

7.

SPOLEČNÝ KONGRES
ČGPS ČLS JEP a SGPS SLS

Karlovy Vary
Hotel Thermal
16.-19. 9. 2021



ODBORNÝ PROGRAM SBORNÍK ABSTRAKT

Primátorka města Karlovy Vary Ing. Andrea Pfeffer Ferklová
přejímá záštitu nad **7. společným kongresem ČGPS ČLS JEP a SGPS SLS.**

Ministr zdravotnictví České republiky Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA
přejímá záštitu nad **7. společným kongresem ČGPS ČLS JEP a SGPS SLS.**

Generální partner:



Hlavní partneři:



Mediální partner:



Vystavovatelé:

APERUS MEDIA s.r.o.
ARDEZ PHARMA, spol. s.r.o.
ARISTO PHARMA s.r.o.
Artmedico, s.r.o.
AURA Medical s.r.o.
AXONIA, a.s.
Besins Healthcare Czechia s.r.o.
BIONIK Stapro Group s.r.o.
BIOVIT IMPEX CO. ČR, s.r.o.
BP Healthcare s.r.o.
BTL zdravotnická technika, a.s.
Care comm s.r.o.

CORD BLOOD CENTER AG
DATABÁZE LÉČIV
EGIS Praha spol. s.r.o.
FertiCare Clinics
FORSON CZ s.r.o.
GENNET, s.r.o.
GHC GENETICS, s.r.o.
HARTMANN – RICO a.s.
HEATON Group a.s.
Hnutí Pro život ČR, o.s.
LACOMED, spol. s.r.o.
Maxdorf s.r.o.

MEDAX Systems s.r.o.
MEDICI - H IMP s.r.o.
Medirex Servis, s.r.o.,
– člen MEDIREX GROUP
MEDPLUS s.r.o.
Merck Sharp & Dohme s.r.o.
NIMOTECH, s.r.o.
PROFIMED s.r.o.
ROCHE s.r.o.
RQL s.r.o.
S&T Plus s.r.o.
Zentiva, k.s.

Vědecký sekretariát kongresu:

Ústav porodní asistence, FZV UP
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
T: +420 585 632 852, +420 585 632 661
E: abstraktakv2020@gmail.com

Organizační zajištění:

G-AGENCY s.r.o.
Horní nám. 285/8, 772 00 Olomouc
M: +420 724 277 964, +420 720 998 678
F: +420 585 234 499
E: info@g-agency.eu, www.g-agency.eu

Akce je pořádána dle stavovského předpisu ČLK č. 16 a je zapsána v Systému celoživotního vzdělávání lékařů.

Prezidenti kongresu

MUDr. Vladimír Dvořák st., Ph.D.

doc. MUDr. Miroslav Korbel, CSc.



Předseda vědecké rady kongresu

prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Viceprezidenti kongresu

doc. MUDr. Peter Urdzík, Ph.D.

MUDr. Petr Křepelka, Ph.D.

Členové vědecké rady kongresu

Jozef Adam
Martina Bašková
Tibor Bielík
Kamil Biringer
Miroslav Borovský
Zuzana Čepická Líbalová
Ján Danko
Róbert Dankovčík
Tomáš Danyš
Vladimír Dvořák st.
Jaroslav Feyereisl
Peter Harbulák
Olga Hlaváčková
Ivan Hollý
Lukáš Hruban
Ida Hurtíková
Ivan Huvar
Marian Kacerovský
Jan Kestřánek
Peter Kaščák

Ludovít Janek st.
Petr Janků
Petr Jílek
Miloslava Kameníková
Miroslav Korbel
Peter Kováč
Alexandra Křišťůvková
Ladislav Krofta
Marek Ľubušký
Tomáš Malík
Alois Martan
Jaromír Mašata
Alena Měchurová
Michal Mihula
Miloš Mlynček
Marek Ožana
Jan Nový
Petra Pařízková
Martin Petrenko
Radovan Pilka
Martin Redecha

Mikuláš Redecha
Lukáš Rob
David Rumpík
Igor Rusňák
Aleš Skřivánek
Alexandra Stará
Ondřej Šimetka
Jiří Špaček
Ján Štencl
Zdeněk Tesař
Marian Tholt
Radovan Turyna
Vít Unzeitig
Jakub Uher
Peter Urdzík
Petr Velebil
Jozef Višňovský
Vít Weinberger
Jozef Záhumenský
Michal Zikán

HARMONOGRAM

ČTVRTEK 16. 9. 2021, hotel Thermal		
13.00 – 16.00	Salonek MOSER, budova A, 1. p.	WORKSHOP Kolposkopie a cervikální patologie
13.00 – 16.00	Projekční síň A, 1. p.	WORKSHOP Urogynekologie
13.00 – 16.00	Projekční síň C, 1. p.	WORKSHOP Naléhání plodu koncem pánevním
13.00 – 16.00	Kongresový sál, budova A, 1. p.	WORKSHOP Ultrazvuk v rukách gynekologa – klíč ke správné diagnóze
13.00 – 16.00	červený salonek, 1. p.	WORKSHOP Mikroskopie v diferenciální diagnostice vulvovaginitid
PÁTEK 17. 9. 2021, hotel Thermal		
09.00 – 09.30	Velký sál, budova B, přízemí	Zahájení kongresu
09.30 – 12.30	Velký sál, budova B, přízemí	Prenatální péče
12.30 – 13.00	Velký sál, budova B, přízemí	Satelitní symposium společnosti Exeltis Czech s.r.o.
13.15 – 13.45	Velký sál, budova B, přízemí	Satelitní symposium společnosti Bayer s.r.o.
11.30 – 15.00	Restaurace, budova A, -1. p.	Přestávka – oběd
14.00 – 17.00	Velký sál, budova B, přízemí	Ambulantní gynekologie, jednodenní chirurgie
17.00 – 19.00	Velký sál, budova B, přízemí	Výroční sjezd ČGPS ČLS JEP
SOBOTA 18. 9. 2021, hotel Thermal		
09.00 – 10.30	Velký sál, budova B, přízemí	Gynekologická endokrinologie, asistovaná reprodukce
10.45 – 12.30	Velký sál, budova B, přízemí	Etická a právní problematika v gynekologii a porodnictví, soudní znalectví
12.30 – 13.15	Velký sál, budova B, přízemí	Satelitní symposium společnosti Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.
11.30 – 15.00	Restaurace, budova A, -1. p.	Přestávka – oběd
14.00 – 16.00	Velký sál, budova B, přízemí	Ultrazvuková diagnostika
16.00 – 18.00	Velký sál, budova B, přízemí	Gynekologická operativa
20.00 – 01.00	Grandhotel Pupp	GALAVEČER
SOBOTA 18. 9. 2021, hotel Thermal		
09.00 – 12.00 14.00 – 17.00	Malý sál, budova A, 1. patro	Sekce porodních asistentek
NEDĚLE 19. 9. 2021, hotel Thermal		
09.00 – 12.00	Velký sál, budova B, přízemí	Porodnictví
16.–19. 9. 2021	Budova B, foyer na levé straně u vstupu do Velkého sálu	E-postery

PROGRAM

ČTVRTEK 16. 9. 2021

13.00 – 16.00 **WORKSHOP: KOLPOSKOPIE A CERVIKÁLNÍ PATOLOGIE – KAZUISTIKY**

Místo konání: Salonek MOSER, budova A, 1. patro – hotel Thermal

Koordinátoři: Vladimír Dvořák st. (Brno)

Lektoři: Lukáš Rob (Praha), Michal Mihula (Ostrava), Tomáš Malík (Vsetín), Radovan Turyna (Praha)

Kazuistiky – prezentace kolposkopických nálezů, možných výsledků screeningových testů, diskuse o managementu prezentovaných lézí

13.00 – 16.00 **WORKSHOP: UROGYNEKOLOGIE**

Místo konání: Projekční síň A, budova A, 1. patro – hotel Thermal

Koordinátoři: Alois Martan, Jaroslav Feyereisl, Ladislav Krofta, Jaromír Mašata, Ida Hurtíková (Praha)

1. Anatomie pánevního dna (15 min.)

Mašata, Krofta

- Rezkův prostor
- Fossa obturatoria
- Promontorium
- Spina osis ischii + ligamentum
- Plexus sacralis
- Levator ani
- N. pudendus

2. Pánevní dno – Porod a změny/defekty pánevního dna

(každá prezentace 10 min + na závěr bloku diskuze 10 min.)

2.1 Feyereisl: Epidemiologické studie hodnotící vliv porodu na funkci dna pánve

2.2 Krofta: Patofyziologie vaginálním porodem podmíněných, morfolozických změn pánevního dna

2.3 Hurtíková (rehabilitace): Možnosti konzervativní léčby poruch/defektů pánevního dna

2.4 Krofta: Současné možnosti operačního řešení POP

2.5 Mašata: Komplikace po transvaginálně zavedených sítkách

3. SUI

(každá prezentace 10 min. + na závěr bloku diskuze 10 min.)

- 3.1 Krofta: Zobrazovací techniky při SUI
- 3.2 Feyereisl: Urodynamické vyšetření
- 3.3 Hurtíková (rehabilitace): Konzervativní možnosti léčby SUI
- 3.4 Martan: Současné možnosti operačního řešení SUI
- 3.5 Martan: Příčiny neúspěchu a komplikací operační léčby SUI
- 3.6 Mašata: Operační řešení komplikací po operacích řešících SUI

4. Videá základních operací řešících SUI

(každá prezentace s diskuzí 7 min.)

- 4.1 Martan: Kolporrhaphia ant B-M
- 4.2 Martan: TVT-O
- 4.3 Feyereisl: RP TVT
- 4.4 Krofta: TVT Exact
- 4.5 Mašata: Kolpopexis sec Burch

13.00 – 16.00 WORKSHOP: NALÉHÁNÍ PLODU KONCEM PÁNEVNÍM

Místo konání: Projekční síň C, budova A, 1. patro – hotel Thermal

Koordinátoři: Jozef Záhumenský (Bratislava, SR), Martin Procházka (Olomouc), Lukáš Hruban (Brno)

- **Naliehanie plodu KP, aký je stav 17 rokov po TBT**
Jozef Záhumenský (Bratislava, SR)
- **Obrat zevními hmaty (External cephalic version)**
Lukáš Hruban (Brno)
- **Bezpečné vedení porodu plodu naléhajícího koncem pánevním**
Polohování rodičky, analgezie, augmentace
Martin Procházka (Olomouc)
- **Praktický nácvik na simulátoru**

13.00 – 16.00 WORKSHOP: ULTRAZVUK V RUKÁCH GYNEKOLOGA – KLÍČ KE SPRÁVNÉ DIAGNÓZE

Místo konání: Kongresový sál, budova A, 1. patro – hotel Thermal

Koordinátoři: Vít Weinberger (Brno), Michal Zikán (Praha)

- **Live scany: gynekologické nálezy**
- **Ultrazvuková diagnostika genitální a extragenitální formy endometriózy**
- **Hyperplázie a polyp endometria v ultrazvukovém obraze**
- **Diagnostika ovariální malignity pomocí ultrazvuku**

13.00 – 16.00 WORKSHOP: MIKROSKOPIE V DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTICE VULVOVAGINITID

Místo konání: Červený salonek, budova A, 1. patro – hotel Thermal

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

- **Úvod, základní typy VV**
- **Diferenciální diagnostika – diagnostické metody**
- **Možnosti mikroskopického vyšetření nativního preparátu**
- **Možnosti mikroskopického vyšetření barveného preparátu**
- **Vyšetření nativního preparátu step by step – návod (i) pro začátečníky, včetně nácviku**
- **Praktické ukázky (vyšetření připravených vzorků)**
- **Kazuistiky**
- **Chyby a omyly a artefakty**
- **Diskuse, závěr**

PÁTEK 17. 9. 2021

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí – hotel Thermal

09.00 – 09.30 ZAHÁJENÍ KONGRESU

Vladimír Dvořák st. (Brno), Miroslav Korbel (Bratislava, SR),
Martin Redecha (Bratislava, SR), Adam Vojtěch (Ministr zdravotnictví ČR)

09.30 – 12.30 BLOK: PRENATÁLNÍ PÉČE

Moderátoři: Martin Procházka (Olomouc), Jan Nový (Plzeň),
Peter Urdzík (Košice, SR), Zuzana Nižňanská (Bratislava, SR)

- **Vybrané infekčné ochorenia v tehotnosti**
J. Záhumenský (Bratislava, SR) 13 + 3 min.
- **Nefropatie v těhotenství**
J. Dvořák, M. Koucký (Praha) 13 + 3 min.
- **Devět let činnosti centra fetální medicíny v ÚPMD při léčbě komplikací monochoriálních dvojčat**
L. Krofta, L. Hašík, P. Hanulíková, Z. Straňák, J. Feyereisl (Praha) 13 + 3 min.
- **Předporodní cvičení s pomůckou Aniball® u nullipar neredukuje riziko avulze levatoruani během porodu, ale snižuje riziko provedení episiotomie a porodního poranění hráze**
K. Fousek, K. Mrkvová, T. Branna, M. Ožana, M. Pavlíková, M. Kacerovský (Ostrava, Praha, Hradec Králové) 13 + 3 min.
- **Prediktivní model hypertenzních komplikací v těhotenství s využitím sFit/PIGF poměru**
S. Ondrová, A. Dudová, P. Hanulíková, L. Krofta, J. Feyereisl (Praha) 13 + 3 min.
- **Správné nastavení termínu porodu dle STM jako cesta snížení incidence císařských řezů**
L. Lázničková (Brno) 13 + 3 min.
- **Úloha vybrané složky vrozeného imunitního systému v pozadí významných těhotenských komplikací**
M. Koucký (Praha) 13 + 3 min.
- **Abnormálně invazivní placenta – aktuální výzva v pôrodnictve**
Z. Ballová, E. Dosedla, P. Calda (Košice, SR, Praha) 13 + 3 min.

- **Biochemické markery ischemie myokardu u těhotných s hypertenzním onemocněním a fetální růstovou restrikcí**
A. Dudová, S. Ondrová, P. Hanulíková, L. Krofta J. Feyereisl (Praha) 13 + 3 min.
- **Informovaný souhlas. Jsou naše pokusy o etiku ještě etické, aneb nenastal čas změny?**
A. Pařízek (Praha) 13 + 3 min.

12.30 – 13.00 SATELITNÍ SYMPOSIUM SPOLEČNOSTI EXELTIS CZECH S.R.O.

Antikoncepce bez estrogenu s vysokým bezpečnostním profilem jako první volba pro široké spektrum žen

Moderátor: Vladimír Dvořák st. (Brno)

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí – hotel Thermal

- **Orální antikoncepce bez estrogenu z pohledu internisty endokrinologa i v období pandemie Covid-19**
J. Payer (Bratislava, SR)
- **Orální antikoncepce bez estrogenu – první volba pro široké spektrum žen, WHO guidelines**
V. Cupaník (Bratislava, SR)
- **Klinická data a zkušenosti s DRSP 4 mg bez estrogenu v ambulantní praxi**
V. Hořejší (České Budějovice)

13.15 – 13.45 SATELITNÍ SYMPOSIUM SPOLEČNOSTI BAYER S.R.O.

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí – hotel Thermal

- **Dlouhodobá kontracepce z pohledu uživatelů a lékařů – průzkum v ČR**
J. Greguš (Brno)

12.30 – 14.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

14.00 – 17.00 BLOK: AMBULANTNÍ GYNEKOLOGIE A JEDNODENNÍ CHIRURGIE

Moderátoři: Vladimír Dvořák st. (Brno), Marek Ožana (Ostrava),
Ludovít Janek st. (Šamorín, SR), Marián Tholt (Trstena, SR)

- **Quo vadis ambulantní gynekologie? No future**
P. Čepický (Praha) 10 + 5 min.
- **Quo vadis ambulantní gynekologie? Světlé zítřky**
A. Skřivánek (Olomouc) 10 + 5 min.
- **Současný stav a perspektivy úhrady péče v segmentu ambulantní gynekologie a budoucnost Dohodovacího řízení o úhradách péče v ČR**
D. Šmehlík, V. Dvořák st. (Praha, Brno) 10 + 5 min.
- **Jedním zadkem na dvou židlích? Je jen jedna gynekologie a porodnictví**
M. Ožana (Ostrava) 8 + 2 min.
- **Aktuální data ze studie Libuše (Algoritmus pro screening karcinomu děložního hrdla v České republice s využitím detekce HPV DNA se Selektivní HPV 16/18 genotypizací a speciálního cytologického barvení CINtec Plus)**
J. Sláma, V. Dvořák st., M. Trnková, A. Skřivánek, P. Ovesná (Praha, Brno, Olomouc) 7 + 3 min.
- **Nejčastější dotazy z terénu k novým Doporučením pro implementaci HPV DNA testu do screeningu karcinomu děložního hrdla v ČR**
V. Dvořák st. (Brno) 8 + 2 min.
- **Inovace v hysteroskopické chirurgii a jejich využití „v ambulantním režimu“**
P. Kovář (Havířov) 8 + 2 min.
- **Operační hysteroskopie pomocí shaveru Bigatti**
M. Janošík, V. Dvořák ml., R. Pilka (Olomouc) 8 + 2 min.
- **Dlouhodobé výsledky operační léčby stresové inkontinence moči pomocí krátké nastavitelné pásky**
M. Huser, I. Belkov, S. Tvarožek, I. Horvath (Brno) 7 + 3 min.
- **Duální laser a HIFEM v ambulantní gynekologii**
L. Mikulášek (Praha) 8 + 2 min.

- **Možnosti neinvazivní diagnostiky karcinomu endometria**
M. Nachajová, E. Kúdela, Š. Novysedlák, Z. Laučková, M. Hrtánková, K. Biring (Martin, SR) 8 + 2 min.
- **Vulvovaginální dyskomfort – od metod represivních k metodám podpurným**
V. Unzeitig, V. Dvořák st., K. Dofková (Brno, Ostrava) 8 + 2 min.
- **Změny v CNS způsobené chronickou bolestí při endometrióze**
M. Němec, K. Šugarová (Frýdek-Místek) 8 + 2 min.
- **Význam kmeňových buniek v etiopatogenéze endometriózy**
T. Pribulová, T. Rokos, E. Kozubík, D. Šimová, E. Kúdela, K. Biring (Bratislava, SR) 8 + 2 min.

17.00 – 19.00 VÝROČÍ SJEZD ČGOPS ČLS JEP

Ihned po skončení odborného programu naváže Výroční sjezd ČGOPS ČLS JEP, shromážděním členů České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, na kterém se bude jednat a hlasovat o změnách stanov. Hlasování bude umožněno pouze řádným členům ČGOPS ČLS JEP. Pokud jste členem/členkou, tak při registraci na kongres automaticky obdržíte hlasovací lístky.

SOBOTA 18. 9. 2021

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí – hotel Thermal

09.00 – 10.30 BLOK: GYNEKOLOGICKÁ ENDOKRINOLOGIE, ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Moderátoři: Petr Křepelka (Praha), David Rumpík (Zlín),
Miroslav Borovský (Bratislava, SR), Peter Harbulák (Bratislava, SR)

- **Současný stav a perspektivy reprodukční medicíny**
T. Mardešić (Praha) 20 + 10 min.
- **Manažment liečby párov s poruchami plodnosti**
P. Šranko, K. Jedličková, P. Harbulák, G. Kaňová, M. Pustaj, P. Svitok (Bratislava, SR) 10 + 2 min.

- **Opakované selhání implantace (RIF) – možnosti léčby**
P. Uher, M. Pohanka, A. Košťáková, P. Ventruba
(Karlovy Vary, Znojmo) 10 + 2 min.
- **Limity v asistované reprodukci**
T. Bagócsi (Brno) 10 + 2 min.
- **Využití zamrazeného spermatu onkologických pacientů v asistované reprodukci**
P. Ventruba, J. Žáková, M. Jeřeta, I. Crha, E. Lousová, M. Huser, R. Hudeček (Brno) 10 + 2 min.
- **Relugolix – perorální GnRH antagonist s Add-Back terapií**
Nová možnost konzervativní léčby děložních myomů
R. Hudeček (Brno) 10 + 2 min.

10.30 – 12.30 BLOK: ETICKÁ A PRÁVNÍ PROBLEMATIKA V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ, SOUDNÍ ZNALECTVÍ

Moderátoři: Jaroslav Feyereisl (Praha), Jakub Uher (Praha), Jozef Záhumenský (Bratislava, SR), Peter Kováč (Bratislava, Trnava, SR)

- **Analýza pôrodnických prípadov zo súdnolekárskej praxe**
J. Záhumenský, P. Kováč, N. Moravanský (Bratislava, SR) 10 + 5 min.
- **Zdroje medicínsko-právních problémů v gynekologii a porodnictví a jejich předcházení**
I. Piňos (Praha) 10 + 5 min.
- **Právní pohled na porodnickou praxi**
H. Heřman, P. Šustek (Praha) 10 + 5 min.
- **Gendre revolution a asistovaná reprodukce**
P. Uher, M. Pohanka (Karlovy Vary) 10 + 5 min.
- **Agenda Evropa versus Madridská deklarace: Střet ultrakonzervatismu a liberalismu v gynekologické ambulanci**
J. Greguš (Brno) 10 + 5 min.
- **Centrum komplexní perinatální péče – možnost svobodné volby**
A. Pařízek (Praha) 10 + 5 min.

12.30 – 13.15 SATELITNÍ SYMPOSIUM SPOLEČNOSTI GEDEON RICHTER MARKETING ČR S.R.O.

