchu lze v první polovině gravidity provést pokus o manuální repozici dělohy. Při neúspěchu konzervativní terapie a progresi obtíží je nutné zvážít ukončení gravidity císařským řezem. Materiál: II/II, 36 let, st.p. spontánním porodu v r. 2011, OA: gastroezofageální reflux, dystopie pravé ledviny bez městnání, RA: bezvýznamná Pacientka odeslána ošetřujícím gynekologem pro hrozící předčasný porod, nejasný náález při cervikometrii a suspektně menší plod v g.h. 26+2. Dle vyšetřeni vyhloubení kosti křížové s dislokací pochvy a hrdla kraniální a ventrálně. Podezření na menší plod se nepotvrdilo, plod eutrofický, 46. percentil. Pacientka hospitalizována na klinice, byla zahájena indukce plicní zralosti, nastavena konzervativní terapie. Po zaučení rehabilitační sestrou pravidelné polohování a cvičení.

Pacientka po deseti dnech hospitalizace, kdy dochází k ústupu obtíží v g.h. 27+5 propuštěna do ambulantní péče. Výsledek: Pacientka dále sledována ambulantně, přichází na kliniku v g.h. 39+4 pro spontánní odtok plodové vody. Spontánní porod bez komplikací. Závěr: Inkarcerace dělohy je vzácná komplikace, která vede častěji k předčasnému porodu (potratu) a nutnosti provedení císařského řezu. Při správně vedené rehabilitační péči je možnost zlepšení stavu a donošení gravidity do termínu porodu.

11. Obtížná diagnostika u atypického děložního myomu

J. Zabloudivá

Gynekologicko-porodní oddělení, Nemocnice Kyjov p.o.

Cíl práce: Upozornit na problematiku ztížené diagnostiky u děložního myomu v důsledku jeho atypické struktury s následnou rozsáhlou operační léčbou. Typ práce: Kazuistika. Vlastní pozorování: Naše kazuistika prezentuje případ 48leté pacientky s nálezem obrovské tumorosní struktury vyplňující dutinu břišní, zobrazující se spíše jako novotvar. Zahájena veškerá stagingová vyšetření se snahou objektivizovat náález s přistoupením k operačnímu výkonu. Peroperačně náález cysticky zdegenerovaného tumoru, který se dle kryto vyšetření provedeného během výkonu jeví jako onkologicky suspektní, proto proveden kompletní operační výkon. Histologicky prokázán vzácný myxoidní leiomyom. Závěr: Děložní myomy jsou nejčastější nádory těla děložního. Tyto benigní nádory často podléhají strukturním degeneracím. Mezi velmi vzácné typy této strukturní přestavby patří myxoidní degenerace, která může připomínat komplexní cystickou masu. Pojem myxoidní leiomyom je vzácný patologický subtype děložního myomatózy a často bývá zaměňován s myxoidní degenerací myomu. V histologickém nálezu myxoidního leiomyomu vidíme myxoidní materiál mezi snopci hladké svaloviny děložní. Zobrazuje se jako solidní léze a v případě větších lézí se může jevit klinicky maligně. V diferenciální diagnostice je potřeba myslet na leiomyosarkom. Cílem této práce bylo poukázat na svízelnou diagnostiku a její terapeutické řešení. Kľíčová slova: Myomy, myxoidní degenerace, myxoidní myom, abdominální hysterektomie.

12. Těhotenství a porod žen s idiopatickými střevními záněty

K. Závorová

NH Hospital, Gynekologicko-porodnické oddělení, Hořovice

IBD postihují často mladé ženy v reprodukčním věku, které díky moderní medicíně mohou otěhotnět. Stále častěji se tak setkáváme s perinatologickou problematikou těchto chorob. Obecně platí, že u žen s IBD probíhá těhotenství s vyššími riziky komplikací. Zásadním faktorem pro fertilitu, bezproblémovou graviditu a dobré porodnické výsledky je stupeň aktivity zánětu v době koncepce a v průběhu těhotenství. Pokud je choroba inaktivní a výživa nemocné dostatečná, nedochází k poklesu fertility, průběh gravidity je bezproblémový, nehrozí větší nebezpečí zhoršení nemoci v graviditě a průběh těhotenství se neliší od zdravé populace. Opačná situace nastává, dojde-li k otěhotnění v době aktivity onemocnění. Pak až 75 % těhotenství probíhá s velkými problémy – klesá fertilita, dochází i ke zhoršení zánětu a zvyšuje se riziko exacerbace v graviditě, což zhoršuje průběh těhotenství a porodu a má negativní vliv na plod. U postižených žen bylo popsáno relativní riziko prematurity 1,87, hypotrofie 2,0, císařského řezu 1,5 a vrozených vývojových vad 2,37 – riziko je vyšší hlavně u žen s aktivní formou onemocnění [8]. Graviditu je tedy nutno plánovat do období delší stabilizace nemoci a pokračovat v chronické medikaci a nevysazovat ji pro obavy z negativního vlivu medikace na vývoj plodu. Naopak aktivní zánět matky během těhotenství představuje větší riziko pro plod než adekvátní léčba. Běžně užívané léky – aminosalicyláty, kortikoidy, imunosupresiva i biologická léčba – se jeví jako bezpečné a dobře tolerované během gravidity. Způsob porodu je individuální a závisí na formě a lokalizaci zánětu a předchozích operacích. Tato práce dává přehled o dědičnosti, fertilitě, průběhu gravidity, vlivu na plod a možnostech porodu. Zaměřuje se na naše vlastní zkušenosti se souborem 17 pacientek s různým stupněm postižení IBD (včetně pacientek po předchozích operacích – resekci střeva, hemikolektomii, ileostomii či s pouchem), které rodily na našem pracovišti.

13. Kazuistický případ metastatického postižení lymfatické uzliny endometriózou u pacientky s anamnézou invazivního adenokarcinomu děložního čípku

D. Vlčková¹, J. Lenz^{2,3}, R. Chvátal¹, M. Kavka⁴

^{1) Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Znojmo}

^{2) Patologicko-anatomické oddělení, Nemocnice Znojmo}

^{3) Cytohisto s.r.o., Břeclav}

^{4) Chirurgické oddělení, Nemocnice Znojmo}

Prezentujeme kazuistický případ 37leté pacientky s anamnézou invazivního adenokarcinomu čípku děložního stádia pT1a2. V důsledku nedostatečné LEEP konizace byla indikována totální laparoskopická hysterektomie s pánevní lymfadenektomií s minimální radikálitou. Peroperačně, jako náhodný náález, bylo vysloveno podezření na hlubokou infiltrující endometriózu parametriálních vazů a endometriomu levostranného ovaria, přičemž u pacientky zcela absentovaly jakékoli klinické příznaky tohoto onemocnění. Extenzivní histologické vyšetřeni neprokázalo reziduální epiteliální dysplázii či invazivní neoplázii, naopak diagnóza endometriózy byla potvrzena. Z histologického hlediska byl zajímavý náález solitární žlázovité léze v jedné pánevní lymfatické uzlině. Za použití širokého panelu imunohistochemických protilátek (AE1/AE3, CK7, CK20, CD10, p16, p53, CEA, estrogenových a progesteronových receptorů, vimentinu) byla finálně stanovena diagnóza endometriózy lymfatické uzliny s mírně aberantním imunofenotypem. Dále také diskutujeme diferenciální diagnózu žlázovitých lézí v pánevních lymfatických uzlinách, imunohistochemickou expresi estrogenových a progesteronových receptorů stromálních a epiteliálních buněk ve tkáni ektopického a ektoického endometria a etiopatogenezu postižení lymfatických uzlin endometriózou.