Místo konání: Velký sál, budova B, přízemí – hotel Thermal

Moderátor: Aleš Skřivánek (Olomouc)

- **Estetrol a možnosti jeho klinického využití**
P. Křepelka (Praha)
- **Po letech skutečně novinka v hormonální antikoncepci; čas na změnu v našich ambulancích?**
O. Šottner (Vysočina)

12.30 – 14.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

14.00 – 16.00 BLOK: ULTRAZVUKOVÁ DIAGNOSTIKA

Moderátoři: Marek Ľubušký (Olomouc), Vít Weinberger (Brno), Róbert Dankovčík (Košice, SR), Jozef Višňovský (Bratislava, SR)

Gynekologická část

- **Diagnostika genitální a extragenitální formy endometriózy**
V. Weinberger (Brno) 15 + 5 min.
- **Diagnostika patologií dutiny děložní**
M. Zikán (Praha) 15 + 5 min.
- **Karcinom ovaria – praktické využití „SIMPLE RULES“ a „ADNEX MODELU“**
R. Marek (Olomouc) 15 + 5 min.

Porodnická část

- **Role ultrazvukového vyšetření při „Kombinovaném screeningu v I. trimestru těhotenství“**
V. Frisová (Praha) 15 + 5 min.
- **Možnost využití 3D/4D zobrazení v prenatalní diagnostice**
I. Kacerovská Musilová (Hradec Králové) 15 + 5 min.
- **Vrozené vady plodu diagnostikované v III. trimestru těhotenství**
L. Hašík (Praha) 15 + 5 min.

16.00 – 18.00 **BLOK: GYNEKOLOGICKÁ OPERATIVA**

Moderátoři: Ladislav Krofta (Praha), Miloš Mlynček (Nitra, SR), Tibor Bielik (Čadca, SR)

- **Význam genetických metod na klasifikaci a diagnostiku nádorů dělohy**
M. Michal (Plzeň) 12 + 4 min.
- **Prognostický význam mikrometastáz u pacientek s časným stádiem karcinomu děložního hrdla**
R. Kocián, J. Sláma, D. Fischerová, A. Germanová, A. Burgetová,
L. Dušek P. Dundr, K. Němejcová, J. Jarkovský, S. Šebestová,
F. Frühauf, L. Dostálek, T. Ballaschová, D. Cibula (Praha, Brno) 10 + 4 min.
- **Vliv uzlinových mikrometastáz na výskyt recidivy u pacientek s karcinomem děložního hrdla – retrospektivní analýza v rámci databáze projektu SCCAN (Surveillance in Cervical CANcer)**
L. Dostálek, D. Cibula, M. Borcinová, K. Benešová, J. Jarkovský, J. Klat, V. Javuková,
P. Graf, H. Falconer, S. Salehi, S. H Kim 5. N. R Abu-Rustum 6. LRCW van Lonkhuijzen,
A. Lopez, D. Isla Ortiz, F. Landoni, J. Kostun, R. dos Reis, D. Odetto, I. Zapardiel
(Praha, Brno, Ostrava, Stockholm, New York, Amsterdam, Lima, Mexico,
Milano, Monza, Plzeň, Barretos, Buenos Aires, Madrid) 10 + 4 min.
- **Analýza vybraných dat z multicentrické databáze fertilitu šetřících operací pro karcinom děložního hrdla – studie FERTISS**
L. Fricová, J. Sláma, D. Cibula, R. Kocián, F. Frühauf,
D. Fischerová, L. Dostálek (Praha) 10 + 4 min.
- **Robotický staging karcinomu endometria: Retrospektivní analýza výkonů za 10-leté období**
R. Pilka, J. Hambálek, M. Maděrková, V. Jančková,
P. Dzvínčuk, R. Marek (Olomouc) 10 + 4 min.
- **Onkoplastická chirurgie karcinomu prsu – využití okamžité rekonstrukce: 2016–2020**
T. Ventruba, P. Ventruba, D. Brančíková, L. Minář, M. Felsing (Brno) 10 + 4 min.
- **Vaginální hysterektomie v lokálním znecitlivění u polymorbidní pacientky**
M. Halaška, M. Kotoulová, K. Maxová (Praha) 7 + 3 min.
- **Laparoskopické řešení vesikovaginální fistuly**
M. Němec (Frýdek-Místek) 7 + 3 min.
- **Mentální a fyzická příprava operátorů**
M. Mlynček (Nitra, SR) 10 + 4 min.

20.00 – 01.00 **GALAVEČER**

Místo konání: Grandhotel PUPP, Karlovy Vary

Dress code: semi formal

Moderátor: Marek Zahradníček

Účinkují: Prague Lecian Strings, Bára Basiková & Prague Lecian Strings, ABBA WORLD REVIVAL

- **Slavnostní zahájení**
- **Vyhlášení vítězů Sekce e-posterů**
- **Předání Čestného členství ČGPS ČLS JEP MUDr. Petrovi Kaščákovi, Ph.D.**

Výbor České gynekologicko – porodnické společnosti ČLS JEP se rozhodl ocenit podíl primáře MUDr. Petra Kaščáka, Ph.D., na rozvoji oboru i česko-slovenské spolupráce a při příležitosti jeho životního jubilea jej jmenoval Čestným členem České gynekologicko – porodnické společnosti ČLS JEP.

Blahopřejeme!

Při vstupu je nutné se prokázat platnou vstupenkou, která není součástí konferenčního poplatku.

SEKCE PORODNÍCH ASISTENTEK

SOBOTA 18. 9. 2021

Místo konání: Malý sál, budova A, 1. patro – hotel Thermal

Koordinátorky: Miloslava Kameníková (Brno), Petra Pařízková (Praha), Martina Bašková (Martin, SR)

09.00 – 10.15 BLOK: FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ

09.00 – 09.15 **Fyziologie porodního procesu v praxi**

N. Sedlická (Praha)

09.15 – 09.30 **Vedení spontánního porodu porodní asistentkou v perinatologickém centru**

V. Toplaková (Praha)

09.30 – 09.45 **Vplyv individuálnej pôrodnickej starostlivosti o rodičku na frekvenciu cisárskych rezov**

M. Dideková (Bratislava, SR)

09.45 – 10.00 **Hebammenwesen in Österreich - Arbeitsbereiche, Verwaltung und Ausbildung**

B. Komarek, R. Landl (Melk, Rakousko)

Přednáška bude probíhat v NJ a bude v sále tlumočena do ČJ.

10.00 – 10.15 **Diskuse**

10.15 – 10.45 PŘESTÁVKA

10.45 – 12.00 BLOK: PATOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ

10.45 – 11.00 **Na co všechno musím myslet při práci porodní asistentky v perinatologickém centru?**

P. Nagy (Brno)

11.00 – 11.30 **Good versus bad practice – simulační trénink a umění debriefingu: proč a jak?**

D. Antony (Olomouc)

11.30 – 11.45 **Psychosociální podpora rodičů při perinatální ztrátě**

G. Holeňáková (Zlín)

11.45 – 12.00 **Diskuse**

12.00 – 14.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

14.00 – 15.30 BLOK: MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE V OBLASTI PORODNÍ ASISTENCE

14.00 – 14.15 **Porodní asistentka jako významný člen multioborového týmu**

M. Zemanová (Brno)

14.15 – 14.30 **Péče o fyziologického novorozence porodní asistentkou**

L. Bilová (Praha)

14.30 – 14.45 **Rehabilitace a polohování v první době porodní**

Zkušenosti s využitím hybné matrace VIBWIFE

A. Novotná (Praha)

14.45 – 15.15 **Trombotická trombocytopenická purpura těhotné ženy - multioborová spolupráce**

J. Šimonová (Ostrava)

15.15 – 15.30 **Diskuse**

15.30 – 16.00 PŘESTÁVKA

16.00 – 17.30 BLOK: AKTUALITY Z OBLASTI PORODNÍ ASISTENCE A PÉČE O GYNEKOLOGICKY NEMOCNOU ŽENU

16.00 – 16.15 **Centrum porodní asistentce v perinatologickém centru? Je to reálné?**

M. Kameníková (Brno)

16.15 – 16.30 **Klinická podpora kojení v době Covid-19**

M. Plecerová (Praha)

16.30 – 16.45 **História pôrodnej asistencie:**

analýza prvej slovenskej učebnice pre pôrodné asistentky

E. Urbanová (Martin, SR)

16.45 – 17.00 **Možnosti léčby urogynekologických potíží v ambulantním režimu**

K. Dořková (Brno)

17.00 – 17.15 **Aromaterapie v porodnické praxi a její úskalí**

J. Suchopár (Praha)

17.15 – 17.30 **Diskuse**

POSTEROVÁ SEKCE

E-postery budou umístěny na LCD obrazovkách, které naleznete v přízemí ve foyer Velkého sálu u levého vchodu do přednáškového sálu.

Koordinátoři: Radovan Pilka (Olomouc), Vít Unzeitig (Brno), Martin Petrenko (Bratislava, SR)

1. **Vývoj porodnických extrakčních operací v Plzeňském kraji za desetileté období**
B. Hofmanová, M. Kapoun, T. Sýkora, M. Junk, B. Hrušková, V. Korečko (Plzeň, Klatovy, Stod, Domažlice, Plzeň)
2. **Akutní toxoplazmóza v graviditě**
A. Derbak, T. Semerádt, Z. Vaněk, P. Uher (Karlovy Vary)
3. **Nekrotizující fasciitida vulvy**
V. Šulová (Třebíč)
4. **Ruptura dělohy ve 29. týdnu těhotenství u nerodivší ženy**
T. Kovalevska (Děčín)
5. **Úskalí diagnostiky sekvence anémie – polycytémie u monochoriálních dvojčat – kazuistika**
A. Hledíková, L. Hruban, R. Gerychová (Brno)
6. **Robotická stagingová lymfadenektomie v těhotenství – kazuistika**
B. Bittnerová, V. Staňková, R. Pilka (Olomouc)
7. **Kutánní metastatické postižení vulvy jako iniciální projev karcinomu pankreatu**
B. Končická, T. Semerádt (Karlovy Vary)
8. **Porovnání kvality života žen podstupujících farmakologické a chirurgické ukončení gravidity na vlastní žádost**
A. Bačíková, B. Sehnal, M. Pojarová, Z. Kolářová, M. Zikán (Praha)
9. **Charakteristiky tumoru u asymptomatických a symptomatických pacientek s karcinomem endometria**
P. Vinklerová, V. Weinberger, J. Hausnerová, P. Ovesná (Brno)
10. **Autoimunitní anti-NMDAR encefalitida – paraneoplastický projev ovariálního teratomu**
A. Benická, R. Pilka (Olomouc)
11. **Epigastrická bolest v graviditě se zaměřením na HELLP syndrom**
J. Szenek (Hořovice)
12. **Prediktory cisárskeho rezu u tehotných žien s pôrodnou hmotnosťou plodu ≥ 4000 gramov**
M. Hrtánková, Z. Laučeková, M. Ňachajová, E. Kúdela, K. Biringer (Martin, Bratislava, SR)
13. **Tumor ledviny ve 13. týdnu gravidity s krvácením do retroperitonea**
I. Matoušková, J. Kaván (Mladá Boleslav, Praha)
14. **Peripartální akutní plicní embolizace s kardiopulmonálním selháním**
M. Trizuljak Hanusková, P. Herboltova, A. Roztočil (Jihlava)
15. **Mozková žilní trombóza v puerperiu**
L. Drábková (Ivančice)
16. **Diagnostika a řešení vitální tubární gravidity u primigravidy s imunodeficitem a anamnézou PID**
T. Markovych (Jindřichův Hradec)
17. **Cushingův syndrom vyvolaný adrenálním adenomem v těhotenství**
Z. Koudelková, R. Gerychová, M. Málek (Třebíč, Brno)
18. **Konzervativní management péče u Covid-19 pozitivní těhotné s těžkým průběhem onemocnění**
K. Kožušníková (Jihlava)
19. **Vedomosti tehotných žien o skríningu gestačného diabetes mellitus**
E. Maskálová, L. Kajsiková (Martin, SR)
20. **SIMULTANEOUS USE OF MAGNETIC METHODS IN BREAST CANCER SURGERY**
K. Pohlodek, P. Sečanský, I. Haluzová, I. Mečiarová (Bratislava, SR)
21. **Implementace 3D ultrazvukového zobrazení corpus callosum a vermis cerebella při podrobném hodnocení morfologie plodu ve 20.–22. týdnu těhotenství**
M. Maděrková Tozzi, V. Frisová, M. Ľubušký, T. Kratochvílová, V. Durdová (Olomouc)

ORIENTAČNÍ PLÁNEK A SEZNAM VYSTAVOVATELŮ

7. SPOLEČNÝ KONGRES ČGPS ČLS JEP a SGPS SLS



- 1 - Exeltis Czech s.r.o.
- 2 - Bayer s.r.o.
- 3 - Gedeon Richter Marketing ČR s.r.o.
- 4 - ROCHE s.r.o.
- 5 - S&T Plus s.r.o.
- 6 - ARISTO PHARMA s.r.o.
- 7 - Besins Healthcare Czechia s.r.o.
- 8 - APERUS MEDIA s.r.o.
- 9 - NIMOTECH, s.r.o.
- 10 - ARDEZ PHARMA, spol. s.r.o.

- 11 - CORD BLOOD CENTER AG
- 12 - Care comm s.r.o.
- 13 - MEDPLUS s.r.o.
- 14 - BTL zdravotnická technika, a.s.
- 15 - MEDICI - H IMP s.r.o.
- 16 - HEATON Group a.s.
- 17 - GENNET, s.r.o.
- 18 - Medirex Servis, s.r.o., člen MEDIREX GROUP
- 19 - Merck Sharp & Dohme s.r.o.
- 20 - BP Healthcare s.r.o.

- 21 - AXONIA, a.s.
- 22 - GHC GENETICS, s.r.o.
- 23 - BIOVIT IMPEX CO. ČR, s.r.o.
- 24 - AURA Medical s.r.o.
- 25 - EGIS Praha spol. s.r.o.
- 26 - MEDAX Systems s.r.o.
- 27 - BIONIK Stapro Group s.r.o.
- 28 - LACOMED, spol. s.r.o.
- 29 - Zentiva, k.s.
- 30 - Electric Medical Service s.r.o.

- 31 - PROFIMED s.r.o.
- 32 - HARTMAN - RICO, a.s.
- 33 - RQL s.r.o.
- 34 - FertiCare Clinics
- 35 - FORSON CZ s.r.o.
- 36 - Medibay s.r.o.
- 37 - Artmedico, s.r.o.
- 38 - Hnutí Pro život ČR, o.s.
- 39 - Maxdorf s.r.o.
- 40 - DATABÁZE LÉČIV



PRVNÍ ANTIKONCEPCE TYPU NEST

drovelis

14,2 mg estetrolu + 3 mg drospirenonu
Režim 24/4

Antikoncepce bez kompromisů

JE ČAS DOSÁHNOUT NOVÝCH VÝŠIN V PERORÁLNÍ ANTIKONCEPCI

PŘIJMĚTE POZVÁNÍ NA:

SATELITNÍ SYMPOZIUM
SPOLEČNOSTI GEDEON RICHTER

120 YEARS
GEDEON RICHTER

v rámci 7. společného kongresu ČGPS ČLS JEP a SGPS SLS

které se bude konat v Karlových Varech v Hotelu Thermal (velký sál - budova B)
v sobotu **18. září 2021** v čase 12.30 - 13.15 hodin

téma: **DROVELIS**

program:

MUDr. Petr Křepelka, Ph.D. - Estetrol a možnosti jeho klinického využití
MUDr. Oldřich Šottner - Po letech skutečně novinka v hormonální antikoncepci; čas na změnu v našich ambulacích

Management Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.

ZKRÁCENÉ SPC LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU DROVELIS / Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování / Složení: Aktivní růžová potahovaná tableta obsahuje drospirenon 3 mg a estetrol 14,2 mg, bílé placebo tablety neobsahují léčivou látku. **Indikace:** Perorální antikoncepce. **Dávkování:** Užívá se jedna tableta denně po dobu 28 po sobě následujících dní. Každé následující balení se začíná užívat hned následující den po užití poslední tablety z předchozího balení. K dispozici jsou samolepící štítky označené 7 dny v týdnu. Pokud se užití kterékoliv růžové aktivní tablety opozdí o méně než 24 hodin, není antikoncepční ochrana narušena. Přeje-li si žena menstruaci oddálit, musí pokračovat v užívání růžových tablet z dalšího blistru bez užívání bílých tablet s placebem. **Kontraindikace:** Protože nejsou dosud k dispozici žádné epidemiologické údaje o CHC s obsahem estetrolu, kontraindikace CHC s obsahem ethinylestradiolu jsou považovány za platné i pro použití přípravku Drovelis: Přítomnost rizikových faktorů pro žilní nebo arteriální tromboembolismus. Závažná jaterní onemocnění včetně tumorů. Těžká renální insuficience. Nádory ovlivnitelné pohlavními steroidy. Vaginální krvácení s nejasnou příčinou. Hypersenzitivita na složky přípravku. **Interakce:** CHC může interagovat s induktory jaterních enzymů, což může vést až k selhání CHC. Souběžné podávání silných inhibitorů CYP3A4 může zvýšit koncentrace estrogeneru nebo progestinu v plazmě. **Těhotenství a kojení:** Přípravek Drovelis není indikován během těhotenství. CHC se během kojení obecně nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky patří metroragie (4,3 %), bolest hlavy (3,2 %), akné (3,2 %), vaginální krvácení (2,7 %) a dysmenorea (2,4 %). Mezi další časté NÚ patří: Poruchy nálady a libida, Abdominální bolest, Nauzea, Bolest prsů, Kolísání tělesné hmotnosti. **Klinická účinnost a bezpečnost:** V pilotní klinické studii v EU/Rusku byly u žen ve věku 18–35 let zjištěny následující hodnoty Pearl indexu: Selhání metody: 0,26; Selhání metody a uživatelky: 0,44. U 97 % žen léčených přípravkem Drovelis byl pozorován návrat ovulace do konce cyklu následujícího po ukončení léčby. Endometriální histologie nezaznamenala žádné abnormální výsledky. **Velikost balení:** 84 (3x28). **Držitel rozhodnutí o registraci:** Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19-21, 1103 Budapešť, Maďarsko. **Registrační čísla:** EU/1/21/1547/001-004. **Datum revize textu SPC:** 19.5.2021. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

VŠEOBECNÉ INFORMACE

Místo: Hotel Thermal, I. P. Pavlova 2001/11, 360 01, Karlovy Vary, www.thermal.cz
Termín: 16.–19. 9. 2021

Workshopy: 16. 9. 2021 hotel Thermal – JEN PRO PŘEDEM REGISTROVANÉ ÚČASTNÍKY

- 13.00 – 16.00 **WORKSHOP: Kolposkopie a cervikální patologie**
Salonek Moser, budova A, 1. patro
- 13.00 – 16.00 **WORKSHOP: Urogynekologie**
Salonek Projekční síň A, budova A, 1. patro
- 13.00 – 16.00 **WORKSHOP: Naléhání plodu koncem pánevním**
Salonek Projekční síň C, budova A, 1. patro
- 13.00 – 16.00 **WORKSHOP: Ultrazvuk v rukách gynekologa – klíč ke správné diagnóze**
Kongresový sál, budova A, 1. patro
- 13.00 – 16.00 **WORKSHOP: Mikroskopie v diferenciální diagnostice vulvovaginitid**
Červený Salonek I, budova A, 1. patro

Odborný program: 17.–19. 9. 2021 Velký sál, budova B, přízemí

Expozice firem: 17.–19. 9. 2021 Foyer Velkého sálu, budova B, přízemí

Seminář PA: 18. 9. 2021 Malý sál, budova A, 1. patro

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

Děkujeme za vypnutí mobilních telefonů v prostorách konání kongresu.

Žádáme účastníky o dodržování aktuálně platných protiepidemických opatření, týkajících se pandemie Covid-19. Vzhledem k tomu, že se jedná o hromadnou akci, která bude hlášena Krajské hygienické stanici v K. Varech, je nutné počítat s možnou neohlášenou kontrolou v místě konání ze strany tohoto správního orgánu.

PŘI PŘÍCHODU NA REGISTRACI MUSÍ VŠICHNI ÚČASTNÍCI DODAT VYPLNĚNÉ ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ÚČASTNÍKA 7. SPOLEČNÉHO KONGRESU ČGPS ČLS JEP A SGPS SLS 16.–19. 9. 2021, HOTEL THERMAL, KARLOVY VARY O OČKOVÁNÍ proti Covid-19 / PRODĚLANÉM ONEMOCNĚNÍ Covid-19 / NEGATIVNÍM VÝSLEDKU NA PŘÍTOMNOST VIRU SARS-CoV-2 (Covid-19) NEBO JEHO ANTIGENU.

Jako organizátor na místě akce nepožadujeme předkládání očkovacích certifikátů a výsledků testů, to vše pokrývá vyplněné a odevzdané Čestné prohlášení účastníka kongresu.

Všichni přítomní musí mít po celou dobu nasazený respirátor bez výdechového ventilu min. třídy FFP2 (KN95/N95).

Registrace účastníků a firem v budově A, v 1. patře:

16. 9. 2021	Čtvrtek	16.00 – 21.00
17. 9. 2021	Pátek	07.30 – 16.30
18. 9. 2021	Sobota	08.00 – 17.00
19. 9. 2021	Neděle	08.30 – 10.30

Prosíme účastníky, aby se registrovali dle abecedy.