14. Asociácia vybraných genetických mutácií s rozvojom endometriózy u slovenských žien

J. Pitoňák¹, J. Gaľová², J. Bernasovská², M. Šima¹

¹ Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana, Klinika gynekológie a pôrodnictva, Prešov, Slovenská republika

² Fakulta humanitných a prírodných vied, Katedra biológie, Prešovská univerzita v Prešove, Prešov, Slovenská republika

Endometrióza je v súčasnosti relatívne často sa vyskytujúce chronické benígne ochorenie, ktoré nepatrí medzi život ohrožujúce ochorenia, ale môže byť príčinou bolesti a neplodnosti u žien, čo výrazne znižuje kvalitu ich života. Apoptóza alebo programovaná bunková smrť je jedným zo základných procesov zodpovedných za udržiavanie homeostázy v bunkových organizmoch.

U žien s endometriózou sa percento endometriálnych buniek podstupujúcich apoptózu výrazne znižuje a zvyšuje sa počet prežívajúcich buniek, ktoré aj naďalej vykazujú fyziologickú aktivitu. Rezistencia endometria voči apoptóze u žien s endometriózou môže byť spôsobená rôznymi faktormi, medzi ktoré patrí nevhodná transdukcia signálu pre apoptózu alebo neschopnosťou endometria produkovať indukčné alebo inhibičné proteíny u pacientok s endometriózou. Vápnik viažúci proteín ALG-2 je kódovaný génom programovanej bunkovej smrti 6 (PDCD6) tiež známym ako s apoptózou asociovaný gén 2 (ALG2). Mahul-Mellier a kol. (2008) potvrdili, že tento proteín zohráva dôležitú úlohu v mnohých procesoch apoptických dráh spôsobených stresom endoplazmatického retikula, čo indukuje smrť buniek so zapojením Ca²⁺ iónov. Nesprávna expresia génu kódujúceho tento proteín vedie k nadmernému prežívaniu endometriálnych buniek. Preto sme svoju pozornosť zamerali na dva vybrané jednonukleotidové polymorfizmy nachádzajúce sa v tomto géne a pokúsili sme sa potvrdiť/vývrátiť ich úlohu pri rozvoji a progresii endometriózy. Ciele: Objasniť spojitosť medzi dvomi vybranými jednonukleotidovými polymorfizmami (rs4957014 a rs3756712) v géne programovanej bunkovej smrti 6 (PDCD6) a rizikom rozvoja endometriózy. Metódy: Všetkým ženám zapojeným do štúdie bola odobraná vzorka DNA vo forme bukálného steru. Genetická analýza vybraných polymorfizmov bola uskutočnená prostredníctvom metódy Real-time PCR. Rozdiely vo frekvenciách alel a genotypov boli štatisticky vyhodnotené medzi kontrolnou skupinou a skupinou pacientok. Výsledky: Analyzovaný súbor pozostával z 52 žien s diagnostikovanou endometriózou a zo 63 kontrol. Frekvencia variantnej alely G bo la pri polymorfizme rs3756712 v skupine pacientok 0,42 a v kontrolnej skupine 0,29; čo predstavuje jej štatisticky signifikantne vyšší výskyt u žien, ktorým bola diagnostikovaná endometrióza (p = 0,029 a OR = 1,833). Prítomnosť alely G je spojená s takmer 1,9 krát vyšším rizikom, že u ženy u ženy dôjde k rozvoju endometriózy. Záver: Z dosiahnutých výsledkov vyplýva, že polymorfizmus rs3756712 je významne asociovaný s rizikom rozvoja endometriózy. Pri polymorfizme rs4957014 sme nezaznamenali žiadnu jeho spojitosť s rozvojom endometriózy.

Kľúčové slová: Apoptóza. Endometrióza. Gén programovanej bunkovej smrti 6. Jednonukleotidové polymorfizmy.

15. Asociácia tehotenských komplikácií s vybranými trombofilnými mutáciami so zameraním na rómske ženy

J. Pitoňák¹, A. Bôžiková², J. Bernasovská², M. Šima¹

¹ Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana, Klinika gynekológie a pôrodnictva, Prešov, Slovenská republika

² Fakulta humanitných a prírodných vied, Katedra biológie, Prešovská univerzita v Prešove, Prešov, Slovenská republika

Trombofilné stavy predstavujú heterogénnu skupinu vrodených alebo získaných porúch, ktoré sú charakterizované zvýšenou aktivitou hemokoagulačných mechanizmov a zvýšenou zrážanlivosťou krvi. Mimo tehotenstva je dominantným prejavom týchto porúch trombembolická choroba. V tehotenstve sa manifestujú širokou škálou prejavov, od hlbkej žilovej trombózy a pľúcnej embólie cez syndróm opakovaných tehotenských strát, predčasné odlučovanie placenty, ťažkú preeklampsiu, vnútro maternicovú rastovú retardáciu plodu až po vnútro maternicovú smrť plodu. Na základe doterajších výskumov sa predpokladá, že 65 % žien s uvedenými tehotenskými poruchami trpí niektorou z foriem trombofilie. Najčastejšie sa vyskytujú trombofiliami sú antifosfolipidový syndróm, rezistencia na aktivovaný proteín C, najčastejšie spôsobená tzv. Leidenskou mutáciou faktora V, mutácia génu pre protrombín (G20210A), deficit proteínu S, deficit proteínu C, deficit antitrombínu III a hyperhomocysteinémia, asociovaná s polymorfizmami v géne pre metyléntetrahydrofolát reduktázu (MTHFR). Samotný výskyt trombofilnej mutácie nemusí nutne znamenať nepriaznivý priebeh gravidity, o čom svedčí množstvo prospektívnych štúdií zameraných na priebeh tehotenstva u žien s týmito stavmi. Pravdepodobne existujú aj ďalšie faktory, ktoré predisponujú k nepriaznivému vývoju – vek pacientky, kombinácia dvoch a viacerých trombofilných stavov, vrodených i získaných, medzi ktoré treba zahrnúť aj samotné tehotenstvo. Cieľom našej práce bolo preskúmať asociáciu vybraných trombofilných mutácií (faktor V Leiden, MTHFR C677T a MTHFR A1298C) s komplikáciami v gravidite v skupine slovenských i rómskych žien. Nami skúmaný súbor tvorilo 170 pacientok, ktorých tehotenstvá mali patologický priebeh potenciálne súvisiaci s trombofilným stavom, a 184 kontrol (ženy s nekomplikovaným priebehom tehotenstva). Mutácie boli detekované pomocou real-time PCR metódy s využitím TaqMan sond. V súbore slovenských žien sme zistili štatisticky významne vyššiu frekvenciu faktora V Leiden (p=0,001; OR=5,9), ako aj mutácie MTHFR C677T (p=0,011; OR=1,7) v skupine pacientok oproti kontrolám. Výskyt mutácie MTHFR A1298C sa v skupine pacientok a kontrol štatisticky významne nelíšil. V súbore rómskych žien ani jedna zo skúmaných mutácií nepreukázala asociáciu s tehotenskými komplikáciami. Kľúčové slová: Trombofília. Tehotenské komplikácie. Rómska populácia. Faktor V Leiden. Mutácie MTHFR génu.

NaturGYN
Scarlett prírodnej péče pro ženu®

Účinná pomoc
po opakovaných vaginálnych infekciách
a výtoku neinfekčnej etiologie

bylinné vaginální tělísko

KLINICKY
SLEDOVÁNO
ÚČINNOST
PROKÁZÁNA

VĚKY OVĚŘENÁ
ČÍNSKÁ
RECEPTURA

7
ZNÁMÝCH BYLIN
A PRYSKYŘICE
BORNEOL

2
bylinná
vaginální
tělísko

DOPORUČUJE SE

- jako součást managementu chronického vulvovaginálního dyskomfortu (VVD) s dysmikrobií, nebo bez specifikovaných příčin
- jako management chronických výtoků mezi eradikací patogena a restitucí poševního prostředí probiotiky
- podpůrný prostředek k navození rovnováhy poševního prostředí

NÁVRH PŘI VVD

- diagnostika včetně mikroskopie
- přelčení primární infekce nebo dysmikrobie
- pro vyčištění a regeneraci sliznice
- pro snížení rizika recidivy vaginálních zánětů kúru opakovat do odeznění potíží

ÚČINKY

- obsahuje 7 známých, dokonale popsaných bylin a pryskyřice borneol
- vyrobeno podle věky prověřené čínské receptury
- účinky bylin vysvětlují příznivý efekt tělíska
- několik z nich má antiseptický efekt
- nemá žádné vedlejší účinky (ani TSS)



MIROSLAV SKALICKÝ
medicaHERBA

www.scarlett-medicaherba.cz

Zdravotnický prostředek. Balení obsahuje 2 tělíska.

DISTRIBUTOR: BIOVIT IMPEX CO. ČR, s.r.o., Sinkulova 683/34, 147 00 Praha 4 - Podolí, www.biovit.cz
Swiss natural SK, s.r.o., Líščie Nivy 23, 821 08 Bratislava, www.swissnatural.cz

DOVOZCE: Miroslav Skalický - medicaHERBA,
Jana Palacha 1552, 530 02 Pardubice

16. Borderline Tumory ovária – možnosť fertilitu zachovanej chirurgickej liečby

M. Šima, J. Pitoňák

FNsP J. A. Reimana, Gynekologicko-pôrodnická klinika, Prešov

BOT predstavujú pomerne kontroverznú oblasť onkogynekológie a to hlavne z pohľadu terapeutického prístupu, rozsahu chirurgickej intervencie, príp. následnej liečby a interpretácie peroperačnej histologizácie operačného materiálu. Ich incidencia zaznamenáva vďaka spresneniu histopatologických diagnostických kritérií stúpajúci trend. Neprítomnosť zrejmej stromálnej invázie je principiálnym histologickým diagnostickým kritériom BOT. Priemerný vek pacientok s diagnózou BOT je 40 rokov, pričom až 1/3 pacientok má menej ako 40 rokov. Otázka limitovanej, fertilitu zachovanej operačnej liečby, pri zachovaní onkologickej bezpečnosti je preto aktuálnou témou. Úvod príspevku stručne zhrňuje dve zásadne rozdielne cesty patogenézy BOT, rozdielne histologické subtypy BOT, s dôrazom na histologicky nepriaznivé varianty, dôveryhodnosť peroperačnej histológie, odkaz na klinický výstup. Cieľom príspevku je zhodnotenie chirurgického manažmentu BOT, so zameraním na možnosť limitovanej – onkologicky bezpečnej chirurgickej liečby, miesto laparoskopického prístupu v liečbe BOT, následný follow up. Selektovať pacientky vhodné na takúto zachovávajúcu liečbu bez zvýšeného rizika zhoršenia dlhodobého prežívania (zachovania onkologickej bezpečnosti) je výzvou dnešnej onkogynekológie.

17. Možnosti optimalizácie extrakcie voľnej cirkulujúcej plazmatickej DNA u pacientiek s pokročilým nádorovým ochorením prsnej žľazy.

M. Jagelková¹, M. Zelinová¹, Z. Laučeková², K. Chovancová¹, Z. Lasabová¹, K. Dókuš², J. Danko²

¹⁾ Martinské centrum pre biomedicínu – BioMed, JLF UK, Martin

²⁾ Gynekologicko-pôrodnická klinika JLF UK, Martin

Úvod: Voľne cirkulujúca plazmatická DNA (cfDNA) je u onkologických pacientiek významným zdrojom cirkulujúcej tumorovej DNA (ctDNA), ktorá v súčasnosti otvára nové možnosti neinvazívneho sledovania evolúcie nádorového ochorenia, vznikajúceho bežne v dôsledku onkologickej liečby. Vzhľadom na relatívne malé množstvo a zvýšenú fragmentáciu cfDNA je správny výber metód jej extrakcie kľúčovým krokom pre následné sekvenčné analýzy. Metodika: Od pacientok s pokročilým karcinómom prsníka bola odobratá periférna krv (10 ml) do K3 EDTA skúmaviek (Sarstedt) pred operáciou a 3. deň po operácii. Krvné vzorky boli spracované do 1 hod od odberu centrifugáciou 2200 RCF 8 min pri 4 °C. Odobratá plazma bola ďalej centrifugovaná 8 min pri 20 000 RCF pri 4°C na odstránenie zvyškov krvných buniek. Po spracovaní sme plazmu uskladnili v 1 ml alikvotoch (5 – 8ks) pri – 80°C. Na izoláciu voľne cirkulujúcej DNA (cfDNA) sme použili dva komerčne dostupné kity, a to QIAamp Circulating Nucleic Acid Kit (CNA kit) a QIAamp DSP Virus Kit (DSP kit) fy QIAGEN podľa protokolu poskytnutého výrobcom, s výnimkou predĺženia času elúcie z odporúčaných 3 minút na 30 minút. Kvantifikáciu množstva vyzolovanej cfDNA z jednotlivých vzoriek sme robili použitím Qubit dsDNA High Sensitivity Assays Kitu (Invitrogen, USA) na prístroji Qubit 3.0 Fluorometer (Invitrogen, USA). Porovnanie koncentrácií vyizolovanej cfDNA sme robili na základe paralelného vyšetrenia vzoriek krvnej plazmy pomocou oboch uvedených kitov. Výsledky: Priemerná koncentrácia cfDNA dosiahnutá extrakciou pomocou kitu DSP bola pred operáciou 5,77+/-1,27 ng/μl a kitom CNA 0,23 +/- 0,15 ng/μl (p < 0,0001). Podobne aj vyšetrenie na 3. deň pooperačne viedlo k izolácii DNA s koncentráciou 5,94 +/- 1,48 ng/μl v prípade kitu DSP a 0,40 +/- 0,13 ng/μl v prípade kitu CNA (p < 0,0001). Extrakcia cfDNA pomocou kitu DSP viedla v priemere k 20násobne vyššej koncentrácii cfDNA ako v prípade CNA kitu. Záver: Podľa našich zistení je za účelom izolácie cfDNA výhodnejšie používať DSP Virus Kitu fy QIAGEN, najmä ak je výťažnosť izolácie cfDNA, a teda jej koncentrácia, limitom pre následné sekvenčné analýzy ctDNA u onkologických pacientok. Ďalšou cestou zvýšenia výťažku cfDNA z plazmy pacientiek je spracovanie väčšieho objemu krvnej vzorky, prípadne tzv. in-house úpravy protokolov štandardne odporúčaných výrobcami komerčných kitov.