Při registraci obdrží každý účastník jmenovku, certifikát (porodní asistentky potvrzení), odborný program a aktuální informace. Vstup do přednáškových sálů bude umožněn pouze osobám s platnou jmenovkou:

LÉKAŘ	PŘEDNÁŠEJÍCÍ	HOST	
PORODNÍ ASISTENTKA	VYSTAVOVATEL	ORGANIZAČNÍ VÝBOR	JEDNODENNÍ VSTUP

Jednací jazyk: čeština, slovenština, angličtina, němčina (bez simultánního překladu)

Program pro lékaře 17.–19. 9. 2021

17. 9. 2021	Pátek	09.00 – 17.00
17. 9. 2021	Pátek – Výroční sjezd ČGPS ČLS JEP*	17.00 – 19.00
18. 9. 2021	Sobota	08.00 – 18.00
19. 9. 2021	Neděle	08.00 – 12.00

***Výroční sjezd ČGOPS ČLS JEP:**

Po skončení pátečního odpoledního odborného bloku plyně naváže Výroční sjezd ČGOPS ČLS JEP – shromáždění členů České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, kde se bude jednat a hlasovat o změnách stanov. Hlasování bude umožněno pouze řádným členům ČGOPS ČLS JEP. Pokud jste členem/kou ČGOPS, tak při registraci na kongres obdržíte automaticky hlasovací lístky.

Technika: Dataprojekce z PC

Přejímka prezentací – LÉKAŘI – info pro přednášející: Prosíme o včasné dodání prezentací technikům, kteří budou přítomni v níže uvedených časech při vstupu z pravé strany do Velkého sálu.

17. 9. 2021	Pátek	07.30 – 17.00
18. 9. 2021	Sobota	08.00 – 18.00
19. 9. 2021	Neděle	08.00 – 12.00

Program pro porodní asistentky 18. 9. 2021

Přejímka prezentací bude probíhat v Malém sále, budovy A v 1. patře v následujícím čase:

18. 9. 2021	Sobota	08.00 – 17.00
-------------	--------	----------------------

Wi-fi: Účastnická wi-fi síť bude zajištěna v rámci foyer – prezentace firem a Velkého sálu v budově B a v 1. patře hotelu Budova A recepce a registrace.
název sítě: Thermal, heslo: gynkonference

E-postery: Budou umístěné v el. podobě v budově B hotelu Thermal ve foyer v přízemí u levého vstupu do Velkého sálu na třech dotykových LCD obrazovkách.

Výstava: Ve foyer Velkého sálu v přízemí, budovy B bude probíhat expozice zdravotnické techniky, farmaceutických přípravků a odborné literatury.

Coffee breaky: Pro účastníky odborného programu bude zajištěno občerstvení ve formě kávy, čajů a minerálních vod, a to ve Festivalovém salonku I a II v přízemí ve foyer Velkého sálu.

17. 9. 2021	Pátek	10.00 – 10.30	15.00 – 15.30
18. 9. 2021	Sobota	10.00 – 10.30	15.00 – 15.30
19. 9. 2021	Neděle	10.00 – 10.30	konec kongresu
18. 9. 2021	Sobota	Sekce PA – Malý sál	10.15 – 10.45

Obědy: Účastníci, kteří mají oběd předplacen, obdrží stravenku při registraci. Obědy formou bufetového menu se budou podávat v restauraci hotelu Thermal, budova A, -1. patro v pátek 17. 9. 2021 11.30–15.00 a v sobotu 18. 9. 2021 11.30–15.00. Je nutné u vstupu odevzdat obsluze stravenku.

Upozorňujeme, že v tomto čase si nebude možné v hotelu objednat a la carte. Obědové menu si bude možné zakoupit také na místě akce při registraci (denně do 11.00 hod.). Ostatní účastníci si zajistí stravování individuálně.

Galavečer: Uskuteční se ve Slavnostním sále Grandhotelu Pupp, Mírové náměstí 2, 360 01 Karlovy Vary, www.pupp.cz, **v sobotu 18. 9. 2021, 20.00–01.00**
Vstup pouze na základě předložené vstupenky, která platí pro jednu osobu. Po předložení vstupenky obdržíte identifikační pásku na ruku z důvodu kontroly vstupů osob do prostor galavečera. Děkujeme za pochopení.
Dress code: semi formal

Ubytování: Hotel Thermal, Grandhotel Pupp, Hotel Imperial, Hotel Spa Resort Sanssouci, Hotel Alfréd, Hotel Marttel, Hotel Ambassador, Hotel Dvořák, Hotel Romania, Hotel Royal Regent

Parkování: Informace ohledně parkování získají účastníci v hotelu, ve kterém mají rezervované ubytování. Jednou z možností je také parkování v areálu hotelu Thermal.

250 Kč/vůz/noc – pro ubytované hosty
50 Kč/vůz/hodina – pro neubytované hosty
500 Kč/vůz/noc – pro neubytované hosty

Vzhledem k omezenému počtu parkovacích míst, doporučujeme, v případě, že máte zajištěné ubytování v některém z uvedených hotelů, dojít do hotelu Thermal pěší zónou, nebo nechat vůz na některém z odstavných parkovišť, zakreslených na přiložené mapce. Rovněž doporučujeme parkování v podzemních garážích na náměstí Milady Horákové www.garazekarlovyvary.cz, které jsou vzdálené max. 10 min. chůze od hotelu Thermal.

Vzhledem k velkému počtu účastníků prosíme všechny o trpělivost se službami v rámci kongresu a s check-inem na recepcích hotelů.

V rámci konferenčních a výstavních prostor budou pořizovány fotografie.

S účastí na této akci automaticky vyjadřujete souhlas s pořizováním fotografií na této akci.

Vědecký sekretariát:

Ústav porodní asistence, FZV UP, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc
Kontaktní osoba: prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.
T: +420 585 632 852, E: abstraktakv2020@gmail.com

Organizační zajištění:

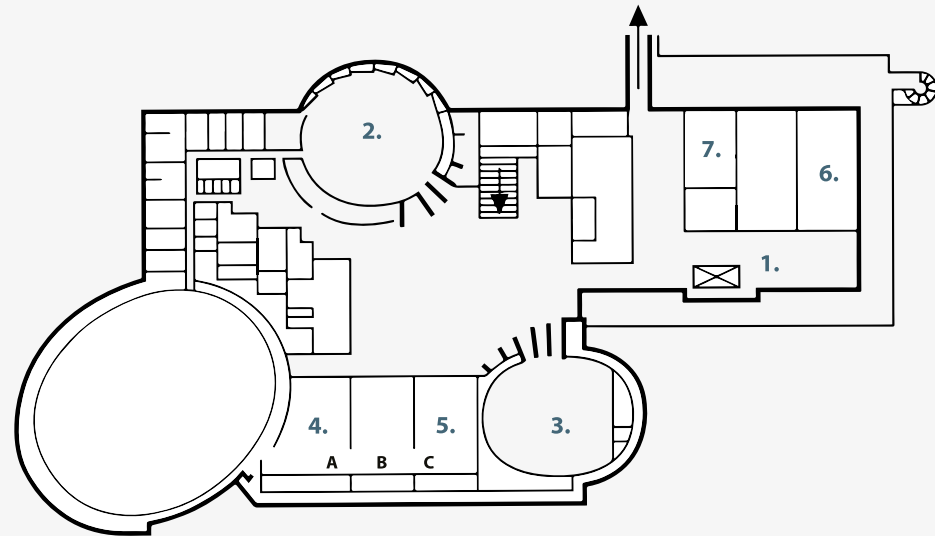
G-AGENCY s.r.o., Horní nám. 285/8, 772 00 Olomouc
T: +420 724 277 964, +420 720 998 678
F: +420 585 234 499, E: info@g-agency.eu, www.g-agency.eu, www.gynkonference.cz



SCHÉMA KONGRESOVÝCH PROSTOR

7. SPOLEČNÝ KONGRES ČGPS ČLS JEP a SGPS SLS

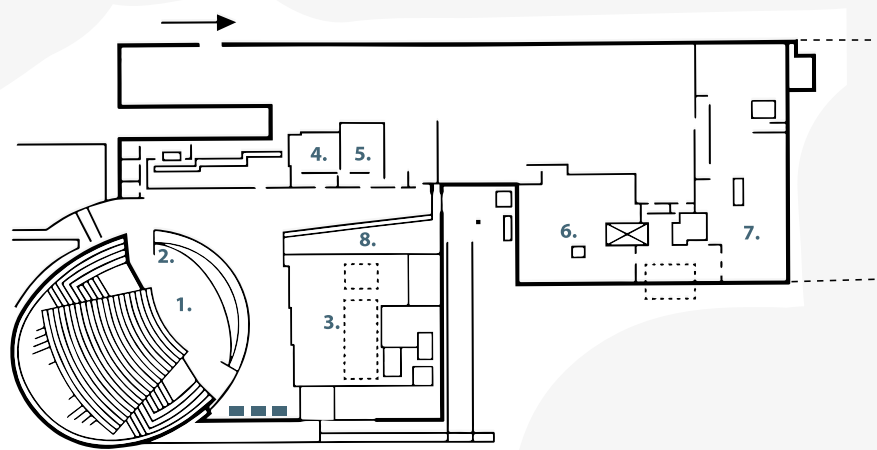
BUDOVA A



BUDOVA A

1. REGISTRACE ÚČASTNÍKŮ A FIREM
2. WORKSHOP ULTRAZVUK V RUKÁCH GYNEKOLOGA ... KLÍČ KE SPRÁVNÉ DIAGNÓZE - Kongresový sál
3. SEKCE PORODNÍCH ASISTENTEK - Malý sál
4. WORKSHOP UROGYNEKOLOGIE - Projekční síň A
5. WORKSHOP NALÉHÁNÍ PLODU KONCEM PÁNEVNÍM - Projekční síň C
6. WORKSHOP KOLPOSKOPIE A CERVIKÁLNÍ PATOLOGIE - Salonek MOSER
7. WORKSHOP MIKROSKOPIE V DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTICE VULVOVAGINITID - Červený salonek I

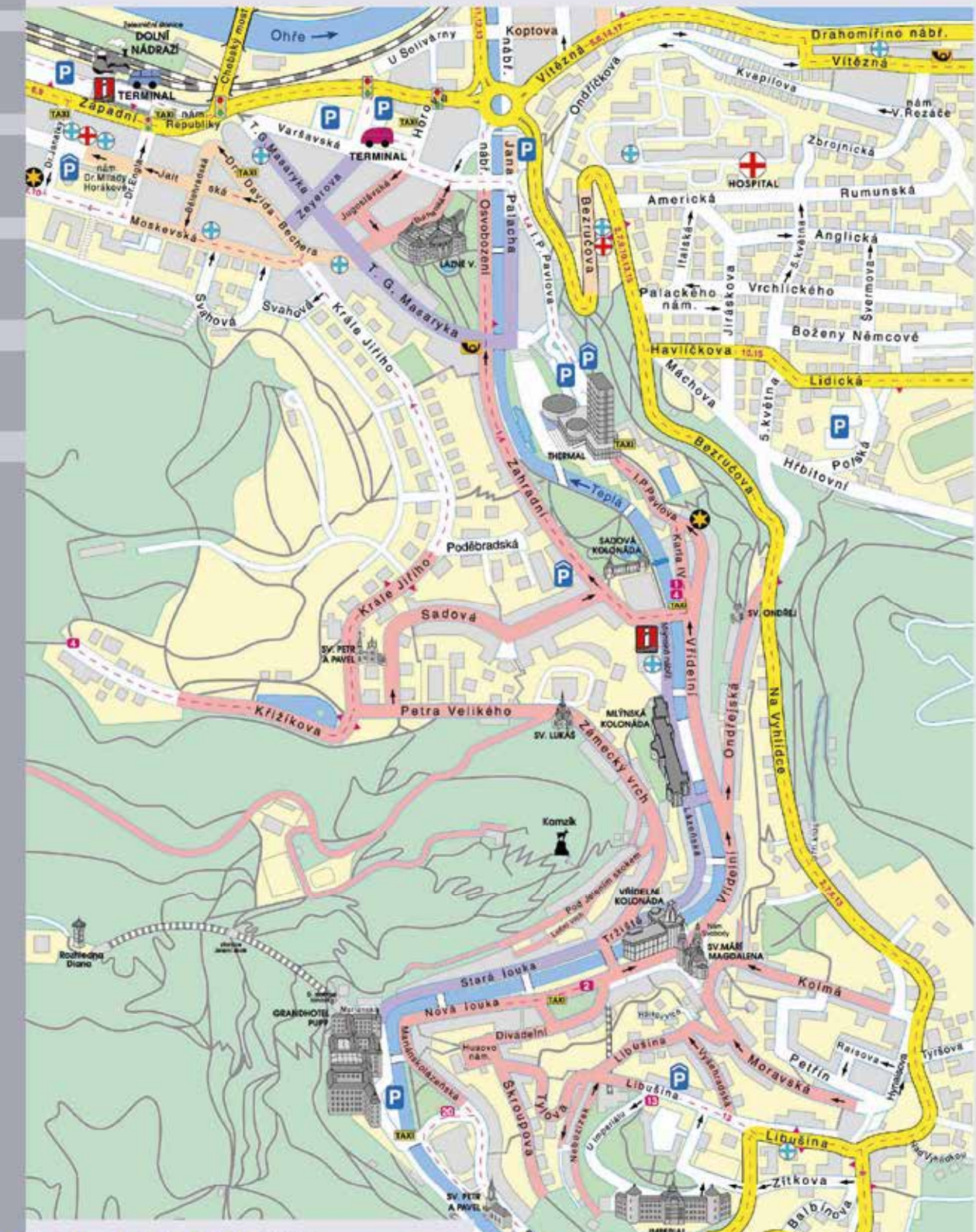
BUDOVA B



BUDOVA B

1. PROGRAM LÉKAŘI - Velký sál
 2. PŘEJÍMKA PREZENTACÍ - Velký sál - pravý vstup
 3. EXPOZICE FIREM - Foyer
 4. a 5. COFFE BREAK - Festivalový salonek I a II
 6. a 7. OBĚDY - Restaurace Therman
 8. ŠATNA
- ■ ■ LCD e-POSTERY - Foyer

- Zóna placeného parkování
Zahl-Parken-Zone
Zone of paid parking
- Zóna s dopravním omezením
Zone mit Verkehrsbeschränkung
Zone with transport restrictions
- Pěší zóna
Fussgängerzone
Pedestrian zone
- P** Parkovací garáže
Parkhaus
Multistorey car park
- P** Hlídané parkoviště
Bewachter Parkplatz
Watched car park



SBORNÍK ABSTRAKT

BLOK: PRENATÁLNÍ PÉČE

Vybrané infekčné ochorenia v tehotnosti

J. Záhumenský

II. gynekologicko pôrodnická klinika LFUK a UNB, Nemocnica Ružinov, Bratislava

Autor vo svojej prednáške prináša najnovšie poznatky o vplyve niektorých infekčných ochorení na výskyt tehotenských komplikácií. Analyzuje podiel niektorých vírusových ochorení na výskyt preeklampsie, predčasného pôrodu a rastovej reštrikcie plodu. Zároveň na základe posledných zverejnených štúdií uvádza odporúčenia managementu tehotnej s podozrením na cytomegalovírusovú infekciu, na toxoplazmózu a parvovírusu B.

Nefropatie v tehotenstve

J. Dvořák, M. Koucký

Gynekologicko-pôrodnická klinika 1. LF a VFN, Praha

ÚVOD: O tehotenstve komplikovaném nefropatií není v současné literatuře dostatečné množství dat. Jedná se o nehomogenní skupinu pacientek s nejasným vlivem onemocnění na tehotenství, přičemž incidence v populaci není stanovena. Metodika Na našem pracovišti byla provedena retrospektivní analýza případů mezi lety 2004-2019. Nylo nalezeno 84 těhotných žen s potvrzenou nefropatií. Zařazeny byly pacientky, u kterých byla nefrologem provedena diagnóza základního onemocnění. Sledovány byly hladiny sérového kreatininu a proteinurie. Analyzována byla sérová hladina kreatininu, proteinurie a jejich vliv na porodní váhu plodu a délku gestace. Bylo provedeno porovnání s kontrolní skupinou 25 pacientek, které měly nekomplikované těhotenství. Výsledky Ve skupině žen s nefropatií byla potvrzena negativní korelace sérové hladiny kreatininu v těhotenství k porodní váze (p-value <0,001) a dobu gestace (p-value <0,001). Rovněž negativní korelace sérové hladiny kreatininu před těhotenstvím k porodní váze plodu (p-value <0,001) a délce gestace (p-value 0,002). Negativní korelace proteinurie k délce těhotenství (p-value <0,001) a porodní váze (p-value <0,001) byla potvrzena. Závěr Nefropatie tvoří závažnou komplikaci těhotenství. Riziko je spojeno s renálními funkcemi matky. K objasnění rizika pro vývoj plodu lze využít kromě jiných metod i sérovou hladinu kreatininu a míru proteinurie

Devět let činnosti centra fetální medicíny v ÚPMD při léčbě komplikací monochoriálních dvojčat

Krofta Ladislav^{1,2}, Hašík Lubomír^{1,2}, Hanulíková Petra^{1,2}, Straňák Zbyněk^{1,2}, Feyereisl Jaroslav^{1,2},

¹ Ústav pro péči o matku a dítě Praha

² 3. LF UK, Praha

CÍLE: Činnost centra fetální medicíny se zaměřením na intrauterinní intervence u komplikací jednovaječných dvojčat byla oficiálně zahájena v květnu 2012. Od I. 2012 do XII. 2020 porodilo v Ústavu pro péči o matku a dítě 1460 žen s dvoučetnou graviditou. Z celkového počtu dvojčat se o dichoriální graviditu jednalo v 936/1460 (64.1 %) případech. Monochoriální gravidita byla zastoupena v 524/1460 (35.9 %) případech. Cílem studie je rozbor případů intrauterinních komplikací monochoriálních dvojčat za časové období devíti let od I. 2012 do XII. 2020.

METODY: Jedná se o prospektivní kohortovou studii hodnocení případů těhotenství, kdy byla indikována intrauterinní intervence pro komplikaci u monochoriálních dvojčat.

VÝSLEDKY: Ve sledovaném intervalu 9 let (I. 2012-XII.2020) bylo provedeno celkem 189 intervencí pro komplikaci u monochoriálních dvojčat. Nejpočetnější skupinou byla kohorta případů s TTTS-transfuzním syndromem (135/71.4 %). Selektivní forma fetální růstové reštrikce byla řešena ve 29 (15.3 %) případech. V jednom (0.5 %) případě byla intervence indikována pro mateřské komplikace. 24 případů (12.7 %) bylo indikováno pro přítomnost vývojové vady u jednoho z plodů. V této skupině bylo zastoupeno 10 případů s TRAP sekvencí. Ve skupině TTTS byla incidence jednotlivých stupňů TTTS následující: stage II – 21 (11.1 %), stage III – 95 (50.3 %), stage IV – 19 (10.1 %). Nejčastějším typem intrauterinní intervence byla laserová ablace interfetálních anastomóz (111/58.7 %), selektivní fetocida formou bipolární okluze byla provedena v 63 (33.3 %) případech. Fetocida s využitím radiofrekvenční ablace byla provedena ve 12 (6.3 %) případech. Ve třech (1.6 %) jsme nebyli schopni pro technické obtíže intervenci dokončit. Průměrné gestační stáří provádění intervencí byl 21. gestační týden (min. 16, max. 33). V návaznosti na provedenou intervenci porodilo po 37. gestačním týdnu 36 (19.0 %) žen. Mezi 36-37. a 33-35. týdnem gestace porodilo 25 (13.2%) a 42 (22.2 %) žen. V rozmezí 29-32. gestačního týdne porodilo 41 (21.7 %). V pásmu 25-28. týdnem porodilo 19 (10.1 %). Potrat po intervenci nastal 21 (11.1 %) intervencí. Ve třech (1.6 %) případech došlo k nitroděložnímu úmrtí obou plodů v návaznosti na výkon. Ve dvou (1.1 %) případech jsme nezískali data o výsledku těhotenství. Porodem dvou novorozenců bylo završeno 82 (43.4 %) a porodem jednoho novorozence 83 (44.0 %) těhotenství. V jednom (0.5%) případě došlo k nitroděložnímu úmrtí ve 32. gestačním týdnu.

ZÁVĚR: V návaznosti na zahájení činnosti centra fetální medicíny řešící problematiku komplikací monochoriálních dvojčat koncentrujeme tento typ patologie z Čech, Moravy a Slovenska. Centralizací případů a spoluprací s centrem fetální medicíny v Lovani (Belgie) jsme byli schopni zkrátit dobu learning curve. V 87.4 % případů je těhotenství ukončeno porodem jednoho nebo dvou novorozenců. K potratu plodů v návaznosti na intervenci dochází v 11.1 %. Incidence intrauterinního úmrtí po 24. gestačním týdnu je 1.6 %. 54.4 % porodů proběhne po 33. týdnu gestace.

Předporodní cvičení s pomůckou Aniball® u nullipar neredukuje riziko avulze levatoru ani během porodu, ale snižuje riziko provedení episiotomie a porodního poranění hráze

K. Fousek¹, K. Mrkvová¹, T. Branna¹, M. Ožana¹, M. Pavlíková², M. Kacerovský³

¹ Oddělení gynekologie a porodnictví, Městská nemocnice Ostrava

² Katedra pravděpodobnosti a matematické statistiky, Matematicko-fyzikální fakulta Univerzity Karlovy, Praha

³ Porodnická a gynekologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

CÍL STUDIE: Primárním cílem bylo zhodnotit vztah mezi cvičením s pomůckou Aniball® v předporodním období a poporodní avulzí musculus levator ani (LAM). Sekundárním cílem studie bylo vyšetřit vztah mezi cvičením s pomůckou Aniball® v předporodním období a délkou druhé doby porodní, provedením episiotomie a porodním poraněním hráze.

METODIKA: Do této prospektivní kohortové intervenční studie bylo zařazeno 64 nullipar, které cvičily s pomůckou Aniball® v předporodním období a 59 nullipar, které s touto pomůckou necvičily. Všechny ženy porodily vaginálně hlavičkou v termínu porodu bez použití vaginální extrakční techniky. S odstupem 10 týdnů po porodu bylo provedeno 4D ultrazvukové vyšetření pánevního dna translabiálním přístupem. Zhodnocení přítomnosti či nepřítomnosti avulze LAM byla provedeno expertním sonografistou, který neznal historii pacientek. Klinická data byla získána ze zdravotnické dokumentace.