Podakovanie: Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe Zmluvy č. APVV.

18. Farmakoterapie endometriózy

M. Simonidesová, J. Drahoňovský, J. Hanáček, J. Feyereisl

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Endometrióza jako jiné chronické zánětlivé onemocnění vyžaduje dlouhodobý terapeutický plán s cílem maximálního využití medikamentózní terapie k navození dlouhých fází remise a omezení opakovaných operačních výkonů. Farmakoterapii endometriózy rozdělujeme na hormonální a nehormonální. Snaha vyvíjet nové nehormonální modalities vychází z možnosti ovulace a léčby i v čase koncepcie. Hormonální terapie je založená na navození hormonálně stabilního prostředí a anovulaci. Medikamentózní terapií první volby jsou nesteroidní antiflogistika, kombinované kontraceptiva a progestiny. V případě, že jsou neúčinná, možno volit jiné doporučené modalities. Poster poskytuje návod k správné farmakoterapii endometriózy.

19. Těhotenství, porod a šestinedělí u pacientky se vzácným Ehlers-Danlosovým syndromem

R. Peschout¹, V. Hořínová²

¹⁾ Nemocnice Jihlava p. o., Gynekologicko-porodnické oddělení, Jihlava

²⁾ Nemocnice Jihlava p. o., Ambulance klinického genetika, Jihlava

Poster mapuje prepartální a postpartální kasuistiku 33leté pacientky se vzácným genetickým onemocněním – Ehlers-Danlosovým

syndromem. Toto onemocnění se vyznačuje poruchou struktury a funkce kolagenu nebo enzymů, které souvisí s produkcí kolagenu. Existuje několik typů poruchy kolagenu, u naší pacientky byl diagnostikován vaskulární typ IV s mutací genu COL3A1. Tento typ je autosomálně dědičný s vysokým rizikem prasknutí cév, střeva, dělohy, krvácení v průběhu těhotenství. Mortalita v souvislosti s těhotenstvím je udávána 30 %, i když vzhledem k raritnosti onemocnění jsou literární prameny chudé. Průměrně se pacienti dožívají 48 let. Pacientka přes doporučení neotěhotnět se rozhodla pro těhotenství a spontánně otěhotněla. Na ambulanci pro riziková těhotenství byla referována v 9. týdnu s pestrou anamnézou. Pacientka v dětství dělala gymnastiku, pro opakované úrazy zanechala této činnosti, poté vyšetřena s ohledem na charakter kůže, kde časté jizvy a tvorba hematomů, v Dětské nemocnici v Brně a stanovena diagnóza Ehlers-Danlosova syndromu. Pacientka měla opakovaně drobné operace na kloubech rukou, nohou, plastiku kolena, rok před těhotenstvím konzervativně řešen hematoma v epigastriu. Pacientka byla důsledně poučena o riziku těhotenství a porodu (v literatuře dohledáno 82 pacientek, z nichž některé rodily vaginálně, ale spíše ve formě kasuistik). Pacientka sledována nefrologem, kardiologem, genetikem, hematologem vzhledem na rizika vyhledaná v literatuře. V průběhu těhotenství byl plánován porod císařským řezem s ohledem na velmi vysoké riziko ruptury dělohy a aorty. Všechna ultrazvuková vyšetření byla v normě. Pacientka byla sledována do 35 t. t., kdy došlo k odtoku plodové vody. Podány kortikoidy k dokončení maturace plic a byl proveden technicky velice náročný porod per s. c. (křehké tkáně, prořezávání šicího materiálu, větší krvácení) a vybaven plod mužského pohlaví 2400 g a 46 cm. U pacientky se objevil pooperačně hematoma v laparotomii, který řešen konzervativně, nicméně v průběhu šestinedělí došlo k rozpadu oper. rány až na fascii a dále byl poporodní průběh komplikován femoro-popliteální flebotrombózou. Ve spolupráci s ambulancí pro terapii chronických ran a hematologem zhojena laparotomie a sanována tromboza. U plodu provedena analýza DNA a potvrzena diagnóza onemocnění Ehlers-Danlosovým syndromem.

20. Vplyv genomických zmien na metabolizmus kolagénu u žien s defektom panvového dna

K. Biringer, P. Lukáč, E. Kúdela, P. Žúbor, J. Danko

Gynekologicko-pôrodnická klinika JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Prevalencia prolapsu panvových orgánov (POP – Pelvic organ prolapse) dosahuje v ženskej populácii až 40 % (Hendrix SL et al. 2002), odhadované celoživotné riziko chirurgickej liečby pre POP dosahuje v skupine 80 ročných žien až 20 % (Wu JM et al. 2014) a v celkovej ženskej populácii dosahuje 11–19 % (Smith FJ et al. 2010). POP má multifaktoriálnu etiopatogenézu a súčasný výskum prináša informácie o možných genetických vplyvoch poukazujúc na dôležitosť spojivových tkanív v štru ktúrach panvového dna. Zdá sa, že centrálnu úlohu zohráva najmä genomika a metabolizmus kolagénu 1. typu. Cieľom tejto štúdie je vyšetriť génový polymorfizmus (SNP – Single nucleotide polymorphism) génov pre kolagén typu 1 – COL1A1 (rs1800012) a matrixovú metaloproteinázu 1 – MMP1 (rs1799750) v populácii slovenských žien s POP pred chirurgickou intervenciou. Materiál a metódy: V období júna 2012 až júna 2015 sme celkovo vyšetřili 89 žien zo Žilinského kraja, pričom po splnení vstupných a vylučovacích kritérií sme vytvorili kontrolnú skupinu (n=21) postmenopauzálnych žien (vek ≥64 rokov) s POP štádia 0–1 bez známkov stresovej močovej inkontinencie (SUI – Stress urinary incontinence) a sledovanú skupinu (n=55) pre- a postmenopauzálnych pacientok s POP štádia 3–4 s/bez SUI. V oboch skupinách sme vyšetřovali SNP pre gény COL1A1 (rs1800012, 17 CH / 48 277 604, GGAATG[G>T]GGGCGG) a MMP1 (rs1799750, 11 CH / 102 670 496, AGAAAG[-G] ATATGA). Vyšetřenie sme vykonali z celej periférnej krvi pomocou dvoch metód – polymerázovej reťazovej reakcie (PCR) a tzv. High-resolution Melting Analysis (HRMA). Štatistika: Na tzv. single marker analýzu sme použili softvér HelixTree 2012 (Golden Helix Inc., USA). Fisherov exaktný test sme použili na stanovenie signifikancie odchýlky od Hardyho-Weinbergovej rovnice (HWE) a stanovenie základnej alelickej a genotypovej asociácie. Demografické dáta boli vyhodnotené Studentovým t-testom a Fisherovým exaktným testom. Úroveň signifikancie: p

21. Spôsob vedenia pôrodu u rodičiek v termíne pri polohe plodu pozdĺžnej koncom panvovým

M. Závodská, V. Cupaník, M. Semivan, J. Záhumenský

Gynekologicko-pôrodnická nemocnica, GPN s. r. o., Bratislava

Úvod: Cieľom práce je vyhodnotiť spôsob ukončenia pôrodu v termíne pri polohe plodu pozdĺžnej koncom panvovým, ako aj analýza indikácií k ukončeniu tehotenstva cisárskym rezom pred zahájením a počas kontrakčnej činnosti v GPN s. r. o. (Sanatórium Koch.) Materiál a metodika: Autori do analýzy zaradili všetky rodičky, ktoré porodili v období 1.1.2013–31.12.2015. a splňali nasledovné podmienky: gestačný vek vyšší než 37. týždeň, jednopočetné tehotenstvo a poloha plodu koncom panvovým (PPKP). Sledovaný súbor tvorilo 2 552 rodičiek, z ktorých 133 bolo s plodom naliehajúcim koncom panvovým v termíne pôrodu. Výsledky: V sledovanom období porodilo plod uložený v polohe pozdĺžnej koncom panvovým 133 (5,2 %) rodičiek. Elektívnym cisárskym rezom bolo ukončených 74 (55,6 %) týchto tehotenstiev, najčastejšie z indikácie samotného naliehania koncom panvovým (85 %). V prípade, že rodička splnila podmienky pre vaginálne vedenie pôrodu 59 (44,4 %), úspešne porodilo 40 (67,8 %). Akútny cisársky rez bol nevyhnutný v 14,3 % prípadov zväčša z indikácie distresu plodu. Najčastejším poranením pri vaginálne ukončenom pôrode bola epiziotómia, bez poranenia porodili častejšie viacrodičky. Priemerná pôrodná hmotnosť plodov bola 3 315 g, s výbornou pôrodnou adaptáciou (Apgarovej skóre 9–10). Záver: Analýza odhaľuje vysokú frekvenciu plánovaných cisárskych rezov, kedy je najčastejšou indikáciou samotné naliehanie plodu, kedy tehotná nespĺňala podmienky pre vaginálny pôrod. Napriek tomu, tento trend neovplyvňuje úspešnosť vaginálne zahájených pôrodov. Snahou autorov je v budúcnosti porovnať kritériá viacerých slovenských pôrodníc pre vedenie pôrodov pri polohe plodu koncom panvovým a porovnanie ich výsledkov.

22. Elektronický sběr validovaných dotazníků – roční zkušenosti a spokojenost

Z. Rušavý^{1,2}, M. Smažinka¹, M. Havíř¹, V. Kališ¹

¹⁾ Gynekologicko-porodnická klinika, FN Plzeň a LFUK v Plzni

²⁾ Biomedicínské centrum, Lékařská fakulta UK v Plzni

Východisko: Odběr anamnézy a objektivizace potíží pomocí validovaných dotazníků neodmyslitelně patří k urogynekologickému vyšetření. Dotazníky jsou navíc cenným nástrojem klinického výzkumu. Práce s dotazníky je však finančně a personálně náročná. Dotazníky vyplněné v papírové formě je nutno převést do formy elektronické k dalšímu zpracování. Vzhledem k omezenému personálu jsme na naší klinice vytvořili elektronický systém, umožňující vyplňování validovaných urogynekologických dotazníků pacientkou pomocí tabletu. Cíl: Cílem sdělení je prezentovat naše roční zkušenosti s elektronickým sběrem validovaných urogynekologických dotazníků a spokojenost pacientek s touto moderní metodou. Metodika: Do hodnocení jsme zahrnuli všechny ženy, které od 11/2014 do 11/2015 vyplnily pomocí tabletu validované urogynekologické dotazníky (KHQ, ICIQ-UI SF, PFDI, PFIQ-7, St.Mark's skóre, PISQ12 a PISQ-IR) v elektronické formě. Některé pacientky vyplnily dotazník vícekrát v rámci follow-up po rekonstrukčních operacích pánevního dna. Pacientky zároveň vždy vyplnily dotazník spokojenosti s elektronickou formou vyplňování. Výsledky: Ve sledovaném období bylo spolu s elektronickými dotazníky vyplněno celkem 193 dotazníků spokojenosti 155 pacientkami ve věku 25–79 let (věkové rozložení: <50 let – 29 dotazníků, 50–59 let – 39 dotazníků, 60–69 let – 65 dotazníků, 70–79 let 60 dotazníků). Celkem 65,3 % respondentek uvedlo, že jim elektronická forma vyplňování dotazníků zcela vyhovuje (40,4 %) či vyhovuje (24,9 %). 11 % uvedlo, že jim na formě nezáleží a 14 % zejména starších žen (ve věkové skupině 70–79 let až 25 %) elektronické vyplňování spíše nevyhovovalo. Dotazníky v papírové formě by raději vyplňovalo 9,8 % žen, opět se stoupajícím trendem s ohledem na věk. Vyplňování dotazníků na tabletu bylo velmi snadné pro 32,6 % respondentek, spíše snadné pro 36 %, spíše obtížné pro 13,5 %, obtížné pro 12,4 % a nemožné pro 5,7 % respondentek. Věk zde hrál výraznou roli, u žen do 60 let bylo vyplňování velmi snadné či spíše snadné pro 88,2 % respondentek, naopak pro žádnou nebylo vyplňování nemožné. U pacientek starších 60 let bylo vyplňování velmi snadné či spíše snadné pro 57,6 % a nemožné pro 8,8 %. Rovněž byl pozorován sestupný trend v počtu dotazníků vyplněných pacientkou bez pomoci s věkem (< 50let – 86,2 %, 50–59 let – 61,5 %, 60–69 let – 36,9 % a 70–79 let – 21,7 %). Všichni lékaři pozorovali výrazné ulehčení a urychlení klinické i vědecké práce. Závěr: Elektronické vyplňování validovaných urogynekologických dotazníků pacientkou pomocí tabletu je bezpečné, přesné, rychlé a relativně snadné řešení. Pacientkami je všeobecně spíše kladně přijímáno, zejména mladšími ženami a po opětovném vyplňování. Lze očekávat, že počet žen s kladným přístupem k této nové metodě bude v budoucnu narůstat. V současné době připravujeme kvalitnější systém, který by měl ulehčit vyplňování starším pacientkám a ještě více usnadnit práci personálu. Podpora: Podporováno projektem CZ.1.05/2.1.00/03.0076

23. Zmeny fetó-fetálnej cirkulácie pred a po liečbe fetoskopicky riadenou laserovou fotokoaguláciou MoBi gravidity s TTTS IV st. Kazuistika