VÝSLEDKY: Předporodní cvičení s pomůckou Aniball® nebylo spojeno se snížením frekvence avulzí LAM ve srovnání se ženami, které s pomůckou necvičily [s pomůckou 21 % (13/64) vs. 19 % (11/59); p = 0,82]. Předporodní cvičení s pomůckou Aniball® nevedlo ke zkrácení druhé doby porodní (s pomůckou 14 min vs. 15 min bez pomůcky; p = 0,63), bylo však spojeno s nižší frekvencí episiotomií [s pomůckou 34 % (22/64) vs. 59 % (35/59); p = 0,007; relativní riziko (RR) = 0,58, 95% konfidenční interval (CI) 0,39–0,86] a s celkově nižším výskytem po-rodních poranění [80 % (51/64) vs. 97 % (57/59); p = 0,005; RR = 0,83, 95 % CI 0.72–0.94].

ZÁVĚR: Předporodní cvičení s pomůckou Aniball® u nullipar rodících hlavičkou po týdnu 37+0 nesnižuje riziko výskytu poranění LAM během porodu a nevede ke zkrácení druhé doby porodní. Předporodní cvičení s pomůckou Aniball® u nullipar však snižuje frekvenci episiotomií a porodních poranění hráze.

Prediktivní model hypertenzních komplikací v těhotenství s využitím sFlt-1/PIGF poměru

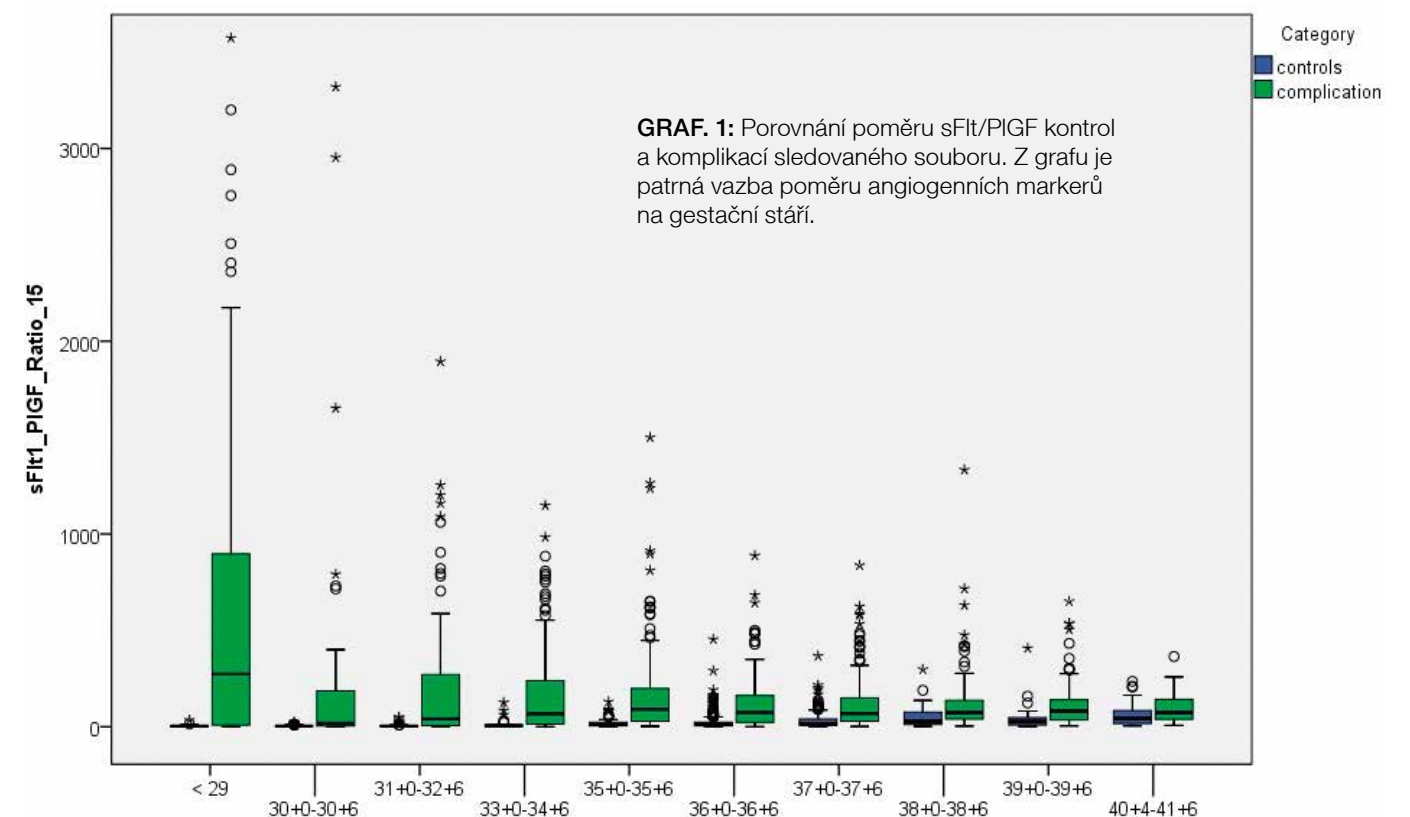
Ondrová Sabina^{1,2}, Dudová Alexandra^{1,2}, Hanulíková Petra¹, Krofta Ladislav^{1,2},

Feyereisl Jaroslav^{1,2},

¹ Ústav pro péči o matku a dítě Praha

² 3. LF UK, Praha

CÍLE: Sérová analýza mateřských angiogenních markerů sFlt-1/PIGF je v České Republice hrazená zdravotními pojišťovnami od roku 2016. Po zahrnutí této nové diagnostické metody do našich klinických postupů, doposud publikované hodnoty sFlt-1/PIGF poměru vykazovali neočekávaně vysokou míru falešné pozitivivity. Cílem naší studie bylo porovnat distribuci angiogenních markerů sFlt-1/PIGF u žen s podezřením na preeklampsii a u zdravých těhotných žen.



METODY: Provedli jsme observační studii založenou na principu případů a kontrol. Do studie byli zařazené ženy, u kterých jsme měli klinické podezření na preeklampsii. Pro kontrolní skupinu žen, jsme použili data angiogenních markerů z nekomplikovaných jednočetných těhotenství. Vyšetření angiogenních markerů se provádělo na plně automatizovaném analyzátoru Brahms Kryptor.

VÝSLEDKY: Celkově bylo do studie začleněno 1921 žen, 869 (45.2%) žen ve skupině s podezřením na preeklampsii, 1052 (54.8 %) žen ve skupině kontrol. Z 869 žen s podezřením na preeklampsii mělo skutečně preeklampsii či HELLP syndrom 343 (39.5 %) žen. Na základě dat z této studie, jsme byli schopni vytvořit referenční hodnoty pro sFlt-1, PIGF a jejich poměr v nekomplikovaném těhotenství a porovnat je s hodnotami v těhotenství s komplikací (graf 1). Sérové hodnoty sFlt-1/PIGF vykazovali signifikantní rozdíl u žen s podezřením na preeklampsii v porovnání se skupinou kontrol. V příslušném pořadí případů a kontrol byl medián pro hodnotu PIGF 82.1 ng/L vs. 239.0 ng/L, pro hodnotu sFlt-1 4954.0 ng/L r vs. 2125.0 ng/L.

ZÁVĚR: Z naší studie vyplývá, že v diagnostice preeklampsie není vhodné používat jednu univerzální cut off hodnotu sFlt-1/PIGF poměru pro celé těhotenství. Poměr sFlt-1/PIGF se mění v průběhu těhotenství a je závislý na řadě faktorů faktorech. Přínosem by bylo vytvořit individuální prediktivní model pro hypertenzní onemocnění v těhotenství. Tento model by fungoval na principu kombinace rizikových faktorů včetně hodnoty sFlt-1/PIGF poměrů. Předpokládáme, že by dosahoval přesnějších výsledky než-li samotná hodnota sFlt-1/PIGF poměru.

GRAF. 1: Porovnání poměru sFlt-1/PIGF kontrol a komplikací sledovaného souboru. Z grafu je patrná vazba poměru angiogenních markerů na gestační stáří.

Správné nastavení termínu porodu dle STM jako cesta snížení incidence císařských řezů

L. Lázníčková

Centrum naděje a pomoci, Brno

Císařský řez představuje ve vyspělých zemích nejčastěji vykonávanou chirurgickou operaci. Celosvětově jsou rozdíly ve frekvenci provádění sekci mezi jednotlivými zeměmi světa. V roce 2015 byla frekvence císařských řezů v ČR 26,9 %, v SR 30,5 % Dle údajů MZ v roce 2016 došlo k poklesu pod 25%- konkrétně v roce 2016 to bylo 24,9 %, v roce 2017 je udáno 24,5 % a v roce 2018 to bylo 24 %. Opatření ke snížení frekvence sekci Úspěšnost snižování počtu sekci zvyšuje i využívání jiných forem tlášení bolesti než epidurální analgezie, opatrný přístup k informacím o velikosti prenatálního dítěte z UTZ, omezení indukce či preindukce porodu z důvodu „poterminové gravidity“. Tedy i správné stanovení termínu porodu, aby těhotenství nebylo falešně považováno za poterminové. Pro správné stanovení skutečného termínu porodu významně pomůže znalost symptotermální metody (STM) a dle ní umět spočítat „korigované měsíčky“ a od toho odvozený pravděpodobný termín porodu STM Metoda založená na vyhodnocení dobře sledovatelných změn v těle ženy v souvislosti s tím, jak se mění hormonální hladiny v závislosti na tom, zda a kdy dochází k ovulaci. K ovulaci může dojít kdykoliv v průběhu jednoho menstruačního cyklu, je potřebné opustit mítus, že by ovulace probíhala vždy 14. den cyklu nebo mítus o „ovulaci v polovině cyklu“. Z principu metoda je založena na tom, že v souvislosti s blížící se ovulací dochází k navýšení hladiny estrogenů, tedy i hlen v dané době bývá řidší. Po ovulaci dochází k navýšení hladiny progesteronu, který hlen zahustí, a současně pro jeho termogenní efekt dochází k vzestupu BTT. Metodu STM může používat každá žena, která je schopná změřit si teplotu a sledované zapsat do záznamové tabulky. Pro výpočet délky těhotenství a termínu porodu vycházíme ze stanovení prvního dne vzestupu BTT. Studie CENAP 2020 Ženy, které porodily v období leden 2017 – duben 2020, 335 těhotenství od 300 žen, s tím, že primipar bylo 128, 2. – 3.porod byl 166, 6.–10. porod 9x. V daném souboru bylo 285 těhotenství, (85 %) ukončeno v termínu 38+0 až 42+0, respektive 256 těhotenství (76 %), ukončeno v termínu 38+0 až 41+0, Pro stanovení termínu porodu se vychází především ze znalosti STM, pokud není vedení záznamu STM k dispozici, tak dle UTZ pokud možno do 8. týdne těhotenství. V daném souboru došlo ke známým ovulaci a tedy k počtům do 15. dne cyklu ve 24 % cyklů, a naopak v 34 % cyklů došlo k počtům po 22. dni cyklu, dokonce až 81. DC. K porodu po 41+0 došlo v 9 % všech těhotenství. Sekce v období od 41+0 byla pouze v 1 případě. Celkem v daném souboru z 335 porodů bylo ukončeno 41 sekci, tedy 12 %. Poloviční počet oproti celostátnímu průměru.

Úloha vybrané složky vrozeného imunitního systému v pozadí významných těhotenských komplikací

M. Koucký

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

Naše pracoviště se již řadu let zabývá úlohou imunity v pozadí vybraných těhotenských komplikací. Lektin vázající manózu (MBL – mannose binding lectin) je důležitou složkou vrozené imunity a je zodpovědný nejen za opsonizaci mikroorganismů, ale také za eferocytózu, tj. „odklízení“ degradovaných složek buněk. MBL představuje hlavní iniciátor jedné z komplementových drah – lektinové dráhy komplementu. Funkční vyšetření této dráhy je považované za přesnější posouzení úlohy MBL než prosté stanovení jeho hladin. Cílem této aktuální studie bylo zjistit, jak vypadá koncentrace MBL a funkční vyšetření lektinové dráhy komplementu u žen s anamnézou předchozí nepříznivých výsledků těhotenství. Pacienti byli rozděleni do čtyř skupin na základě anamnézy předchozích těhotenských komplikací, včetně kontrolní skupiny pacientek. První skupina zahrnovala ženy s anamnézou nekomplikovaných těhotenství a termínových porodů. (kontroly, n = 33). Studijní skupiny představovaly pacientky s anamnézou těhotenských komplikací, tj. předčasného porodu (n = 29), opakovaného potratu (n = 19) a nevysvětlitelného nitroděložního úmrtí plodu (IUFD = intrauterine fetal demise; n = 17). Všechny ženy zařazené do studie podepsaly informovaný souhlas s odběrem krve a měly odebrané krevní vzorky v intervalu tři až šest měsíců po předchozím těhotenství. Zjistili jsme významně vyšší koncentrace MBL a funkční aktivitu lektinové dráhy komplementu u kontrolní skupiny těhotných - 1341 ng / ml; aktivita 1.00 % (IQR: 62 %–100 %) ve srovnání s hodnotami u pacientek s anamnézou závažných těhotenských komplikací. Pacientky s anamnézou IUFD - 684 ng / ml, P = 0,008; aktivita 8,5% (IQR: 0 % -97,8 %), P = 0,011, opakovaným potratem - 524 ng / ml, P = 0,022; aktivita

44 % (IQR: 4 %–83 %), P = 0,011 a předčasným porodem - 799 ng / ml, P = 0,022; aktivita 62,5 % (IQR: 0 %–83 %), P = 0,003. Naše výsledky naznačují, že neadekvátní funkce lektinové dráhy komplementu, spojená s nízkými hladinami MBL, je spojena s vyšším rizikem předčasného porodu, opakovaným potratem a nevysvětlitelného nitroděložního úmrtí plodu. Význam těchto výsledků spočívá především v tom, že prokázáný deficit v imunitním systému zvyšuje pravděpodobnost případného opakování komplikací. V současné době se již formují různé možnosti, jak riziko těchto komplikací snížit. Bude však potřeba ještě ověřit efektivitu těchto postupů v dalších studiích.

Abnormálně invazivní placenta - aktuální výzva v pôrodnictve

Z. Ballová¹, E. Dosedla¹, P. Calda²

¹ Gynekologicko-pôrodnická klinika UPJŠ LF, Nemocnica AGEL Košice-Šaca a.s.,

² Gynekologicko-pôrodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

V súčasnosti dosahuje celosvetová materská mortalita 400/100 000 tehotenstiev, z toho minimálne 25 % všetkých úmrtí pripadá na krvácanie spojené s potratom, alebo pôrodom. Abnormálna invazívna placenta je život ohrožujúca komplikácia, ktorá ohrozuje najmä ženy po cisárskom reze. Cisársky rez patrí medzi najčastejšie operácie v medicíne, pričom sa spája s abnormálnym hojením uterotickej rany. Porušené hojenie uterotickej rany po cisárskom reze môže viesť v konšekutívnej gravidite k zvýšenému riziku abnormálnej placencie v mieste jazvy po cisárskom reze. Incidencia abnormálnej placencie sa v posledných 50 rokoch signifikantne zvýšila na 1:533 až 1:2510. Vzostup incidence abnormálnej placencie možno prísúdiť najmä vzostupu frekvencie cisárskych rezov a iných operácií na maternici v posledných 50 rokoch. Pred 50 rokmi bola diagnóza placenta accreta veľmi zriedkavá, pričom incidencia sa vtedy udávala na 1:30 000 pôrodov. Včasná prenatálna diagnostika je nevyhnutná pre správny manažment liečby v tehotnosti keďže jedine týmto spôsobom dokážeme zachovať reprodukčné zdravie ženy, pretože v recentnej literatúre sa udáva, že placenta accreta je najčastejšou príčinou peripartálnej hysterektómie. Autori prezentujú špecifiká ultrazvukovej diagnostiky a liečby

Biochemické markery ischemie myokardu u těhotných s hypertenzním onemocněním a fetální růstovou restrikci

Dudová Alexandra^{1,2}, Ondrová Sabina^{1,2}, Hanulíková Petra¹, Krofta Ladislav^{1,2}, Feyereisl Jaroslav^{1,2},

¹ Ústav pro péči o matku a dítě, Praha, Česká republika

² 3. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha, Česká republika

ÚVOD: Dlouhou dobu panovalo přesvědčení za vznik a rozvoj růstové restrikce u plodu v těhotenství je zodpovědná patologická funkce placenty. V posledních letech se objevily studie popisující, že růstová restrikce není způsobena pouze nedostatečnou funkcí placenty, ale svůj velký podíl zde má i poškozená funkce kardiovaskulárního systému u matky. Cílem této práce je analyzovat laboratorní markery placentárního postižení a postižení kardiovaskulárního systému u těhotných žen s diagnózou růstové restrikce plodu.

METODIKA: Jedná se o prospektivní kohortovou studii. Zařazené jsou ženy s jednočetnou graviditou, s plodem s EFW pod 10. pct nebo s diagnostikovanou preeklampsií. Jako kontrolní skupina slouží ženy s nekomplikovaným průběhem gestace a eutrofickým plodem. V současné době je ve studii zařazeno 180 pacientek, z toho je 40 kontrol. U pacientek jsou v rámci odběrů krve analyzovány markery placentárního postižení: s-Flt, PIGF (hodnoceny na BRAHMS KRYPTOR analyzátoru) a dále markery kardiálního postižení: NT-proBNP, troponin-T a copeptin (hodnoceny na BRAHMS KRYPTOR analyzátoru). Po porodu je provedeno histologické vyšetření placenty dle Redline klasifikace.

VÝSLEDKY: Průměrný gestační věk při zahrnutí do studie byl u skupiny symptomatických žen 34. gestační týden, u kontrol 36. gestační týden. Tyto dvě skupiny se významně nelišily ve věku, BMI a paritě. Signifikantní rozdíl mezi symptomatickými ženami a kontrolami byl při hodnocení krevního tlaku. U žen s FGR byly statisticky významně vyšší hodnoty krevního tlaku (syst. TK: 126 vs. 113 (p-0,005)); diast. TK: 82 vs. 72 (p-0,005)). U žen v symptomatické skupině byl analyzován statisticky signifikantní rozdíl při hodnocení markerů placentárního postižení ve všech sledovaných markerech (p-0,001). Při hodnocení laboratorních markerů kardiálního postižení jsme pozorovali u symptomatických žen vyšší hladiny pro NT- proBNP a troponin. Dále jsme analyzovali statisticky významnou korelaci mezi rostoucími hladinami copeptinu a troponinu (p 0, 000) a také vzájemnou statisticky významnou korelaci mezi hodnotami copeptinu, troponinu a PIGF.

ZÁVĚR: Na základě naší práce nyní můžeme predikovat, že u plodů s růstovou restrikcí dochází nejen k postižené funkci placenty, nýbrž i k alteraci kardiovaskulárního systému u matky. Pacientky rozvíjející růstovou restrikci u plodu mají vyšší krevní tlak, než pacientky asymptomatické a je zde velmi pravděpodobný vztah mezi markery placentárního postižení a markery signalizující poškození kardiovaskulárního systému u matky. Jedná se zatím o výsledky našeho průběžného hodnocení. Pro vyslovení konečné hypotézy bude analýza doplněna o rozsáhlejší soubor dat.

Informovaný souhlas. Jsou naše pokusy o etiku ještě etické, aneb nenastal čas změny?

A. Pařízek

Gynekologicko-pôrodnická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze

„INFORMOVANÝ SOUHLAS“ (dále také IS) je **ETICKÝ KONCEPT**, který se dnes stal nedílnou součástí lékařské praxe a lékařské etiky. Jako uznání etického významu IS jej poprvé pro obor gynekologie a porodnictví potvrdil Výbor pro etiku Americké společnosti pro gynekologii a porodnictví (The Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) v roce 1980. Stalo se tak v reakci na v témže roce vypracované prohlášení Etického výboru (The Committee on Ethics) o „informovaném souhlasu“ (Ethical Considerations Associated with Informed Consent) v USA. Princip IS s různou mírou latence postupně přejímaly zejména hospodářsky rozvinuté země na celém světě. V České republice se tak stalo zhruba před 20 lety. Postupem doby se z dokumentu, který měl být pro pacienty zdrojem informací a návodem k rozvaze o nakládání se svým

zdravím, stal materiál, o kterém se mnozí zdravotníci zcela mylně domnívají, že je ochranou před právními důsledky svého počínání. Účastníci zdravotnického systému začali často spontánně vytvářet formuláře IS, které mnohdy podléhají textové "hyperlazií i hypertrofii". Vytvářejí se nové nebo aktualizované IS, které se dále, závisle na aktivitě různě aktivních osob konkrétního zdravotnického pracoviště, rozšiřují co do obsahu, tím i rozsahu. Vznikají nepovedená opatření, která ve svém důsledku nepomáhají pacientům ani lékařům. Proto vznikl návrh řešení současné neutěšené situace s používáním IS, které by spočívalo ve zjednodušení procesu s výhodami pro pacienty, lékaře i pro zdravotnická zařízení ambulantní i nemocniční péče, včetně zlepšené ekonomizace provozu. Princip spočívá v upřednostnění ústní komunikace lékař – pacient, a to za dodržení stávajících zákonných norem.

BLOK: AMBULANTNÍ GYNEKOLOGIE A JEDNODENNÍ CHIRURGIE

Jedním zadkem na dvou židlích? Je jen jedna gynekologie a porodnictví

M. Ožana

Gynekologicko porodnické oddělení MN Ostrava Novagyn s.r.o. Gynmar s.r.o.

Ve svém sdělení bych se chtěl zamyslet nad změnou práce a organizace oddělení gynekologie a porodnictví v posledních desítkách let. Chci se zamyslet nad současnými trendy a nutností stále většího prolínání práce nemocniční a ambulantní sféry. Souběh praxe nemocniční a ambulantní se zdá být pro chod oddělení nezbytností a pro ambulance výhodný. Oboustranně přináší mnohotné benefity, ale také nevýhody. Z mnohaleté praxe soudím, že první převládá a daný model bude budoucností většiny nemocničních oddělení.

Aktuální data ze studie Libuše (ALgoritmus pro screening karcinomu děložního hrdla v České republice s využitím detekce HPV DNA se Selektivní HPV 16/18 genotypizací a speciálního cytologického barvení CIntec Plus)

J. Sláma¹, V. Dvořák¹, M. Trnková¹, A. Skřivánek¹, P. Ovesná², O. Nováčková²

¹ Pracovní skupina studie LIBUSE, Česká republika

² Institut biostatistiky a analýz, Brno

Třebaže incidence karcinomu děložního hrdla v České republice vykazuje v posledních letech klesající trend, absolutní počty nových případů nadále dosahují ve srovnání s jinými rozvinutými zeměmi nepříznivých hodnot. Zvláště závažným problémem je vysoká mortalita a výskyt pokročilých onemocnění, které se nevyhýbají ani screenované kohortě. Cílem projektu LIBUSE je prospektivní vyhodnocení efektivity screeningu s využitím HPV DNA testu se selektivní HPV 16/18 genotypizací a speciálním imunocytochemickým barvením využívajícím detekci biomarkerů p16/Ki67. Do studie byly zařazeny ženy ve věkovém rozmezí 30–60 let, kterým byl v rámci rutinního cytologického screeningu odebrán HPV DNA test (Cobas 4800, Roche) v některém z 12 spolupracujících gynekologických center. Všechny HPV 16/18 pozitivní pacientky a/nebo pacientky se závažnou cytologickou abnormalitou (>LSIL) byly referovány k expertní kolposkopii; HPV non-16/18 pozitivní a nálezy LSIL byly tříděny pomocí imunocytochemického stanovení p16/Ki-67 (CIntec Plus, Roche) a pozitivní případy byly referovány k expertní kolposkopii. Studie je dvoukolová s opakováním kotestu po 3 letech, v mezích pokračuje roční cytologický screening. K analýze byla použita data od 2407 pacientek s mediánem věku 43 let. Po prvním kole vyšetření bylo zjištěno 8 případů závažných cytologických nálezů a 105 mírných cytologických abnormalit. Celkem 7,4 % (180/2418) pacientek bylo HPV pozitivních, Pozitivita HPV 16/18 byla zjištěna u 50 případů. Triáž pomocí p16/Ki67 byla pozitivní u 22,5 % (29/129). Cílená biopsie prokázala 32 HSIL a 2 AIS, všechny HPV pozitivní. Následující roční kontrola odhalila 6 případů HSIL, pouze jeden nebyl HPV pozitivní, ale nepředcházela mu ani závažná cytologická abnormalita. U 44 % pacientek došlo meziročně ke spontánní clearance HPV infekce. Data z kontroly po dalším roce jsou aktuálně analyzována a budou prezentována. Screening využívající HPV DNA test se selektivní HPV 16/18 genotypizací a triáží pomocí imunocytochemického vyšetření p16/Ki-67 vykazuje signifikantně vyšší detekci závažných prekanceróz ve srovnání s cytologickým screeninem a po dvou letech i excelentní negativní predikci (99,95 %).

Inovace v hysteroskopické chirurgii a jejich využití „v ambulantním režimu“

P. Kovář - Centra ambulantní hysteroskopie Havířov, Hlučín

Od konce 90. let, kdy byla vyvinuta „see and treat“ hysteroskopie a ambulantní operační hysteroskopické techniky, se postupně formuje zcela nový pohled na hysteroskopickou ambulantní praxi. Tato filosofie představuje koncept jediného postupu dokonale integrujícího operativní část do diagnostického výkonu. Inovace v hysteroskopické chirurgii pak v posledních letech radikálně změnil pohled jednak na intrauterinní diagnostiku, především však na způsob léčby některých nitroděložních patologií. I díky těmto změnám dochází k významnému posunu v možnostech operativy nejenom na operačních sálech, tak také při „office“ hysteroskopii prováděné v ambulancích. Z nejvýznamnějších zmíním především jednak nové možnosti lokální anestézie (totální intrauterinní anestézie), zavedení široké škály nového instrumentária vč. bipolárních „office“ hysteroresektoskopů a intrauterinním mechanických morcelátorů tkáně různých průměrů. Tyto inovace vedou k revolučním změnám při zefektivnění operačních technik vč. odstraňování megapolypů endometria, řešení RPOC, ambulantní resekce sept děložních, kompletní ablace submukózních myomů (studená ablace a OPPIuM technika) či možnosti ablace endometria v ambulantním režimu. Cílem referátu je informovat o nejnovějších inovacích (z velké části již rutinně používaných našim pracovištěm) a možných budoucích perspektivách v oblasti ambulantní diagnostické a operativní hysteroskopie, které jsou již plně dostupné v České republice.

Operační hysteroskopie pomocí shaveru Bigatti

M. Janošík, V. Dvořák ml., R. Pilka

Porodnicko-gynekologická klinika FNOL, Olomouc, Česká republika

Jako zlatý standard operační hysteroskopie se považuje bipolární resektoskopie. Na našem pracovišti (Porodnicko-gynekologická klinika FNOL, Olomouc) se nově snažíme provádět operační hysteroskopie pomocí intrauterinního shaveru – intrauterine Bigatti shaver (IBS®) 24Fr., firmy Carl Storz. Mezi výkony, při kterých shaver užíváme, patří resekce děložních polypů a odstranění reziduí v dutině děložní. Výkony provádíme v celkové anestezii. Mezi hlavní výhody této techniky řadíme vyhnouti se užití elektrochirurgie, odsátí „chipsů“ ihned po jejich resekcii pod zrakovou kontrolou, snížení rizika tekutinového přetížení (fluid overload) pacientky a jednoduché zacházení s tímto přístrojem. V naší prezentaci bychom se rádi podělili o zkušenosti s touto technikou a ukázali několik názorných videí.

Dlouhodobé výsledky operační léčby stresové inkontinence moči pomocí krátké nastavitelné pásky

M. Huser¹, I. Belkov¹, S. Tvarožek¹, I. Horvath²

¹ Gynekologicko-porodnická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno, Česká republika

² Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Kamenice 5, 625 00 Brno, Česká republika

Úvod Implantace transobturatorní pásky pod střední uretru (TOT) představuje standard operační léčby stresové inkontinence moči (SIM) u žen. Výhodou pásek zaváděných z jedné vaginální incize (single incision slings, SIS) je nižší výskyt pooperační bolesti v tříslech. Cílem práce bylo vyhodnocení dlouhodobé účinnosti a bezpečnosti krátké SIS pásky (Ophira, Promedon), která je opatřena spolehlivým kotevním systémem a zároveň umožňuje nastavení správného napětí pásky. Materiál a metody Nábor pacientek do prospektivního sledování probíhal v univerzitním urogynekologickém centru v letech 2012-2014. Do studie byly zařazeny pouze ženy s urodynamicky prokázanou SIM po vyloučení všech patologií malé pánve a žen s anamnézou operační léčby SIM. U všech pacientek byl před operací zhodnocen dopad SIM na kvalitu života pomocí dotazníku International Consultation on Incontinence - Short Form (ICIQ-SF). Pacientky byly chirurgicky léčeny zavedením krátké nastavitelné SIS pásky z jedné incize za jednodenní hospitalizace. Hlavními sledovacími parametry v období pěti let po operaci bylo procento objektivně vyléčených pacientek (negativita kašlacího testu) a jejich subjektivní spokojenost s vyléčením hodnocena stupnicí Patient Global Impression of Improvement (PGI-I). Dále bylo hodnoceno procento operačních i pooperačních komplikací podle klasifikace Mezinárodní urogynekologické asociace (IUGA), kvalita života po operaci a výskyt de-novo urgencye škálou Patient Perception of Intensity of Urgency Scale (PPIUS). Výsledky Z celkového počtu 96 vyšetřených pacientů, splnilo vstupní kritéria 84 žen. Dlouhodobé operační výsledky byly hodnoceny u 66 (78,6 %) pacientek, které se dostavily k plánované kontrole v období pěti let po operaci (59,6 - 62,3 měsíců). Vymizení nebo zlepšení příznaků SIM uvedlo celkem 55 pacientek (83,3 %). Při objektivním vyšetření pacientek bylo vyléčení konstatováno u 57 žen (86,4 %). Během operace nedošlo u žádné pacientky k závažným per-operačním komplikacím. U dvou pacientek došlo k pooperační retenci moče a v jednom případě byla diagnostikována drobná protruze pásky v místě poševní sutury. V pěti případech (7,6 %) byla v průběhu sledování nutná re-operace z důvodu recidivy SIM. Průměrné zlepšení kvality života pět let po operaci bylo 11,6 ± 3,0 bodů. Výskyt de novo urgencye byl hodnocen průměrem 0,7 ± 1,0 bodů. Závěr Operace SIM s využitím SIS pásky Ophira je bezpečná a účinná i v dlouhodobém sledování pěti let. Objektivní i subjektivní procento vyléčení je srovnatelné s referenční technikou klasické TOT pásky s minimem komplikací

Duální laser a HIFEM v ambulantní gynekologii

L. Mikulášek

MUDr. Lubomír Mikulášek (CMIGO, CLM & CMIEG), Praha

Úvod: V zájmu všeobecné redukce invazivity a vzhledem ke snahám o nalezení takové metody, která by toto splňovala, a bylo by ji možné použít jako primární metodu volby, se celosvětově jednotliví výrobci lékařské techniky a výzkumné týmy neustále snaží o jejich vývoj. Mezi všemi těmito mnohými metodami a technologiemi se jako velice slibné na poli ambulantní gynekologie jeví použití technologií duálního (Er:YAG, Nd:YAG) laseru a HIFEM (vysoce intenzivní fokusované elektromagnetické technologie). Kdy druhá z těchto technologií je zcela neinvazivní v pravém slova smyslu. Metody: Popis jednotlivých metod a jejich možností použití včetně očekávaných efektů, současně se zkušenostmi našeho centra z více jak 1,5 roku společného používání obou metod u široké skupiny žen trpících nejčastějšími problémy, jako je močová inkontinence, POP, introitální laxita, VRS, vaginální atrofie, lichenoidní změny zevního genitálu, sexuální dysfunkce. Představení zajímavých případů a naše doporučení vzhledem k našim dosavadním zkušenostem. Výsledky: Použití obou metod, a to ať odděleně, či současně, se u výše popisované skupiny obtíží, trápících pacientky, jeví vzhledem k dosavadním našim výsledkům a následnému follow-up jako velmi slibné s vysokým efektem pozitivního účinku a velmi vysokou tzv. satisfaction-rate. Nástup pozitivního efektu je oproti původnímu a studiem i výrobci deklarovanému očekávání velmi rychlý (u hifem zaznamenáváme efekt již po 2–3 sezeních, u laseru často již po první aplikaci). Závěr: Využití obou metod (Er,Nd:YAG laser a HIFEM), a to ať v jejich kombinaci, či samostatně, se dle našich dosavadních zkušeností jeví jako možnost první volby, nahrazující invazivnější metody, v rámci námi sledované skupiny obtíží pacientek. Ovšem pro nedostatek dostatečných a validních dat, bude nutno vést další sledování.

Možnosti neinvazívnej diagnostiky karcinómu endometria

M. Nachajová, E. Kúdela, Š. Novyzedlák, Z. Laučeková, M. Hrtánková, K. Biringer K Gynekologicko- pôrodnická klinika JLF UK a UNM, Martin

Karcinóm endometria je jedným z najčastejších gynekologických malignít v západných, ale aj v rozvojových krajinách. Skriningový nástroj, ktorý by slúžil na včasné zachytenie tohto ochorenia by viedol nielen k skorej liečbe, ale aj k zníženiu chorobnosti a úmrtnosti žien. V súčasnosti neexistuje žiadny efektívny a lacný skriningový program na včasné zistenie karcinómu endometria. Kyretáž je stále štandardným nástrojom na hodnotenie lézií endometria, aj napriek tomu, že má niekoľko nedostatkov (bolesť, falošne negatívny výsledok, možné poranenie). Na základe týchto skutočností je preto urgentné zavedenie diagnostického nástroja, ktorý by umožňoval včasný záchyt karcinómu endometria. V predkladanej práci autori prezentujú pohľad na niekoľko nástrojov slúžiacich na odber vzoriek z endometria, ktoré vykazujú relatívne vysokú senzitivitu a špecifickosť vo včasnej diagnostike endometriálneho karcinómu. Práca poskytuje prehľad dostupných zariadení na odber vzoriek a včasnú diagnostiku lézií endometria, kriticky hodnotí ich výhody a deficity a navrhuje úvahy pre budúci vývoj týchto zariadení.

Vulvovaginálny dyskomfort - od metod represívnych k metódám podpúrnym

V. Unzeitig, V. Dvořák st., K. Dofková

Centrum ambulancí gynekologie a primární péče, Brno

Klinická praxe ukazuje, že uvoľnenie lokálnych antimykotík do voľného predeje neprišlo očakávané epidemiologické výsledky a zlepšenie kvality života postihovaných žien. Naopak, v mnoha prípadoch vedlo k prohloubení chronického vulvovaginálneho dyskomfortu. Příklad je pravděpodobně více a naše sdělení se je pokusí zřetelně pojmenovat. Souvisí mimo jiné se zneužíváním volně dostupných léčiv, špatnou diagnostikou a tím i neefektivní léčbou. Výsledkem pak je nevyhnutelný rozvrat vaginálního ekosystému, který se snažíme zachránit podáváním probiotik, bohužel všeho druhu. Úspěšnost takových „represivních“ metod je malá a vaginálnímu prostředí zjevně neprospívá. Proto se dlouhodobě zaměřujeme na hledání metod „podpůrných“ se snahou stabilizovat narušené fyziologické funkce vaginálního ekosystému. Před několika lety jsme publikovali studii ověřující efektivitu enzymatické léčby (WOBENZYM tbl.) u žen s jasnými příznaky chronické vulvovaginální kandidózy, nyní jsme vyhodnotili studii využití perorálních lyofilizovaných inaktivovaných kandid (CANDIVAC 5 mg kapsle) a dokončujeme mezinárodní multicentrickou studii zaměřenou na efektivitu podání transfer faktoru (IMUNOR 10 mg plv.) v léčbě rekurentních vaginálních infekcí. Systémové podávání lyofilizovaných inaktivovaných kandid (CANDIVAC 5 mg kapsle) v doporučeném dávkovacím schématu aktivovalo složky vrozené i adaptivní imunity postihovaných žen, což se klinicky projevilo nejenom výraznou redukcí počtu atak vaginálních kvasinkových infekcí, ale i poklesem specifických antikandidových protilátek IgM. Výsledný efekt léčby je závislý na délce užívání přípravku a posiluje funkce přirozené ochrany vaginálního ekosystému.

Změny v CNS způsobené chronickou bolestí při endometrióze

M. Němec, K. Šugarová

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o.

Bolest bývá dominantním projevem endometriózy. Pacientky nemají pouze jeden druh bolesti, ale často jde o jejich kombinaci. Nejčastěji se vyskytuje ve formě dysmenorrhoe, chronické pánevní bolesti, dyspareunie, dyschézie a dysurie. Bolest negativně ovlivňuje pacientku v osobním, partnerském a rodinném životě, v sociální a ekonomické sféře. Mechanismus endometriózou vyvolané bolesti je stejně složitý jako nemoc samotná a neexistuje korelace mezi stupněm postižení a mírou bolesti. Bolest může být nociceptivní, neuropatická nebo kombinace obou. Nejčastěji se vyskytuje kombinace všech tří typů. Jeden typ bolesti většinou bývá a tato bolest většinou reaguje na specifickou léčbu. Je pravděpodobné, že mechanismus vzniku bolesti při menstruaci, CPP a funkční bolesti je rozdílný. Vnímání bolesti a její intenzita často nekorresponduje s detekovanou lézí, často se propaguje do jiných oblastí a současně je často spojená s chronickou dyfunkcí pánevního dna. MRI byly prokázány změny v šedé kůře mozku, gyrus cingulatus, putamen a insule. Ženy s diagnostikovanou endometriózou, ale bez bolestivých symptomů, vykazují zmnožení periaquaduktální šedé hmoty. Čím větší je zmnožení této hmoty, tím větší je nutný vyvolávající stimulus ke vnímání bolesti. U žen s endometriózou a CPP byla současně nalezena zvýšená koncentrace neurotransmiterů v přední insule a současně zvýšená hustota spojujících synapsí mezi přední inzulou a mediálním prefrontálním kortexem. U žen s dysmenorrhoeou byla prokázána rozdílná metabolická aktivita mozku než u ženy bez endometriózy. U žen s chronickou pánevní bolestí byla prokázána redukce mozku hmoty v rozdílných mozkových oblastech. Předpokládá se, že důvodem úbytku mozku tkáň je vystavení neurotoxickému působení opakovaných stimulů bolesti který má za následek neuronální atrofii a neuronální smrt (vystavení neurotransmiterům, lékům, vystavení působení strachu a nervozity) Závěr: Při podezření na endometriózu by měly být klientky poučeny o možnostech terapie. Vzhledem k hormonální povaze onemocnění je účinná převážně hormonální terapie ve formě kombinované HAK, IUS ev dienogestu. Včasně nasazenou léčbou snižujeme pravděpodobnost vzniku chronické pánevní bolesti, která je charakterizována i centrálními změnami v mozku a která často vede k invalidizaci klientek v období menzes.

Význam kmeňových buniek v etiopatogenéze endometriózy

T. Pribulová, T. Rokos, E. Kozubík, D. Šimová, E. Kúdela, K. Biringer

Gynekologicko-pôrodnická klinika UNM, Jesseniova lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Abstrakt Endometrium je dynamicky meniace sa tkanivo, ktoré podlieha cyklickým zmenám. V procese jeho regenerácie zohrávajú významnú rolu kmeňové bunky kostnej drene a endometria spolu s multipotentnými progenitorovými bunkami. V poslednej dobe sa štúdiom na animálnych biomodeloch načrtá úloha kmeňových buniek aj v etiopatogenéze endometriózy.

Kmeňové bunky endometria a kostnej drene sú schopné migrácie angiolymfatickou cestou. Môžu sa tak podieľať na vzniku vzdialenejších ložísk endometriózy. Ďalšia analýza kmeňových buniek môže viesť k potvrdeniu ich perspektívneho využitia aj v procese diagnostiky a liečby tohto ochorenia. Táto prehľadová práca je zameraná na stručnú charakteristiku jednotlivých typov kmeňových buniek endometria a kostnej drene spolu možným teóriami vzniku endometriózy. Prostredníctvom databázy PubMed sme podľa kľúčových slov endometrióza, etiopatogenéza endometriózy a kmeňové bunky vyhľadali práce publikované v rokoch 2012-2020 so zameraním na úlohu kmeňových buniek endometria a kostnej drene v etiopatogenéze endometriózy. Nami vybrané štúdie ich úlohu potvrdzujú, no zohľadňujú viacero možných teórií vzniku ložísk endometriózy. Zároveň z nich vyplýva, že na potvrdenie alebo vyvrátenie každej z možných teórií vzniku je potrebná detailnejšia molekulárna genetická analýza tak epitelových ako aj stromálnych buniek. Kľúčové slová: endometrióza, endometriálne kmeňové bunky, kmeňové bunky kostnej drene.

BLOK: GYNEKOLOGICKÁ ENDOKRINOLOGIE, ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Současný stav a perspektivy reprodukční medicíny

T. Mardešić

Sanatorium Pronatal, Praha

42 let po narození Louisie Brownové- prvního dítěte narozeného po oplození lidského oocyty v laboratorních podmínkách a následném přenosu embrya do dělohy matky - je mimotělní oplodnění nejúspěšnější metodou léčby poruch plodnosti, kterou kdy lidstvo mělo k dispozici. Pokud zohledníme i institut náhradního mateřství, neexistuje dnes pár s poruchou plodnosti, kterému by současná reprodukční medicína nemohla navrhnout řešení jejich problému. Stejně významná je i skutečnost, že postupy asistované reprodukce se stávají součástí dalších medicínských postupů a strategií, které nesouvisí s poruchou plodnosti – ať se jedná o péči o páry se známým genetickým rizikem pro potomstvo, kde preimplantační genetické vyšetření embryí dalekosáhle nahradilo klasické postupy prenatalní diagnostiky, nebo o oblast onkofertility (zachování budoucí plodnosti pacientů s nedokončenými reprodukčními plány, kteří musí postoupit cytotoxickou léčbu s vysokým rizikem budoucího snížení plodnosti či zcela nevratného poškození reprodukčních funkcí). Za zcela vyřešené lze považovat problémy dříve spojované s asistovanou reprodukci- nové postupy v ovariální stimulaci umožnily prakticky eliminovat riziko hyperstimulačního syndromu, zvýšení efektivity léčby umožnilo přenášet jediné embryo (single-embryo transfer) a následný dramatický pokles vícečetných (dvoučetných) těhotenství. Současnou výzvou pro reprodukční medicínu představuje změna reprodukčního chování populace – ženy odkládají svá těhotenství do stále vyššího věku, a proto i věk žen, které přicházejí na specializovaná pracoviště se žádostí o pomoc při otěhotnění, se trvale zvyšuje. Tato skutečnost má závažné dopady do medicínské praxe: zvyšuje se význam selekce euploidních embryí, jejichž procento se se stoupajícím reprodukčním věkem dramaticky snižuje, výrazně stoupá poptávka po léčbě pomocí darovaných oocytů (řada žen přichází se žádostí o léčbu tak pozdě, že darované oocyty představují jediný možný postup) a stoupá i počet žen se zájmem o tzv. social freezing (zamrazení vajíček pro jejich budoucí použití nebude-li možná spontánní koncepce). To vše přináší celou řadu nejen medicínských, ale zejména etických a legislativních otázek a problémů, které s touto změnou reprodukčního chování populace nezbytně souvisí. Všechny zmíněné skutečnosti lze dokumentovat i údaji z Národního registru asistované reprodukce, který je součástí Národního registru reprodukčního zdraví.