M. Vagaská¹, M. Horánska¹, K. Hodík², F. Grochal³

¹⁾ Gynekologicko-pôrodnické oddelenie I., FNsP Prešov

²⁾ Porodnická a gynekologická klinika FN Hradec Králové

³⁾ FEMICARE s.r.o., Martin

Práca je obsahovo zameraná na objasnenie problematiky syndrómu fetó-fetálnej transfúzie (twin-to-twin transfusion syndrome-TTTS), ako jednej zo závažných komplikácií monochoriálnej gravidity. Poukazuje na diagnostiku, management a terapiu. Definuje klasifikáciu, štádiá ako aj typické znaky TTTS v ultravukovom obraze. Incidencia syndrómu fetó-fetálnej transfúzie je 15–20 % monochoriálnych biamniálnych gravidít, celkovo 4 % všetkých dvojčiat. Závažnosť TTTS závisí od štádia a od gestačného týždňa, v ktorom bol diagnostikovaný. Pri jeho vzniku do 24 týždňa gravidity treba počítať s 90–94 % mortalitou. Jedinou kauzálnou liečbou je fetoskopická laserová fotokoagulácia cievnych spojok v spoločnej placente obyčajne realizovaná medzi 18–26 týždňom gravidity. V našej kazuistike je opísaný prípad TTTS s hydropsom jedného z monochoriálnych dvojčiat (stage IV. TTTS), ktorý bol diagnostikovaný už v 15t0d tehotenstva. Pre hroziace odumretie plodov bolo potrebné už v 16t6d pristúpiť k fetoskopicky riadenej laserovej fotokoagulácii aj s vedomím vysokého rizika predčasného odtoku plodovej vody. Operačným zásahom a ďalším managementom sa nám podarilo pôrod oddialiť do 34 týždňa gravidity aj napriek komplikácii ruptúry plodových obalov v 27 týždni gravidity. Vzhľadom k vzniku hydropsu a amputácie diastoly spojenou s bradykardiou u donora, sme sa rozhodli pre ukončenie gravidity cisárskym rezom. Vybavené boli dva živé plody ženského pohlavia 680 g (pôvodný recipient – 2 pupočníkové cievky) a 1 600 g (pôvodný donor – 3 pupočníkové cievky), bez známk RDS s následnou observáciou na NJIS. Po 3 týždňovej hospitalizácii na novorodeneckom oddelení deti boli prepustené do domácej starostlivosti. U menšieho z nich (pôvodného recipienta) bol realizovaný uzáver defektu predsieňového defektu perikardiálnou záplatom a následne hybridný uzáver komorového defektu. U donora boli popísané známky obhového preťaženia ako aj sekundárna dilatácia ľavej predsieni. V súčasnej dobe sú deti vo veku 3 rokov, ich psychomotorický vývoj zodpovedá veku a sú sledované na kardiologickej ambulancii. Záver: TTTS patrí medzi závažné komplikácie viacplodovej tehotnosti. Každý z nás sa počas svojej praxe môže s ním stretnúť. Preto je dôležitá včasná diagnostika ako aj správny následný management pacientky. Týmto by sme chceli poukázať hlavne na tímovú spoluprácu medzi lekármi, čo úspešne napomohlo k záchrane, prežitiu a dúfajme, že aj k dobrému zdravotnému stavu obidvoch gemín.

24. Klostrídiová sepsa po cisárskom reze. Kazuistika

M. Vagaská¹, M. Kyselý¹, M. Horánska¹, J. Vaško ml.², E. Pálenčíková³, A. Pružinská⁴

¹⁾ FNsP Prešov, Gynekologicko-pôrodnické oddelenie I., Prešov

²⁾ FNsP Prešov, Chirurgická klinika, Prešov

³⁾ FNsP Prešov, Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny, Prešov

⁴⁾ FNsP Prešov, Klinická patológia Prešov

Prednáška je obsahovo zameraná na objasnenie problematiky puerperálnej sepsy ako jeden zo závažných stavov „post partum“. Poukazuje na diagnostiku, klinický obraz a následný management v terapii postpartálnej infekcie a septického šoku. Definuje pojmy sepsa, septický šok a multiorgánové zlyhanie. Vlastná kazuistika opisuje prípad ťažkej klostrídiové sepsy spojené s gangrenou maternice po cisárskom reze a možnosťami jej terapie. Najčastejším etiologickým agens spôsobujúcim plynovú sneť je Clostridium perfringens. V zahraničnej literatúre sa môžeme stretnúť s popisom klostrídiové sepsy hlavne v spojitosti so septickým potratom. Puerperálna sepsa spôsobená Clostridium perfringens po cisárskom reze patrí medzi veľmi zriedkavé a závažné stavy s vysokou morbiditou a mortalitou aj napriek intenzívnej liečbe. V súčasnosti bolo popísaných len málo kazuistik v tejto oblasti. Autori sa v tejto prednáške podrobne venujú klinickému obrazu plynovej sneti maternice, jej diagnostike (USG, CT) čo je doplnené početnou fotodokumentáciou. Pozornosť je venovaná postupom v chirurgickej terapii puerperálnej sepsy. Význam tejto prednášky spočíva v možnostiach interdisciplinárnej spolupráce pri diagnostike, managemente a terapii ťažkých septických stavov post partum.

25. PANORAMA™ test v Biopstické laboratoři – neinvazivní prenatalní test nejčastějších aneuploidii a mikrodelečních syndromů

M. Putzová^{1,3}, M. Hasch¹, I. Šubr², J. Kašpírková¹, T. Vaněček^{1,2}, M. Michal^{1,2}

¹⁾ Biopstická laboratoř s.r.o., Plzeň

²⁾ FN Plzeň, Plzeň

³⁾ ÚBLG, FN v Motole, Praha

Panorama NIPT test je neinvazivní prenatalní test, který je v současné chvíli zaváděn v Biopstické laboratoři ve spolupráci s firmou Natera, USA. Jedná se o neinvazivní prenatalní test trizomií chromozomů 13, 18, 21 s možností určení pohlaví, včetně detekce vad pohlavních chromozomů. V rozšířené vezi testu lze detekovat rovněž vybrané mikrodeleční syndromy. 22q11.2 Panorama NIPT test patří mezi screeningové metody. Test standardně analyzuje velikost fetální frakce: analyzovatelné jsou i vzorky s velice nízkou fetální frakcí (2,8 %), proto je tento test jako jediný z NIPT metod validován pro použití v prvním trimestru, lze jej provést již od ukončeného 9. TT. Metoda je založena na cíleném sekvenování vybraných oblastí a jejich následné analýze. Díky této technologii je Panorama test v několika ohledech unikátní. Jako jediný dokáže spolehlivě rozlišit volnou fetální DNA od mateřské, je schopen rozpoznat triploidii u plodu, identifikuje syndrom mízejícího dvojčete a odhalí maternální mozaicismus. NIPT testy používající NGS technologie založené na shotgun sekvenování toho nejsou schopné. Díky tomu Panorama test poskytuje nejpreciznější výsledky. Při srovnání publikovaných NIPT metod bylo u Panoramy docíleno nejnižší falešné positivity (0,35 %) i negativity (0,67 %) a nejvyšší pozitivní prediktivní hodnoty. Výsledky Panoramy testu jsou v současné chvíli publikovány na souborech čítajících více než 80 tisíc pacientek. Vzhledem k hodnotám sensitivity a specifity je možné test doporučit pacientkám nejen ve vysokorizikových, ale i v nízkorizikových skupinách bez ohledu na primární riziko, s výjimkou pacientek, u kterých je primárně indikován invazivní výkon, především z důvodu abnormálního ultrazvukového nálezu.

26. Kmeňové bunky z perinatálnych tkanív – súčasnosť a perspektívy

E. Dosedla¹, Z. Halászová²

¹⁾ Gynekologicko-pôrodnická klinika LF UPJŠ, 1. súkromná nemocnica Košice-Šaca a.s.

²⁾ Slovenský register placentárnych krvotvorných buniek Eurocord-Slovakia, Bratislava

Pupočníková a placentárna krv, ktorá ostáva v pupočnej šnúre a placente po narodení dieťaťa, rovnako ako tkanivo pupočníka a tkanivo placenty, sú bohatým zdrojom kmeňových buniek. Podľa najnovších vedeckých poznatkov a trendov majú kmeňové bunky potenciál pri liečbe širokého spektra ochorení. V pupočníkovej a placentárnej krvi sa nachádzajú najmä krvotvorné a mezenchymálne kmeňové bunky. V tkanive pupočníka a placente sú prevažne zastúpené mezenchymálne kmeňové bunky. Tie sú schopné regenerovať ať poškodené tkanivo najmä vďaka svojim dvom vlastnostiam - schopnosti diferenciácie a imunomodulácie. Kým ich schopnosť diferenciácie umožňuje nahradiť poškodené tkanivo, imunomodulačnými schopnosťami znižujú zápalové procesy prítomné pri poškodení tkaniva a tým umožňujú ich samotnú regeneráciu. Už niekoľko rokov je narastajúci trend klinických štúdií overujúcich a využívajúcich kmeňové bunky v oblasti regeneratívnej medicíny. Táto oblasť sa zaoberá možnosťami regenerácie rôznych opotrebovaných a poškodených tkanív. Regeneráciu poškodeného či nefunkčného tkaniva kmeňové bunky zabezpečujú práve vďaka schopnosti diferenciácie a imunomodulácie. Takéto klinické štúdiá prebiehajú vo viacerých oblastiach medicíny, najmä však v neurológii (všeob. oneskorený vývoj, hypoxicko-ischemická encefalopatia, detská mozgová obrna, traumatické poškodenia mozgu, mŕtvica, autizmus + ASD ai.), ale aj v kardiológii (HLHS), pri liečbe popálení, či získanej strate sluchu. Vo väčšine klinických štúdií sú uprednostňované autológne, čiže vlastné kmeňové bunky. V minulom roku bola otvorená štúdia, ktorá skúma účinnosť autológnej transplantácie kmeňových buniek z pupočníkovej krvi u detí s detskou mozgovou obrnou aj na Slovensku. Do štúdie môžu byť zaradené deti so spastickým typom detskej mozgovej obrny a uloženou autológnou pupočníkovou krvou. Pre zaradenie do štúdie musia detskí pacienti splňať presne stanovené kritériá. Prvým deťom už bola pupočníková krv podaná. Vďaka klinickým štúdiám sa otvárajú nové možnosti liečby. Môže ísť o rozšírenie už existujúcej liečby alebo zavedenie novej liečby pri doteraz neliečiteľných ochoreniach. Klinické štúdie tak predstavujú veľký prínos pre samotných pacientov, keďže prostredníctvom nich získavajú prístup k inovatívnej liečbe.



Vakcína proti lidskému papilomaviru
[typy 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58]
(rekombinantní, adsorbovaná)

Gardasil® 9 injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce
9valentní očkovací látka proti lidskému papilomaviru (rekombinantní, adsorbovaná)