Manažment liečby párov s poruchami plodnosti

K. Jedličková, P. Harbulák, G. Kaňová, M. Pustaj, P. Šranko, P. Svitok

GYN-FIV a.s. Centrum pre gynekológiu, urológiu a asistovanú reprodukciu Bratislava

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje pár ako neplodný v prípade, ak nie je schopný počať dieťa ani napriek pravidelnému nechránenému pohlavnému styku počas minimálne jedného roka. Kvalita spermií klesla za posledných 50 rokov tak výrazne, že WHO musela niekoľkokrát upravovať normy. Príčiny neplodnosti mužov sú multifaktoriálne podmienené a vzájomne sa prelínajú. Na ich diagnostike a liečbe sa podieľa viacero klinických disciplín, ktorých úzka spolupráca je pre úspešnosť liečby nevyhnutná. Za príčiny mužskej neplodnosti môžu byť zodpovedné interné faktory (poruchy tvorby spermií, poruchy priechodnosti semenotvorných kanálikov, poruchy sexuálnych funkcií), genetické a endokrinné faktory a tiež environmentálne faktory (exhaláty, chemizáciu, rádioaktívne a mikrovlnné žiarenie, ftaláty, ťažké kovy, nikotín, alkohol, drogy, obezitu a niektoré lieky). U muža je zlatým štandardom vyšetrenie spermioqramu, ktoré môže byť následne doplnené o ďalšie špecializované analýzy. Komplexné vyšetrenie spermií môže odhaliť idiopatickú neplodnosť, príčinu mužskej neplodnosti a určiť vhodný liečebný postup. Okrem spermioqramu je možné vyšetriť z ejakulátu špecializovanými technikami aj oxidačný stres, fragmentáciu DNA v spermiách, protilátky proti spermiám v ejakuláte a test vitality spermií, pričom práve oxidačný stres zohráva nemalú úlohu pri úspešnosti fertilizácie oocytov. Za vznik oxidačného stresu sú zodpovedné reaktívne formy kyslíka (ROS) a až 25% neplodných mužov má vysoké hladiny ROS. Oxidačno-redukčný potenciál je miera rovnováhy medzi celkovou oxidačnou a celkovou redukčnou aktivitou v semennej plazme. MiOXSYS je analyzátor hladiny ROS v ejakuláte, poskytuje najpresnejšie meranie oxidačno-redukčného potenciálu a tak ponúka úplný obraz o stave oxidačného stresu.Poskytuje rýchlu in vitro diagnostickú analýzu spermií využívajúcu elektrochemickú technológiu. MiOXSYS vykonáva kvalitatívne meranie (milivoltov [mV]) sORP v ľudských spermiách. Systém pozostáva z jednorazového senzora a analyzátoru, ktorým dosiahneme vyššiu objektivitu a zjednotenie hodnotení. Jedným z najkompaktnejších a najmodernejších analyzátorov je LensHooke Semen Quality Analyzer, ktorý generuje výsledky zo 45-tich zorných polí do video sekvencie a PDF počítačového súboru. LensHooke Semen Quality Analyzer zjednoduší a zrýchli určenie nálezu. Taktiež uľahčí konzultáciu s pacientmi a ich následnú liečbu. Kľúčové slová: Spermioqram. Mužská neplodnosť. Oxidačný stres. LensHooke Semen Quality Analyzer

Opakované selhání implantace (RIF) - možnosti léčby

P. Uher, M. Pohanka, A. Košťáková, P. Ventruba

FertiCare, Karlovy Vary, Znojmo

Úvod: Přes všechna úsilí reprodukční medicíny a její významné úspěchy jsou některé problémy asistované reprodukce stále nevyřešené a řada párů zůstává bezdětná. Jedním z těchto problémů zůstává opakovaná porucha implantace - RIF. V posledních letech se objevuje řada prací řešící kompatibilitu endometria a jeho připravenost a řada klinik se experimentálně snaží tento problém řešit. Materiál a metodika: V cyklech s vlastními vajíčky je velice těžké odhalit vliv na implantaci vycházející z embrya a nebo z endometria. Proto jsme zvolili kolektiv pacientů v ED programu. Hodnoceny kolektiv byl tvořen 150 pacientkami z programu ED, které neotěhotněly v předchozích terapiích a minimálně 1x po SET nebo DET velice kvalitními blastocystami v programu ED. U 50 nebyla provedena zadna intervence, u 50 byla provedena scarifikace a u 50 byla porovedena laváž G-CSF. Vysledky: U pacientek s provedenou scarifikací bylo zaznamenáno signifikantně vyšší endometrium při kontrole před ET a vyšší PR o 5,5% oproti kontrolní skupině. Ve skupině, kde byla provedena laváž G-CSF nebyla sliznice vyšší než v kontrolní skupině, ale PR byla o 6,2 vyšší. Diskuse: Samozřejmě se jedná o malá čísla a také není možno vyloučit řadu vlivů, které se mohou měnit terapie od terapie a ovlivňovat imunologii a receptivitu endometria. Není také zcela vyloučen paternální vliv na embryo a jeho implantaci. Výsledky i v tomto malém souboru naznačují určitou přesvědčivost a možnou cestu v terapii zatím nevyřešeného RIF.

Limity v asistované reprodukci

Tomáš Bagócsi

Reprofit International s.r.o., Brno

Poměr neplodných párů se odhaduje na zhruba 15%. Při léčbě neplodnosti rozeznáváme více rizikových faktorů, ovšem tím nejzásadnějším je věk ženy, protože to je nejdůležitější, nemodifikovatelný rizikový faktor ovlivňující úspěch léčby neplodnosti. Věk ženy ovlivňuje i šanci na přirozené početí. Dokazují to různé demografické i epidemiologické studie různých populací z celého světa, které uvádí jasnou souvislost mezi věkem ženy a její plodností. Podle studií přirozená plodnost mírně klesá již od 25. narozenin ženy, k razantnímu poklesu dochází ve věku 35. Po čtyřicítce je šance na přirozené početí zhruba už jen čtvrtinová ve srovnání se ženami do 30 let. Tento pokles plodnosti byl původně vysvětlován poklesem ovariální rezervy a poklesem počtu vajíček. Moderní výzkumy ale dokazují, že nejvíce k poklesu plodnosti a k poklesu schopnosti počít a porodit zdravé dítě ve vyšším věku ženy přispívají především chromosomální segregací chyb vznikající během meiotického dělení vajíčka, které pak dávají vzniku aneuploidním embryím. Poměr aneuploidních embryí, neboli embryí s nesprávným počtem chromosomů věkem exponenciálně narůstá spolu s tím stejným způsobem narůstají těhotenské ztráty. Riziko potratu do 35. věku života je do 20 %, kolem 40. věku se to riziko navyšuje na zhruba 40 %, v 45 letech je to již přes 70 %. K mapování a odhadu povědomí o poklesu plodnosti závislé na věku ženy (tzv. „Knowledge of Age-Related Fertility Decline“) v rámci mladé populace proběhli desítky studií po celém světě. Dá se říct, že s většími či menšími rozdíly všechny studie došli k stejnému závěru: obecně lidé v reprodukčním věku přeceňují přirozenou plodnost žen, předpokládají pozdější razantní pokles plodnosti u žen, než je realita (35 let), ve většině západních zemích se spoléhají na IVF, ale mají zcela nereálné očekávání vůči IVF, a obecně muži mají horší znalosti o poklesu plodnosti, než ženy. Podle poslední publikace národního registru asistované reprodukce (NRAR) v roce 2017 byl statistický průměr úspěšnosti IVF léčeb vyjádřený porodem zdravého dítěte (tzv. baby-take-home-rate (BTHR)) při použití vlastních oocyt v České republice následovný: při léčbě do 34 let věku ženy byl 18,7%, ve věkovém rozmezí 35 až 39 let byl 11,5 %, a pro všechny léčby žen starších než 40 let byl jenom 3,4%. Dané údaje uvádí úspěšnost léčby vyjádřenou počtem porodu na počet všech zahájených léčebných cyklů (n=15428) při přenosu čerstvého embrya nebo embryí. Jednak tendence kontinuálního nárůstu věku rodiček v ČR, ale především výrazný nárůst průměrného věku ženy při zahájení IVF v ČR (v roce 2007 byl 33,4 let, v roce 2017 již 35,8 let) jsou alarmující fakta, která nás, odborníky v reprodukční medicínu, by měla nutit k tomu, abychom začali víc informovat a edukovat o reprodukčním zdraví ne jenom laickou veřejnost a populaci v reprodukčním věku, ale i všechny kolegy, lékaře, kteří zabezpečují primární péči, a to především ambulantní gynekology a praktické lékaře.

Využití zamrazeného spermatu onkologických pacientů v asistované reprodukci

P. Ventruba, J. Žáková, M. Jeřeta, I. Crha, E. Lousová, M. Huser, R. Hudeček

Gynekologicko – porodnická klinika LF MU a FN Brno

CÍL: Rozbor využití spermatu zamrazeného před gonadotoxickou léčbou v asistované reprodukci (AR) s analýzou spermogramů a posouzením vztahu patologie spermatu s diagnózou a využití zamrazeného spermatu. Metodika: V období leden 1995 - prosinec 2020 bylo na Centru asistované reprodukce FN Brno vyšetřeno 24 729 mužů, z toho 1448 (5,9 %) pro onkologickou diagnózu. Kryokonzervace spermatu prošla zásadním vývojem. Ve všech případech byla použita standardní technika rozmrazení. V rámci léčby metodami AR byly oocyt oplazovány technikou ICSI.

VÝSLEDKY: Z 1448 vyšetřených spermogramů u mužů s onkologickou diagnózou byl zhoubný nádor varlete u 43,7 % pacientů, maligní onemocnění mízní a krvetvorné tkáně v 24,1 %, z toho Hodgkinův lymfom 70,1 %, non-Hodgkinův lymfom 29,9 %. Leukémie byla u 7,9 %, zhoubné nádory kostí a chrupavek u 6,8 % pacientů. Věk klientů byl 27,2 ± 6,8 roku. Normozoospermii mělo 38,3 % mužů, 54,2 % spermogramů vykazovalo patologii v 1 až 3 parametrech a azoospermii mělo 7,5 % pacientů. Těžká asthenozoospermie byla u 57,2 % mužů a těžká oligozoospermie u 22,3 % pacientů. Nejnižší hodnoty byly u tumorů varlete, nejlepší u nádorových onemocnění CNS. Kryokonzervace spermatu byla provedena v 1340 případech (92,5 %). Zamrazené sperma dosud využilo 160 mužů (11,9 %), z toho 83 u nás (6,2 %). Vždy byla použita technika ICSI, dosaženo 38 klinických

těhotenství (45,8 %) a 32 porodů. Máme evidováno 424 ukončených skladování spermatu (31,6 %), z toho 148 z důvodu úmrtí, tj. 11,0 % všech onkologických pacientů, ostatní na vlastní žádost.

DISKUZE: Onkologická léčba, zahrnující chemoterapii či radiační terapii, může poškodit reprodukční funkce přímým poškozením zárodečného epitelu způsobující oligozoospermii či azoospermii a být příčinou vzniku aneuploidních spermii. Testikulární tkáň je velice citlivá a látky jako alkylační činidla nebo platina mají destruktivní efekt na zárodečný epitel. Kolem 15-30 % vyléčených pacientů zůstává sterilních. Využití zamrazeného spermatu je ovlivněno více faktory. Přímou u nás bylo sperma využito u 6,2 % pacientů. Dalších 77 klientů využilo transport spermatu na jiné centrum AR a celkové využití činí 11,9 % souboru. Je vyšší ve srovnání s italským centrem IRCCS, kde z 682 onkologických pacientů pouze 4 % mužů sperma využilo, a 2 % si nechala spermie převzít do jiného centra. University of Tokyo uvádí, že ze 122 mužů pouze 9,8 % využilo spermie s dosažením 41,7 % klinických těhotenství. Meta analýza 30 studií na 11 798 pacientech uvádí, že 8 % využilo své spermie, 49 % bylo úspěšných, tzn. jen u 3,9 % bylo dosaženo gravidity. Pouze 16 % našich pacientů zrušilo skladování spermii bez dalšího využití a většina tak nevyklučuje možnost použití v budoucnu.

ZÁVĚR: U onkologických pacientů jsou ve vysokém procentu těžké patologie spermatu. Nejnižší hodnoty byly u zhoubných nádorů varlete. Je nutné počítat s dlouhodobým skladováním a oplozením ICSI. Počet zemřelých mužů je vyšší než těch, kteří sperma využijí pro léčbu. Práce vznikla za podpory projektu MZ ČR – RVO (FNBr: 65269705), AZV MZ ČR č. NV-18-08-00412 a NV-18-08-00291.

Relugolix – perorální GnRH antagonist s Add-Back terapií. Nová možnost konzervativní léčby děložních myomů

R. Hudeček

Gynekologicko-porodnická klinika MU a FN Brno, Brno, Česká republika

CÍL PRÁCE: Vyhodnotit účinnost a bezpečnost 24denní léčby antagonistou gonadoliberinového (GnRH) receptoru relugolixu v kombinaci s estradiolem (E2) a norethisteronem acetátem (NETA) ve srovnání s placebem u žen s těžkým menstruačním krvácením (HMB) souvisejícím s myomem (děložním fibroidem; UF).

MATERIÁL A METODIKA: Soubor premenopauzálních ženy (18-50 let) s objemem ztráty menstruační krve (MBL) minimálně 80ml/cyklu na základě stanovení alkalického hematinu a s diagnózou UF potvrzenou ultrazvukovým vyšetřením. Ženy byly randomizovány 1:1:1 do jednoho ze tří ramen: podání kombinace relugolix 40 mg+E2 1 mg/NETA 0,5 mg po dobu 24 týdnů (skupina A); relugolix 40 mg v monoterapii po dobu 12 týdnů s navazující kombinací relugolix 40 mg+E2 1 mg/NETA 0,5 mg opět po dobu 12 týdnů (skupina B) a placebo po dobu 24 týdnů (skupina C). Primárním cílovým parametrem bylo srovnání podílu žen, které dosáhly po 35 dnech léčby MBL <80ml a R 50% snížení proti výchozím hodnotám. Sekundární cílové parametry zahrnovaly průměrné snížení MBL, výskyt amenorey, zlepšení anémie a snížení UF indukované bolesti. Skupina B sloužila ke sledování vlivu E2/NETA na hypoestrogenní účinky relugolixu. Byl registrován výskyt nežádoucích příhod (AE) a změny kostní minerální density. **VÝSLEDKY:** Randomizováno bylo 388 žen a celkem 308 (79 %) dokončilo studii. Primární cílový parametr splnilo 73,4 % žen skupiny A oproti 18,9 % skupiny C (p <0,0001). Průměrné % snížení MBL ve srovnání s výchozí hodnotou bylo na konci 24týdenní léčby 84,3 % ve skupině A proti 23,2 % ve skupině C (p <0,0001). Amenoreu dosáhlo celkem 52,3 % žen skupiny A proti 5,5 % ve skupině B (p <0,0001). U anemických žen (s výchozí hodnotou hemoglobinu 10,5 g/dl) bylo u těch, které dokončily 24týdenní léčbu zaznamenáno zvýšení o 2 g/dl (50, 0 % ve skupině A proti 21,7 % ve skupině C; p <0,05). Přibližně 50 % žen na začátku léčby uvádělo v souvislosti s UF střední až těžkou bolest. Na konci léčby uvádělo 43,1 % žen skupiny A buď žádnou, nebo minimální bolest proti 10,1 % skupiny C (p <0,0001). Účinnost léčby zaznamenaná ve skupině B byla velmi podobná skupině A, incidence AE byla srovnatelná mezi skupinami A a C (62 % proti 66 %), o něco vyšší ve skupině B (73 %). Nejčastějšími AE byly návaly horka (11 % a 8 % ve skupinách A a C, proti 36 % ve skupině B. Průměrná procentní změna BMD v úseku bederní páteře byla ve srovnání 24. týdne s počáteční hodnotou -0,36 %, -1,82 %, a -0,05 % ve skupinách A, B a C. Distribuce procentních změn BMD včetně odlehých hodnot byly ve skupině A a C podobné.

ZÁVĚR: Terapeutická kombinace relugolix + E2/NETA signifikantně snižovala MBL u žen s HML asociovanou s UF a byla obecně dobře snášena. Bylo zaznamenáno klinicky významné snížení bolesti asociované s UF, vysoký podíl amenorey a zlepšení anémie. Současné podávání E2/NETA udržovalo BMD a zmírňovalo vazomotorické příznaky. Kombinace relugolixu s E2/NETA tak představuje potenciální alternativu dlouhodobé léčby žen s UF.

BLOK: ETICKÁ A PRÁVNÍ PROBLEMATIKA V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ, SOUDNÍ ZNALECTVÍ

Analýza porodnických případů z súdelekar'skej praxe

J. Záhumenský^{1,3}, P. Kováč³, N. Moravský^{2,3}

¹ II. Gynekologicko porodnická klinika LFUK a UNB, Bratislava

² Ústav súdneho lekárstva LF UK v Bratislave, SR

³ Forensic SK Inštitút forenzných medicínskych expertíz, znalecký ústav, Bratislava, SR

Autori vo svojej prednáške analyzujú 42 znaleckých posudkov z oblasti pôrodnictva, ktoré za 12 rokov vypracoval znalecký ústav Forensic. V 8 prípadoch sa jednalo o materské úmrtie, v 20 prípadoch perinatálne úmrtie novorodenca, v 11 prípadoch hypoxicko ischemickú encefalopatiu. Analyzujú najčastejšie dôvody pre forenzné dopady a najčastejšie pochybenia zistené pri analýze. Zdôrazňujú význam kvalitného informovaného súhlasu a uvádzajú niektoré úskalia pri analýze získanej dokumentácie. Na konkrétnych prípadoch poukazujú na niektoré vážne konania zdravotníkov v rozpore s postupmi best practice a na možnosti prevencie takýchto pochybení.

Zdroje medicínsko-právnych problémů v gynekologii a porodnictví a jejich předcházení

I. Piňos

Advokátní kancelář, Praha

Občanskoprávní a trestní proces v našem právním systému - rozdíly a obecné zásady jednotlivých druhů řízení. Úloha právního zástupce, obhájce - advokáta a zmocněnce poškozených. Úloha a přístup individuálních soudních znalců a znaleckých ústavů. Nový zákon o znalcích a tlumočnících. Znalecká kancelář. Procesně právní postupy v občanskoprávním a trestním řízení. Porodnictví - nástin jak obecně předcházet medicínsko - právním komplikacím v porodnictví a rozbor konkrétních nejčastěji žalovaných důvodů. Péče v těhotenství a vlastní porod, poporodní péče. Poškození plodu (domnělé) intrapartum, újma na zdraví, eventuálně úmrtí těhotné a rodičky v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Rozdíly v problematice - velké (fakultní a krajské) nemocnice, menší zařízení, registrující gynekolog v terénu, spolupráce a rozpory. Domácí porody, porodní domy. Nejčastější příčiny právních komplikací v gynekologii, rozdělení problematiky na nemocniční a ambulantní. Dominance onkologických onemocnění. Problematika úspěšnosti prevence karcinomu děložního hrdla a dalších onkologických onemocnění ve spolupráci terénní a lůžkové složky. Nakládání se zdravotnickou dokumentací - dopisování a pozměňování. Smlouvy o pojištění z odpovědnosti při výkonu lékařské praxe, základnosti starších pojistných smluv. Otázka korupce v lékařské praxi - nová hlediska orgánů činných v trestním řízení a soudů.

Právní pohled na porodnickou praxi

H. Heřman, P. Šustek

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Přednášející se ve společném příspěvku zaměří na každodenní praxi největší české porodnice - Ústavu pro péči o matku a dítě v pražském Podolí. Na půdorysu medicíny a práva budou věcně rozebrány nejkřiklavější případy střetů mezi požadavky rodiček a objektivními možnostmi odborného personálu. Jako vybrané problémy budou diskutovány: monitorace plodu (CTG) a její odmítání, vitálně indikované sekce a jejich odmítání, porodní plány a dříve vyslovená přání, domácí porody či fetoredukce a interrupce. U jednotlivých kauzistik se autoři zaměří na medicínský i právní pohledu na věc, zvláštní důraz bude kladen na odpovědnost zdravotnických pracovníků za konkrétně zvolené postupy. Cílem přednášky pak jsou praktická doporučení a rady k předejití negativních následků nesnadných situací v terénu.

Gendre revolution a asistovaná reprodukce

P. Uher, M. Pohanka

FertiCare, Karlovy Vary

ÚVOD: V poslední dekádě sledujeme důrazné a také úspěšné právní prosazování nejen homologních párů ale také určitých nových pohlaví a také vytváření jejich dvojic a rodin. Tyto rychle se vyvíjející právní normy mají a budou mít závažný vliv na eticko právní rozhodování v asistované reprodukci. Materiál a metodika: Rešerše současných a připravovaných právních norem v této oblasti v České republice, v Evropě a ve světě. Právní možnosti a medicínská rizika změny pohlaví u transsexuálů. Vývoj tohoto trendu ve světě a u nás. Přehled a analýza současných možných právních rizik v asistované reprodukci u těchto párů - dvojic, rodin? Závěr a diskuse: Bouřlivý vývoj a vznik několika desítek různých pohlaví a také gender fluidity přinese etické a právní problémy v tradičním pohledu na rodinu, na příslušné zákony a v neposlední řadě na asistovanou reprodukci. Autoři se kloní k jasnému právnímu vyjádření možností zakládání rodin a počít potomky u těchto gender individualismů. Jen tak potom může asistovaná reprodukce mít jasný právní podklad ke své činnosti.