Složení: 1 dávka (0,5 ml) obsahuje přibližně: Papillomaviri humani typus 6 proteinum L1 30 µg, Papillomaviri humani typus 11 proteinum L1 40 µg, Papillomaviri humani typus 16 proteinum L1 60 µg, Papillomaviri humani typus 18 proteinum L1 40 µg, Papillomaviri humani typus 31 proteinum L1 20 µg, Papillomaviri humani typus 33 proteinum L1 20 µg, Papillomaviri humani typus 45 proteinum L1 20 µg, Papillomaviri humani typus 52 proteinum L1 20 µg, Papillomaviri humani typus 58 proteinum L1 20 µg. Amorfní aluminium-hydroxyfosfát-sulfát jako adjuvans (0,5 mg Al). **Indikace:** Přípravek Gardasil 9 je indikován k aktivní imunizaci jedinců ve věku od 9 let proti následujícím HPV onemocněním: premalignní léze a cervikální, vulvální, vaginální a anální karcinomy způsobené HPV typy obsaženými v očkovací látce; genitální bradavice (*Condyloma acuminata*) způsobené specifickými HPV typy. **Dávkování a způsob podání:** Základní očkovací schéma sestává ze 3 samostatných 0,5ml dávek podaných podle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Pokud je nezbytné použití alternativního očkovacího schématu, musí být 2. dávka podána alespoň 1 měsíc po první dávce a 3. dávka musí být podána alespoň 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky musí být podány v průběhu jednoho roku. Potřeba posilovací dávky nebyla stanovena. Doporučuje se, aby jedinci, kteří dostanou jako 1. dávku přípravek Gardasil 9, dokončili 3dávkové očkovací schéma přípravkem Gardasil 9. Studie se smíšeným (zaměnitelným) režimem očkovacích látek nebyly s přípravkem Gardasil 9 provedeny. Jedinci dříve očkovaní v 3dávkovém schématu kvadrivalentní očkovací látkou proti HPV typům 6, 11, 16 a 18 (qHPV) mohou dostat 3 dávky přípravku Gardasil 9. **Pediatrická populace (děti ve věku ≤ 9 let):** Bezpečnost a účinnost přípravku Gardasil 9 u dětí ve věku méně než 9 let nebyla stanovena. **Populace žen ve věku ≥ 27 let:** Bezpečnost a účinnost přípravku Gardasil 9 u žen ve věku 27 let a více nebyla studována. Očkovací látku je nutno aplikovat intramuskulární injekcí (preferuje se oblast deltového svalu horní paže nebo horní anterolaterální oblast stehna). Přípravek Gardasil 9 nesmí být aplikován intravaskulárně, subkutánně nebo intradermálně. Očkovací látka nesmí být smíchána s žádnou jinou očkovací látkou ani roztokem v jedné injekční stříkačce. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. Jedinci s hypersenzitivní reakcí po předchozí aplikaci přípravku Gardasil 9 nebo SILGARD nesmí dostat přípravek Gardasil 9. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Musí být k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled pro případ vzácných anafylaktických reakcí po podání očkovací látky. Zejména u dospívajících může v důsledku psychogenní reakce na vpich jehly dojít po jakémkoliv očkování, nebo dokonce i před ním, k synkopě (mdlobám), někdy doprovázené pádem. Při probírání se z mdlob se mohou objevit některé neurologické projevy, jako jsou přechodné poruchy vidění, parestezie a tonicko-klonické pohyby končetin. Proto mají být očkovaní jedinci sledováni přibližně 15 minut po podání očkovací látky. U jedinců s akutním závažným febrilním onemocněním je třeba očkování odložit. Méně závažné infekce jako mírný zánět horních cest dýchacích nebo horečka nízkého stupně nejsou kontraindikací k imunizaci. Stejně jako u jakékoliv očkovací látky nemusí očkování přípravkem Gardasil 9 zajistit ochranu všem očkovaným. Očkovací látka chrání pouze proti onemocněním, která jsou způsobena typy HPV, na které je očkovací látka zaměřena. Proto je nezbytné i nadále používat vhodná opatření proti sexuálnímu přenosnému onemocnění. Očkovací látka je pouze k profylaktickému použití a nemá žádný účinek na aktivní infekci HPV nebo klinicky prokázané onemocnění. Není také určena k prevenci progresu jiných zjištěných lézí souvisejících s HPV. Přípravek Gardasil 9 nezabrání lézím způsobeným typem HPV obsaženým v očkovací látce u jedinců již infikovaných tímto HPV typem v době očkování. Protože žádná očkovací látka nemá 100% účinnost a přípravek Gardasil 9 neposkytne ochranu proti všem typům HPV nebo proti infekci HPV přítomné v době očkování, zůstává cervikální screening kriticky důležitý a musí probíhat v souladu s lokálními doporučeními. Nejsou k dispozici žádné údaje ohledně použití přípravku Gardasil 9 u jedinců s poruchou imunitní odpovědi. Jedinci s poruchou imunitní odpovědi v důsledku užívání účinné imunosupresivní léčby, genetické poruchy, infekce virem lidské imunodeficiency (HIV) nebo dalších příčin nemusí na očkovací látku reagovat. U jedinců s trombocytopenií nebo jakoukoliv jinou poruchou srážlivosti musí být tato očkovací látka aplikována s opatrností kvůli možnému krvácení po intramuskulární aplikaci. Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se bezpečnosti, imunogenity nebo účinnosti, které by podpořily zaměnitelnost přípravku Gardasil 9 s bivalentní nebo kvadrivalentní očkovací látkou proti HPV. **Interakce:** Bezpečnost a imunogenita u jedinců, kteří dostali imunoglobuliny nebo krevní deriváty v průběhu 3 měsíců před očkováním, nebyla v klinických studiích hodnocena. **Použití s dalšími očkovacími látkami:** Gardasil 9 může být podán současně s kombinovanou posilovací (booster) očkovací látkou obsahující diftérii (d) a tetanus (T) buď s pertusí [acelulární komponenta] (ap) a/nebo s poliomyelitidou [inaktivovaná] (IPV) (očkovací látky dTap, dT-IPV, dTap-IPV). **Použití s hormonální antikoncepcí:** V klinických studiích 60,2 % žen ve věku 16 až 26 let, kterým byl aplikován přípravek Gardasil 9, užívalo v průběhu očkovací fáze klinické studie hormonální antikoncepci. Nezdálo se, že by užívání hormonální antikoncepce ovlivňovalo typově specifickou imunitní odpověď na přípravek Gardasil 9. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici žádné údaje u lidí ohledně účinku přípravku Gardasil 9 na fertilitu. Studie na zvířatech nenaznačují škodlivé účinky na fertilitu. Údaje získané z rozsáhlého souboru těhotných žen (více než 1000 ukončených těhotenství) nenaznačují žádné malformační účinky nebo fetální/neonatalní toxicitu přípravku Gardasil 9. Studie na zvířatech neprokazují reprodukční toxicitu. Nicméně tyto údaje nejsou považovány za dostačující pro to, aby mohlo být použití přípravku Gardasil 9 doporučeno v průběhu těhotenství. Očkování musí být odloženo až po ukončení těhotenství. Přípravek Gardasil 9 lze během kojení aplikovat. **Nežádoucí účinky:** Celkem 15 776 jedincům (10 495 jedinců ve věku 16 až 26 let a 5 281 dospívajících ve věku 9 až 15 let při zařazení do studie) byl podán přípravek Gardasil 9. Několik jedinců (0,1 %) skončilo kvůli nežádoucím účinkům. Nejčastějšími nežádoucími účinky pozorovanými po aplikaci přípravku Gardasil 9 byly reakce v místě aplikace injekce (84,8 % očkovaných jedinců v průběhu 5 dnů po některé z očkovacích návštěv) a bolest hlavy (13,2 % očkovaných jedinců v průběhu 15 dnů následujících po některé z očkovacích návštěv). **Uchování:** V chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte předplněnou injekční stříkačku v krabíčce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek Gardasil 9 musí být po vyjmutí z lednice podán co nejdříve, jak je to možné. Stabilitní údaje naznačují, že složky očkovací látky jsou stabilní po dobu 72 hodin, pokud jsou skladovány při teplotách od 8 °C do 25 °C nebo od 0 °C do 2 °C. Po uplynutí této doby musí být přípravek Gardasil 9 použit nebo zlikvidován. Tyto informace jsou určeny pouze pro zdravotnické pracovníky v případě dočasného teplotního výkyvu. **Léková forma:** Injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Čirá tekutina s bílou sraženinou. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi Pasteur MSD SNC, 162 avenue Jean Jaurès, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo(a):** EU/1/15/1007/002, EU/1/15/1007/003. **Datum revize textu:** 10. 6. 2015.

Výdej léku je vázaný na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
Dříve než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku.

1. SPC Gardasil 9, poslední revize textu 10. 6. 2015.

JEDINÁ VAKCÍNA PROTI HPV, KTERÁ ZAHRNUJE 9 TYPŮ HPV

Vakcína proti lidskému papilomaviru
[typy 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58]
(rekombinantní, adsorbovaná)

**ROZSÁHLEJŠÍ POKRYTÍ
ONEMOCNĚNÍ DÍKY VĚTŠÍMU
POČTU TYPŮ HPV OBSAŽENÝCH
VE VAKCÍNĚ.
VYSOKÁ ÚČINNOST PROTI
KARCINOMŮM A ONEMOCNĚNÍM
ZPŮSOBENÝM 9 TYPY HPV.**



GARDASIL®9 chrání proti typům HPV, které způsobují:¹

- 90 % cervikálních karcinomů
- 85–90 % vulválních karcinomů
- 80–85 % vaginálních karcinomů
- 90–95 % análních karcinomů
- 90 % kondylomat

**VAKCÍNA GARDASIL®9 POMÁHÁ CHRÁNIT VAŠE
PACIENTY PROTI VĚTŠÍMU POČTU KARCINOMŮ
A ONEMOCNĚNÍ SOUVISEJÍCÍCH S HPV**



IV. spoločná konferencia SGPS SLS a ČGPS ČLS JEP

INCHEBA Expo, Bratislava
25. – 28. máj 2017

www.sgps-kongres.sk
www.sgps.sk



Agentúra KAMI

Letná 70, 052 01 Spišská Nová Ves

Tel.: 00421 / 905 / 530 158
00421 53 / 44 12 372

email: kami@agenturakami.sk
www.agenturakami.sk