Agenda Evropa versus Madridská deklarace: Střet ultrakonzervatismu a liberalismu v gynekologické ambulanci

J. Greguš

Centrum gynekologie a primární péče s.r.o., Brno

POZADÍ: Evropou obchází strašidlo. Strašidlo ultra-konzervatismu. Ty nejvíce konzervativní, tradicionalistické a v některých případech marginální křesťanské skupiny se v roce 2013 spojily do jednoho tělesa. Agenda Evropy je pan-evropská ultra-konzervativní křesťanská síť pořádající každoroční neveřejné summity v jednotlivých hlavních evropských městech. Jejich manifest Obnova přirozeného řádu odhaluje světónázor, který, pokud by byl úspěšně implementován, by znamenal likvidaci lidských práv v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví ve všech evropských zemích a obzvlášť pro některé kategorie lidí – ženy, adolescenty, LGBT komunitu. Evropská společnost pro antikoncepci a reprodukční zdraví proto vydala v roce 2019 u příležitosti Světového dne antikoncepce poziční dokument Madridská deklarace.

METODIKA

Tato prezentace je založena na analýze dokumentů Agendy Evropy, především jejich manifestu Obnova přirozeného řádu, na analýze Madridské deklarace a dalších dokumentů týkajících se lidských práv.

VÝSLEDKY

Hlavní argument rozvinutý v Obnově přirozeného řádu je, že lidské zákony by měly respektovat Přirozený zákon a že tento přirozený zákon by měl sám povznášet lidskou důstojnost. Lidská důstojnost spočívá dle manifestu (1) v ochraně života od momentu početí do přirozené smrti, (2) v ochraně rodiny (chápáno ve smyslu rodiny exklusivně tradiční, patriarchální a heterosexuální) a (3) v ochraně náboženské svobody (ve skutečnosti však v postavení náboženské víry nad světské zákony). V praxi manifest slouží jako návod pro zvrácení pokroku v oblasti práv LGBT komunity nebo ženských práv na svobodnou volbu, v omezení přístupu k abortu, antikoncepci, asistované reprodukci, zrušení jednotné sexuální výchovy, či rozvodů. Madridská deklarace oproti tomu zdůrazňuje skutečnost, že sexuální a reprodukční zdraví je integrální součástí lidských práv. Hájí medicínu založenou na důkazech, podtrhuje význam antikoncepce a nutnost její zvýšené dostupnosti napříč Evropou, aby celá evropská společnost došla naplnění svých reprodukčních práv. Dále pak dostupnost legálního a bezpečného abortu, přístup k diagnostice a terapii neplodnosti a prevenci a terapii STD. Zdůrazňuje význam kvalitní sexuální výchovy pro budoucí reprodukční zdraví a nutnost zaměření se na marginální a stigmatizované skupiny.

ZÁVĚR

Kriminalizace abortů, prostituce, vztahů mezi osobami stejného pohlaví aj. vede k omezení a potrestání hluboce osobních lidských rozhodnutí a má negativní dopad na sexuální a reprodukční zdraví. Rovněž podkopává liberální demokracii založenou na toleranci, lidských právech a sekulárních zákonech. Ohrožení demokracie se projevilo často prvně útoky proti právům žen a menšin. Metaforicky lze říci, že právě v gynekologické ambulanci dnes probíhá střet ultra-konzervativních a liberálních sil o budoucnost Evropy. Proto by měli být gynekologové obeznámeni s existencí takovýchto uskupení. Stejně jako lidé věřící, neboť ty nejkrajovější elementy jejich komunit dnes tvrdí, že hovoří jménem všech křesťanů.

Centrum komplexní perinatální péče – možnost svobodné volby

A. Pařízek

Gynekologicko-porodnická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze

Na základě pravidelně zveřejňovaných perinatologických dat se Česká republika zařadila z hlediska péče o matku a dítě mezi nejlepší země světa. Naše země patří mezi nejbezpečnější místa pro porod člověka. Perinatologické statistické ukazatele (www.perinatologie.eu) dokazují, že se nejedná o krátkodobý výkyv sledovaných parametrů, ale o dlouhodobě dosahovanou úroveň poskytované zdravotnické péče. Přes uspokojivé výsledky je stále co zlepšovat. V dnešním porodnictví se klade velký důraz kromě kvalitní odborné péče i na osobní a lidský přístup k nastávajícím matkám a jejich rodinám. Porodnická zařízení by měla co nejvíce připomínat domácí prostředí. Je nutné prohlubovat psychosociální pohodu těhotných žen, rodiček i jejich partnerů. Do naší perinatální péče je třeba včas začleňovat nové postupy podle principů Evidence Based Medicine. Pro uskutečnění takových cílů je třeba nadále zvyšovat nároky na vzdělávání lékařů a porodních asistentek. Porodním asistentkám by se v rámci péče o těhotné ženy a rodičky s nízkým rizikem dále měly rozšiřovat jejich kompetence. Pro spolupráci porodních asistentek s lékařem (porodník, anesteziolog, neonatolog) by se měly zvyšovat a prohlubovat jejich dovednostní úkony v péči i o ženy s rizikovým těhotenstvím a porodem. Výsledkem navyšování kompetencí a prohlubující se spolupráce porodní asistentka - lékař by měla existovat pro těhotné ženy a jejich rodiny širší nabídka svobodné volby úrovně zdravotnické péče. Každá žena v naší zemi si dnes může zvolit svého registrujícího lékaře, může si ze široké nabídky svobodně vybrat porodnické zařízení. Ale také by měla mít možnost si zvolit způsob asistence u svého porodu. Pro tento účel by porodnická zařízení měla strukturovat nabídku asistence u porodu tak, aby si ženy v rámci porodu mohly svobodně vybrat jimi preferovanou variantu - porod pouze s porodní asistentkou, nebo s porodní asistentkou a lékařem, anebo porod jen s lékařem. Vedle Center porodní asistence (primárně určených pro nízkorizikové porody) by v naší zemi měla začít vznikat Centra komplexní perinatální péče. Jednalo by se, po splnění příslušných kritérií, o porodnická zařízení, ve kterých bude organizačně zajištěna široká mezioborová spolupráce pro riziková těhotenství a porody. Z hlediska zájemců o poskytované perinatální služby by byl navrhovaný systém velmi liberální a demokratický, a přitom stále profesionální. Z pohledu poskytovatelů těchto služeb by rozšířil roli, zejména autonomie, porodních asistentek, přitom by v maximální míře zajišťoval bezpečí pro matku a dítě, zejména v jinak velmi fragilním peripartálním období (nepředvídatelné komplikace a kritické stavy).

BLOK: GYNEKOLOGICKÁ OPERATIVA

Význam genetických metod na klasifikaci a diagnostiku nádorů dělohy

M. Michal

Bioptická laboratoř sro., Plzeň

Molekulárně genetické metody v poslední době zcela mění diagnostiku mnohých nádorů nejrůznějších orgánů. Nejinak tomu je i v gynekologických nádorech a především v nádorech dělohy. V přednášce se budu zabývat novinkami v klasifikaci endometriálních stromálních nádorů a v klasifikaci epitelových nádorů endometria, které jsou založené na genetických metodách a především na molekulární profilizaci nádorů pomocí NGS sekvenace nádorů.

Prognostický význam mikrometastáz u pacientek s časným stádiem karcinomu děložního hrdla

R. Kocián¹, J. Sláma¹, D. Fischerová¹, A. Germanová¹, A. Burgetová², L. Dušek^{3,4}, P. Dundr⁵, K. Němejcová⁵, J. Jarkovský³, S. Šebestová⁴, F. Frühauf¹, L. Dostálek¹, T. Ballaschová¹, D. Cibula¹

¹ Onkogynekologické centrum, Gynekologicko-porodnická klinika,

Všeobecná fakultní nemocnice, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha;

² Radiodiagnostická klinika, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha;

³ Institut biostatistiky a analýz, Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity, Brno;

⁴ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR;

⁵ Ústav patologie, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

HYPOTÉZY A CÍLE: Prognostický význam mikrometastáz (MIC) v sentinelové uzlině (SLN) je důležitý pro klinický management pacientek s karcinomem děložního hrdla. Pacientky s uzlinovým postižením mají horší prognózu a vyžadují zajištění adjuvantní léčby. Současná publikovaná evidence o prognostickém významu MIC je kontroverzní. Cílem projektu bylo analyzovat prognózu pacientek s karcinomem děložního hrdla v časných stádiích, které byly léčeny primárně chirurgicky včetně biopsie SLN. Jedná se o největší dosud publikovaný retrospektivní soubor, věnující se prognostickému významu MIC.

MATERIÁL A METODIKA: Do studie byly zařazeny všechny konsektivní pacientky z terciárního onkogynekologického centra Gynekologicko-porodnické kliniky VFN a 1.LF UK v Praze, ve stádiu T1a-T2b, s negativními lymfatickými uzlinami dle předoperačních zobrazovacích vyšetření, s běžnými histologickými typy nádoru a s alespoň jednostrannou úspěšnou detekcí SLN, které podstoupily chirurgickou léčbu s kurativním záměrem v intervalu od ledna 2007 do prosince 2016. Vyřazeny byly pacientky s metastatickým postižením SLN během operace, u kterých bylo od dalšího radikálního výkonu upuštěno. Všechny sentinelové uzliny byly zpracovány intenzivním patologickým protokolem pro ultrastaging. Výsledky: Pro finální analýzu byla zpracována kohorta 226 pacientek. Pozitivita lymfatických uzlin byla diagnostikována u 38 z nich (17 %). Podle velikosti postižení se jednalo o 14 případů s makrometastázou (MAC), 16 s MIC a 8 s izolovanými nádorovými buňkami (ITC). Adjuvantní léčbu podstoupilo 16 % pacientek. Během následující dispenzarizace jsme diagnostikovali 22 recidiv. Medián sledování dosáhl 65 měsíců. Přežití bez nemoci v celé kohortě dosáhlo 90%, 93% v uzlinově negativní populaci, 89 % u pacientek s MAC, 69 % s MIC a 87 % s ITC. Přežití bez nemoci bylo signifikantně zkráceno u pacientek s detekovanou MAC (p = 0,037) a MIC (p = 0,001) ve srovnání s uzlinově negativními případy. Celkové přežití bylo významně zkráceno ve skupině s MAC (p < 0,001) a MIC (p < 0,001) ve srovnání s uzlinově negativní kohortou. Závěr: Sledovali jsme prognózu u pacientek s časnými stádii karcinomu děložního hrdla po primární chirurgické léčbě s kurativním záměrem. Potvrdili jsme význam MIC jako nezávislého prognostického faktoru, spojeného s vyšším rizikem pro recidivu onemocnění. Přítomnost MIC se projevila zkrácením přežití bez známek nemoci a zkrácením celkového přežití. Na základě těchto výsledků by měl být klinický management u pacientek s diagnostikovanou MIC shodný s těmi s MAC, a to v podobě adekvátního zajištění adjuvantní léčbou, tzn. kombinovanou konkomitantní chemoradioterapií.

Vliv uzlinových mikrometastáz na výskyt recidivy u pacientek s karcinomem děložního hrdla - retrospektivní analýza v rámci databáze projektu SCCAN (Surveillance in Cervical CANcer)

Lukas Dostalek¹, David Cibula¹, Martina Borcinova¹, Klara Benesova², Jiri Jarkovsky², Jaroslav Klat³, Veronika Javukova³, Peter Graf³, Henrik Falconer⁴, Sahar Salehi⁴, Sarah H Kim⁴, Nadeem R Abu-Rustum⁵, LRCW van Lonkhuijzen⁶, Aldo Lopez⁷, David Isla Ortiz⁸, Fabio Landoni⁹, Jan Kostun¹⁰, Ricardo dos Reis¹¹, Diego Odetto¹², Ignacio Zapardiel¹³

¹ Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, ČR

² Institut biostatistiky a analýz; Masarykova Univerzita, Brno, ČR

³ Gynekologicko-porodnická klinika, Lékařská fakulta Ostravské univerzity

⁴ Department of Pelvic Cancer, Karolinska University Hospital and Department of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

⁵ Department of Surgery, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY 10065, USA

⁶ Department of Gynecological Oncology, Amsterdam University Medical Center

VYVÁŽENÁ ÚČINNOST A BEZPEČNOST

První perorální GnRH antagonistista v Evropě přímo určený k léčbě symptomů děložních myomů^{1,2}

1. SPC přípravku Ryeqo, 2. Al-Hendy. NEJM 2021., Feb 18; 384(7): 630-642

12^{RG} YEARS

GEDEON RICHTER

JIŽ BRZY NA ČESKÉM TRHU



Ryeqo[®]

relugolix, estradiol, norethisteron

ZKRÁCENÉ SPC PŘÍPRAVKU RYEQO ▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje relugolix 40 mg, estradiol 1 mg a norethisteron 0,5 mg. **Indikace:** Ryeqo je indikován k léčbě středně závažných až závažných příznaků děložních myomů u dospělých žen v reprodukčním věku. **Dávkování:** Jedna tableta přípravku Ryeqo se užívá jednou denně přibližně ve stejnou dobu, s jídlem nebo bez jídla. Při zahajování léčby je nutné užít první tabletu do 5 dnů od začátku menstruačního krvácení. Před zahájením léčby přípravkem Ryeqo musí být vyloučeno těhotenství. Přípravek Ryeqo lze užívat bez přerušování. Po 1 roce léčby se doporučuje provést snímek DXA. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na složky přípravku. Venózní nebo arteriální tromboembolická nemoc nebo rizikové faktory pro její vznik. Známá osteoporóza. Bolesti hlavy s fokálními neurologickými příznaky nebo migrenózní bolesti hlavy s auru. Malignity ovlivňované pohlavními steroidy. Tumor jater (benigní nebo maligní) nebo závažné onemocnění jater. Těhotenství, kojení. Genitální krvácení z neznámé příčiny. Souběžné používání hormonální antikoncepce. Interakce: Souběžné užívání přípravku Ryeqo s inhibitory nebo induktory P-gp a s inhibitory nebo induktory CYP3A4 se nedoporučuje. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Před zahájením léčby je nutné vysadit jakoukoli hormonální antikoncepci. Minimálně 1 měsíc po zahájení léčby je třeba používat nehormonální metody antikoncepce. Po měsíčním užívání Ryeqo potlačuje ovulaci a poskytuje tak odpovídající antikoncepci. U žen ve fertilním věku se ovulace po vysazení léčby rychle obnoví. Pokud dojde k vynechání dávky, je nutné ji užít co nejdříve a další den pokračovat v obvyklou dobu. Pokud by byly dávky vynechány po 2 nebo více po sobě jdoucích dnech, je potřeba používat nehormonální metodu antikoncepce po dobu dalších 7 dnů léčby. Přípravek Ryeqo je kontraindikován v těhotenství a při kojení. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími nežádoucími účinky byly návaly horka (8,3 %) a děložní krvácení (4,7 %). **Dostupné balení:** Tablety přípravku Ryeqo jsou baleny v lahvičkách. Každá lahvička obsahuje 28 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19-21., 1103 Budapešť, Maďarsko. **Registrační číslo:** EU/1/21/1565/001. **Datum revize textu SPC:** 16. 7. 2021. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se prosím s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.

⁷ Gynecological Oncology Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands 7. Department of Gynecological Surgery, National Institute of Neoplastic Diseases, Lima, Peru

⁸ Gynecology Oncology Center, National Institute of Cancerology Mexico, Mexico

⁹ University of Milano-Bicocca, Department of Obstetrics and Gynecology, Gynaecologic Oncology Surgical Unit, ASST-Monza, San Gerardo Hospital, Monza, Italy

¹⁰ Gynekologicko-porodnická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova

¹¹ Departamento de Ginecologia Oncológica, Hospital de Amor - Barretos, Brazil

¹² Department of Gynecologic Oncology, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

¹³ Gynecologic Oncology Unit, La Paz University Hospital - IdiPAZ, Madrid, Spain

ÚVOD: Význam uzlinových mikrometastáz představuje u pacientek s cervikálním karcinomem stále kontroverzní téma zejména vzhledem k jejich sporadickému výskytu a celkové dobré prognóze pacientek po primární operační léčbě. Naším cílem bylo zhodnotit prognostický význam mikrometastáz a izolovaných tomorových buněk (ITC) ve velké skupině pacientek, jejichž data byla shromážděna v rámci projektu SCCAN (Surveillance in Cervical CANcer). Tento projekt se zabýval analýzou dat více než 4300 pacientek z dvaceti významných center v Evropě, Severní Americe, Jižní Americe a Austrálii.

MATERIÁL A METODY: Do retrospektivní analýzy byly zařazeny pacientky s časným karcinomem děložního hrdla (T1a1 LVSI+ - T2b) léčené mezi lety 2007 a 2016 s daty z nejméně jednoletého pooperačního sledování, které byly léčeny primární operační léčbou včetně biopsie sentinelové uzliny. Sentinelové uzliny musely být histopatologicky zpracovány pomocí ultrastagingového protokolu Výsledky Do studie bylo zahrnuto 969 pacientek, u kterých byla nalezena alespoň jedna sentinelová uzlina. U 174 (18 %) pacientek byla popsána uzlinová metastáza. Stran zkrácení doby do recidivy (DFS) byly identifikovány následující rizikové faktory: tumor > 2 cm, lymfovaskulární invaze, grade ≥ 2, vzácný histologický typ (neuroendokrinní, sarkom apod.) a přítomnost mikro či makrometastázy v lymfatické uzlině. Makrometastázy, mikrometastázy a izolované nádorové buňky byly jako největší typ uzlinové metastázy popsány u 84 (9 %), 59 (6 %) a 31 (3 %) pacientek. Adjuvantní radioterapie byla indikována u 89% pacientek s makrometastázami, 85% pacientek s mikrometastázami a 58 % pacientek s izolovanými nádorovými buňkami. Podíl pacientek bez recidivy po pěti letech (5 years DFS) činil 75% u makrometastáz, 73 % u mikrometastáz a 83 % u izolovaných nádorových buněk. Ve skupině N0 byl tento podíl 90%. Podíl pacientek bez recidivy byl významně nižší u těch, které měly uzlinové makro či mikrometastázy ve srovnání s N0 skupinou.

ZÁVĚR: Pacientky s časným karcinomem děložního hrdla a s mikrometastázami v lymfatických uzlinách mají významně zkrácenou dobu do recidivy onemocnění. Jejich léčebný postup by se neměl lišit od těch s makrometastázami.

Analýza vybraných dat z multicentrické databáze fertilitu šetřících operací pro karcinom děložního hrdla – studie FERTISS

L. Fricová, J. Sláma, D. Cibula, R. Kocián, F. Frühauf, D. Fischerová, L. Dostálek

Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

ÚVOD: V posledních letech dochází k významnému posunutí první gravidity do vyššího věku, což vede k nárůstu frekvence pacientek s invazivním karcinomem děložního hrdla, které ještě nerealizovaly své reprodukční plány. Pro ženy v časných stádiích je jediným řešením zachovávajícím reprodukční funkce provedení fertilitu šetřící operace. Z těchto výkonů je nejčastější radikální abdominální či vaginální trachelektomie v kombinaci s pánevní lymfadenektomií. Současný trend směřuje ke stále méně radikálním postupům, včetně prosté trachelektomie, konizace a biopsie sentinelových uzlin. Druhým problémem je klesající frekvence výskytu karcinomu děložního hrdla ve vyspělých zemích a nutnost mezinárodní spolupráce pro získání dostatečně robustních vědeckých dat.

METODIKA A VÝSLEDKY: Základem největší evropské studie je multicentrická databáze, do které jsou zařazována retrospektivní (posledních 15 let) i prospektivní data o pacientkách s karcinomem děložního hrdla, které podstoupily fertilitu zachovávající výkon. Informace komplexně shrnují typ onkologické léčby, reprodukční výsledky, management pooperačního sledování a perinatologické péče. Do databáze přispívá většina center onkogynekologických pracovních skupin CEEGOG a nově i GINECO a AGO Germany. V době analýzy bylo vyhodnoceno prvních 200 zařazených subjektů. V rámci sdělení budou diskutovány vybrané onkologické výsledky a dopady na fertilitu v závislosti na konkrétním typu operačního řešení.

ZÁVĚR: Ačkoliv jsou výsledky fertilitu zachovávajících výkonů uváděny jako srovnatelné s radikální operační léčbou, publikovaných dat je málo a většinou jsou získána pouze z jediného centra. Navíc se u dosud hodnocených kohort liší vstupní kritéria a ani léčba není jednotná. Mezinárodní spolupráce a vyhodnocení dat z neselektované populace žen představují zásadní možnost, jak přesněji posoudit bezpečnost a efektivitu konkrétních fertilitu šetřících postupů.

Robotický staging karcinomu endometria: Retrospektivní analýza výkonů za 10leté období

R. Pilka, J. Hambálek, M. Maděrka, V. Jančková, P. Dzvínčuk, R. Marek

Porodnicko gynekologická klinika, FN a LF UP Olomouc

ÚVOD: Cílem tohoto sdělení je prezentace zkušeností z onkogynekologického centra v Olomouci s využitím roboticky asistované laparoskopie při chirurgické stagingu pacientek s karcinomem endometria.

MATERIÁL A METODIKA: V období od září 2009 do března 2020 bylo na Porodnicko gynekologické klinice FN Olomouc provedeno 312 stagingových operací u pacientek s karcinomem endometria pomocí robotem asistované laparoskopické chirurgie. Pomocí retrospektivní studie jsme analyzovali výsledky těchto výkonů provedených na robotických systémech daVinci S a daVinci

Xi. Všechny zákroky byly provedeny třemi chirurgy.

VÝSLEDKY: Průměrný věk pacientek byl 64,8 (33-88) let a BMI 31,5 (15-64). ASA skóre bylo I-II u 259 pacientek, 51 pacientek bylo operováno s ASA skóre III a u jedné operované pacientky bylo ASA IV. U 95 % pacientek se histopatologicky jednalo o adenokarcinom endometria. Světlobuněčný karcinom se vyskytoval u 5 pacientek, serosné papilární karcinom u 4. Průměrná délka operace byla 254 (100-495) minut a průměrná krevní ztráta 150 (10-1000) ml. Ve 104 případech byla provedena pánevní systematická lymfadenektomie, a ve 198 případech systematická pánevní a paraaortální lymfadenektomie. Průměrně bylo získáno 19 (0-61) uzlin pánevních a 7 (0-28) uzlin paraaortálních. U 27 (8,36 %) pacientek byla zjištěna přítomnost metastáz v lymfatických uzlinách. Ke konverzi bylo nutné přistoupit ve 4 případech (1,3 %).

ZÁVĚR: Robotem asistovaná laparoskopie je bezpečnou a účinnou alternativou k tradičním přístupům při stagingu karcinomu endometria.

Onkoplastická chirurgie karcinomu prsu – využití okamžité rekonstrukce: 2016-2020

T. Ventruba^{1,2}, P. Ventruba², D. Brančíková³, L. Minář², M. Felsinger²

¹ V-CLINIC, klinika plastické, estetické chirurgie a gynekologie Brno

² Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno

³ Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno, přednosta prof. MUDr. J. Mayer, Ph.D.

Onkoplastická chirurgie rozšířila možnosti chirurgie prsu, kdy umožňuje výkony dostatečně radikální a přesto s dobrým kosmetickým efektem. U časných stadií nádorů prsu umožňuje vyhnout se radioterapii hrudníku, která je u parciálních resekcí nutná k dosažení dostatečné lokální kontroly nádoru. Vlivem programů genetického testování narůstá nutnost profylaktických výkonů u mutovaných ženských, ale i mužských nosiček.

METODIKA: U zdravých pacientek s mutacemi BRCA využíváme subkutánní mastektomie s okamžitou rekonstrukcí, stejně jako u pacientek s prekancerózami (DCIS G I a II). U pacientek s DCIS G3 a invazivními tumory velikosti T1 mastektomie s rekonstrukcí implantátem. U nádorů pokročilejších nebo po neadjuvantní onkologické léčbě provádíme po mastektomii a výkonu na axile vložení expandéru s dokončením modelace prsu a výměnou expandérů za implantát v druhé době. U nádoru prsu, kde je zachycena i mutace BRCA provádíme v několika krocích kombinovaný výkon, primárně s vyřešením zjištěné malignity a v druhé době profylaktický výkon na druhém zdravém prsu, současně s profylaktickou adnexektomií. Pokud je plánována rekonstrukce vlastní tkáně, neuvádíme expander.

VÝSLEDKY: V období září 2016 – květen 2020 jsme provedli 97 mamárních rekonstrukčních operací. Z toho 65 výkonů u pacientek s BRCA mutací a/nebo časným stádiem karcinomu prsu bylo řešeno mastektomií s okamžitou rekonstrukcí. Jen implantáty (u jednoho nebo obou prsů) byly použity v 53 případech. Rekonstrukce vlastní tkáně byla u 12 operací (fasciokutánní nebo muskulokutánní lalok bez použití implantátu). U 32 žen s lokálně pokročilými nádory prsu s nutností následné radioterapie byl v první době vložen expandér a s odstupem nahrazen implantátem. Všechny pacientky doposud žijí. Komplikace výkonu byla u 8 žen. Pacientky jsou nadále sledovány onkologem. Diskuze: Rakovina prsu je skupina geneticky i prognosticky rozdílných onemocnění. Neexistuje shoda, co představuje nejlepší chirurgickou léčbu primárního karcinomu prsu u nosičů mutací BRCA. Při rozhodování o rozsahu chirurgické léčby je třeba brát v úvahu věk pacienta, stádium nemoci a individuální preference pacienta a také typ primární malignity a její rozsah, snášenlivost protinádorové léčby a další interní onemocnění. Podíl a dostupnost rekonstrukcí prsu po mastektomii ve světě se liší a závisí na sociální a zdravotní úrovni. Úplná náhrada zahrnuje dva a více operačních výkonů od vytvarování prsu, rekonstrukci prsního dvorce, bradavky a další výkony.

ZÁVĚR: Rekonstrukce prsu je komplexní soubor technik, kterými lze jakékoliv pacientce vytvořit prs, s kterým by byla spokojena. Jedná se o mnohastupňový proces a rozsáhlý výkon s vysokou i časovou náročností hojení. Důležité je správné časové zařazení výkonu do plánu protinádorové léčby, aby nedošlo ke zbytečnému oddalování chemoterapie a radioterapie, ale ani chirurgie. Větší riziko komplikací je u žen s lokálně pokročilým onemocněním, které podstupují neoadjuvantní chemoterapii a radioterapii.

Vaginální hysterektomie v lokálním znecitlivění u polymorbidní pacientky

M. Halaška¹, M. Kotoulová¹, K. Maxová²

¹ Gynekologicko-porodnická klinika UK 1.LF a NNB, Praha

² Gynekologicko-porodnická klinika UK 3.LF a FNKV, Praha

ÚVOD: Použití lokální anestezie u vaginální hysterektomie je možné i v případech, kdy je jiný typ znecitlivění kontraindikován.

VÝKON: Na základě dobrých zkušeností s širokou paletou operačních výkonů v pochvě jsme se rozhodli k ojedinelému výkonu u polymorbidní pacientky s prolapsu dělohy zvětšené na 20x6x6 cm a ulcerovanou poševní stěnou. Byla dlouhodobě hospitalizována na JIP Kliniky infekčních a tropických nemocí pro akutní renální selhání z ureterální obstrukce, prolaps dělohy s velkou ulcerací, anemizující ulcerativní oesofagitis, chronickou hepatopatii, thyreopatii, polyartrózu, dyslipidemii a kachexii. Opakované pokusy o repozici a fixaci dělohy byly pro její velikost a míru prolapsu odsouzeny k neúspěchu a proto jsme se rozhodli k operaci, která měla po odnětí dělohy nejen trvale reponovat pochvu ale zároveň i uvolnit blokované uretery a umožnit tak řešení dlouhodobé purulentní nefritidy. Po premedikaci Morfin 10 mg jsme během operace použili roztok Supracain 4% 320 mg ředěný 100 ml fyziologického roztoku. Ten byl postupně instilován několika vpichy subfasciálně do poševní sliznice a pro část výkonu v abdominální dutině pak znovu do ligament kardinálních, sakrouterinních, obličných a ovariálních. Pacientka byla po celou dobu při vědomí s neustálou verbální komunikací s operátory a na závěr výkonu potvrdila úplné chybění bolesti. Výkon trval 1 h 30 minut, krevní ztráta méně než 100 ml, propuštěna 4. pooperační den Výsledky Tři týdny po operaci jsme při kontrole zjistili normální kalibr a topografii pochvy a adekvátní fixaci poševního pahýlu a na žádost pacientky po dalším odkladu i souhlasili se znovuzahájením sexuálního života.

ZÁVĚR: Jsme přesvědčeni, že naše výjimečná zkušenost s řešením pokročilého komplikovaného prolapsu v čisté lokální anestezii bez bolestivých vjemů potvrzuje možnost jejího použití i u velkých vaginálních operací.

LIKE

NO OTHER™


Exeltis
Rethinking healthcare
Reference:

1. Souhrn údajů o přípravku Zlynda 4 mg potahované tablety, poslední revize textu 12/2019, 2. Regidor PA. The clinical relevance of progestogens in hormonal contraception: Present status and future developments. *OncoTarget*. 2018 Oct 29;7(34):28-34638. doi: 10.18632/oncotarget.26015. eCollection 2018 Oct 2; 3. Krattenmacher R. Drospirenone: pharmacology and pharmacokinetics of a unique progestogen. *Contraception* 2000;62:29-38; 4. Rapkin A, Winer S. Drospirenone: a novel progestin. *Expert Opin Pharmacother* 2007;8(7):989-999; 5. Archer D, et al. Drospirenone-only oral contraceptive: results from a multicenter noncomparative trial of efficacy, safety and tolerability. *Contraception* 2015; november(92(5)):439-444. doi: 10.1016/j.contraception.2015.07.014; 6. Pablos S, Gill E, Regidor PA. A multicenter, double-blind, randomized trial on the bleeding profile of a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Dec;300(6):1805-1812. doi: 10.1007/s00404-019-05340-4; 7. Pablos S, Gill E, Regidor PA. Multicenter, phase III trials on the contraceptive efficacy, tolerability and safety of a new drospirenone-only pill. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019 Dec;98(12):1549-1557. doi: 10.1111/aogs.13688/Exeltis Data on File; CF111/302. *Clinical Study Report*. 2014; 8. Kimble T, Burke A, Bamhart K, Gill E, Archer D, Westhoff C. A 1-year Prospective, OPEH-Labeled, Multicenter, Phase 3 trial on the contraceptive efficacy and safety of a progestin-only pill drospirenone-4 mg among women living in the USA. *Thomas Kimble, Anne Burke, Kurt Bamhart, Enrico Gill, David Archer, Carolyn Westhoff*. *Contraception*. Accepted for publication. Exeltis Data on File; CF111/303. *Clinical Trial Report*. 2018; 9. Apter D, Gill E, Kristina Gemzell Danielsson K, Peters K. Safety and tolerability of Drospirenone 4.0 mg in Female Adolescents Over 6 Cycles With a 7-Cycle Extension Phase in a multicenter trial. *WCPAG 2019*, p176. Exeltis Data on File. *Clinical study 304*.

Zkrácená informace o přípravku:

Zlynda 4 mg potahované tablety. Složení: Bílé aktivní potahované tablety: Jedna potahovaná tableta obsahuje drospirenonum 4 mg. Zelené placebo (neaktivní) potahované tablety: Tableta neobsahuje léčivé látky. Pomocné látky se známým účinkem: Jedna bílá aktivní potahovaná tableta obsahuje laktózu 17,5 mg. Jedna zelená placebo potahovaná tableta obsahuje laktózu 55,5 mg. **Indikace:** Perorální antikoncepce. **Dávkování:** Tablety se musí užívat každý den po dobu 28 po sobě jdoucích dnů, jedna aktivní tableta během prvních 24 dnů a jedna zelená neaktivní tableta během 4 následujících dnů. Tablety se mají užívat každý den přibližně ve stejnou dobu tak, aby byl interval mezi tabletami vždy 24 hodin. Tablety se mají užívat v pořadí vyznačeném na blistru. Balení obsahuje samolepící nálepky s názvy 7 dnů v týdnu. Žena si má vybrat nálepku, která začíná dnem, kdy začíná tablety užívat. Tuto nálepku nalepi na blistr. První tableta se užívá první den menstruačního krvácení. Následuje kontinuální užívání tablet. Užívání tablet z dalšího blistru začíná ihned po ukončení užívání předchozího blistru, tedy bez přestávek. **Jak začít užívat přípravek Zlynda: Nepředcházelo-li užívání hormonální antikoncepce (v předchozím měsíci):** Užívání tablet se zahájí první den přirozeného cyklu ženy (tzn. první den jejího menstruačního krvácení). Začne-li žena přípravek takto užívat, nejsou potřeba žádná další antikoncepční opatření. **Po potratu v prvním trimestru:** Po potratu v prvním trimestru se doporučuje začít užívat přípravek Zlynda ihned. V tomto případě nepotřebuje používat další antikoncepci. **Po porodu nebo potratu v druhém trimestru:** Ženě je třeba doporučit, aby zahájila užívání přípravku Zlynda mezi 21. a 28. dnem po porodu nebo po potratu ve druhém trimestru. Pokud zahájí užívání přípravku Zlynda později, ale před obnovením menstruace, musí být vyloučeno těhotenství a během prvního týdne užívání je nutné používat dodatečnou metodu antikoncepce. **Přechod z kombinované hormonální antikoncepce (kombinovaná perorální antikoncepce (COC), vaginální kroužek nebo transdermální náplast):** Žena má zahájit užívání přípravku Zlynda nejlépe hned následující den po užití poslední aktivní tablety (poslední tableta obsahující léčivé látky) předchozí COC, v den vyjmutí vaginálního kroužku nebo odstranění transdermální náplasti, v těchto případech nejsou potřeba žádná další antikoncepční opatření. Žena může také zahájit užívání přípravku Zlynda nejpozději dnem následujícím po ukončení období bez tablet, bez vaginálního kroužku nebo bez transdermální náplasti předchozí kombinované antikoncepce, ale během prvních 7 dnů užívání tablet je doporučeno používat navíc bariérovou antikoncepční metodu. **Přechod z antikoncepční metody zahrnující pouze gestagen (tableta obsahující pouze gestagen (POP), injekce, implantát) nebo z nitroděložního systému uvolňujícího gestagen (IUD):** Žena může přejít na užívání přípravku Zlynda z tablety obsahující pouze gestagen kdykoli, přičemž tablety začne užívat během 24 hodin po ukončení užívání předchozí POP. Z implantátu nebo IUD se přechází v den jejich vyjmutí. Z injekčního přípravku se na přípravek Zlynda přechází v den, kdy má být aplikována další injekce. Pokud se budou dodržovat tato doporučení, nemusí se používat žádná další antikoncepční opatření. **Kontraindikace:** Kontraceptiva obsahující jen gestagen (POC), jako je Zlynda, se nesmí používat u níže uvedených stavů. Pokud se některý z těchto stavů objeví poprvé v průběhu užívání přípravku Zlynda, je nutné jeho užívání okamžitě ukončit. Přítomnost žilního tromboembolismu, přítomnost nebo anamnéza závažného onemocnění jater až do navrácení jaterních funkcí k normálním hodnotám, závažná renální insuficience nebo akutní renální selhání, potvrzené nebo suspektní malignity senzitivní na pohlavní hormony, nedíagnostikované vaginální krvácení, hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Nežádoucí účinky:** Během užívání přípravku Zlynda byly často hlášeny nežádoucí účinky související se snížením kontroly cyklu. Nejčastějšími nežádoucími účinky v dlouhodobých klinických studiích trvajících 9 léčebných cyklů s drospirenonem (2700 žen) byly akné (3,8 %), metroragie (2,9 %), bolest hlavy (2,7 %) a bolest prsou (2,2 %). **Vlastní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 25°C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Exeltis Czech s.r.o., Želetavská 1449/9, 140 00, Praha 4 – Michle, Česká republika. **Reg.č.:** 17/385/18-C. **Datum revize textu:** 19.03.2020. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku si, prosím, přečtěte Souhrn údajů o přípravku, který je k dispozici na internetové adrese držitele rozhodnutí o registraci – www.exeltis.cz.



NOVĚ v tříměsíčním balení

Zlynda® je inovativní antikoncepce bez estrogenu.

- ▶ **Unikátní složení** s obsahem 4 mg drospirenonu 1-4
- ▶ **Bezpečnost prokázána** 0 tromboembolickými příhodami při více než 20 000 cyklech 5-9
- ▶ **Vyhovující kontrola cyklu** prokázána u žen během klinických studií 5-9

Exeltis Czech s. r. o. | Želetavská 1449/9 | Praha 4 - Michle
www.exeltis.com

Laparoskopické řešení vesikovaginální fistuly

M. Němec

Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku p.o.

KAZUISTIKA: 46 letá pacientka po abdominální hysterektomii pro myomatózu v roce 2018 přichází na naše pracoviště 11/2019 k řešení vesikovaginální fistuly. Výskyt fistuly byl 6 týdnů po provedené operaci. V akutní fázi proveden neúspěšný pokus o laparotomickou rekonstrukci. Následně v roce 2019 pokus o odloženou vaginální rekonstrukci vložním acelulární matrix. Videoprezentace ukazuje kompletní postup v řešení fistuly s následným doporučením, kdy je vhodné tyto komplikace řešit.

Mentálna a fyzická príprava operátorov

M. Mlynček

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Kraskova 601/1, 949 74 Nitra

CIEL: Zdôrazniť nové trendy vo výchove operátorov, ktoré je potrebné implementovať v Slovenskej a Českej republike nielen v odbore gynekológia a pôrodnictvo, ale vo všetkých chirurgických špecializáciách.

TYP ŠTÚDIE: prehľadová prednáška.

METODIKA: analýza databázy Medline 2000-2020 s kľúčovými slovami chirurgická edukácia, chirurgická kompetencia a prezentácia autorových skúseností s výchovou operátorov. Výsledky: až do začiatku 20. storočia princíp tréningu mladých operátorov spočíval v pasívnom preberaní skúseností a znalostí od starších lekárov. Bol to skôr rituál, tradícia, ako aplikovanie vedeckých princípov. Halstedov model chirurgického tréningu „see one, do one, teach one“ je do značnej miery kontraverzný, lebo vo výchove operátora má rozhodujúcu úlohu jeho učiteľ, supervízor, vedúci pracoviska, ktorý posudzuje úroveň žiaka a rozhoduje o počte a zložitosti výkonov. Vývoj nových technológií, skrátenie pracovných hodín lekárov a zvýšená informovanosť laickej verejnosti sú faktory, ktoré majú v súčasnosti zásadný vplyv na výchovu operátorov. Rozvoj miniinvazívnej chirurgie dominantným spôsobom ovplyvňuje chirurgickú pedagogiku a iniciuje vývoj nových metód v príprave operátorov. Podľa odbornej úrovne sa klasifikujú operatéri na začiatočníkov, pokročilých, kompetentných, expertov a majstrov. Vývoj od začiatočníka po kompetentného trvá priemerne 5 rokov, od začiatočníka po experta 10 rokov. Len výnimoční jednotlivci dosiahnu úroveň majstra. Základné ciele v chirurgickej pedagogike sú: vychovať kompetentného operátora za minimálnu dobu, skrátiť learning curve, minimalizovať riziká operácií pre pacientku a zvýšiť na maximálnu možnú úroveň bezpečnosť operačných výkonov. Vlastná výchova operátorov (residency-fellowship) prebieha v 4 rovinách: získavanie teoretických vedomostí, tréning manuálnych zručností, nácvik odolnosti voči psychickému stresu, schopnosť pracovať v kolektíve. Vzhľadom na komplexnosť a náročnosť práce operátorov pri ich výchove sa aplikujú v najlepších svetových centrách podobné postupy ako pri výuke pilotov prúdových lietadiel a astronautov, najmä tréning na тренаžéroch a využívanie virtuálnej reality. Na základe 44 ročných skúseností autor vypracoval desať odporúčaní, dekalog, ktoré je určené všetkým operátorom, ale hlavne mladým lekárom na začiatku ich profesionálnej kariéry na operačných sálach: 1. Poznaj pacientku, 2. Zváž indikáciu – kontraindikáciu, 3. Koncentruj sa na operáciu, 4. Zabezpeč pokojnú atmosféru pri operácii, 5. Neprekroč hranice svojich schopností, 6. Včas privolaj pomoc, 7. Vždy počítaj s komplikáciami, 8. Analyzuj každý svoj výkon, 9. Trénuj psychickú a fyzickú odolnosť, 10. Vypestuj v sebe pokoru. **ZÁVER:** je našou úlohou zefektívniť podľa najnovších trendov výuku operátorov, ktorí budú ovládať najťažšie operačné výkony na vysokej profesionálnej úrovni s minimálnou per a pooperačnou morbiditou.

SEKCE PORODNÍCH ASISTENTEK

BLOK: FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ

Fyziologie porodního procesu v praxi

N. Sedlická

APODAC Praha

Ráda bych představila základní principy fyziologie porodního procesu. Zabývat se budeme různými otázkami, například proč je zachování fyziologie porodního procesu tak důležité, co je vlastně „normalita“, jak podporovat normalitu porodu, jaké je hormonální ovlivnění porodu (adrenalin, oxytocin, přirozené opiáty, endorfiny). Ráda bych připomněla důležitost kontinuální péče a abdominálního vyšetření v těhotenství, co to je „optimal foetal positioning.“ V I. době porodní se ve zkratce podíváme jaká je důležitost příprav/ uvolnění, relaxace/, jak ženy využívají pohyby, vokalizaci - zvuky pro uvolňování páne. Na pohyblivém modelu páne představím principy a rozdílnosti toho, co se děje se ženou a s její pávní v průběhu otváření porodních cest a v jednotlivých porodních polohách (pohyby, rozdíly jednotlivých poloh při vertikalizaci a horizontalizaci, pasivité/aktivité). Ve II. době porodní se zaměříme na téma uvolnění versus tlačení. Pohovořím o principech, jak ochránit perineum a MEPPI studii („Midwives expertise preserving perineum intact“) a rčení „Time is not a pathology“. Co se III. doby porodní týče, je důležité připomenout proč je důležité zachování její fyziologie, jak vypadá fyziologický management porodu placenty, čím je důležitý bonding a poporodní adaptace, attachment. Autorka je zakládající členkou Asociace pro porodní domy a centra (APODAC). Vychází ze zkušenosti z praxe v rámci doprovázení žen v průběhu řízených/fyziologických porodů; z praxe ze zahraničí (Nizozemí, Kanada, Velká Británie etc.); z EBM znalostí získaných v rámci spolupráce se zahraničními organizacemi (EMA, ICM, WHO, MUNet, FIGO etc.) a ze spolupráce na zahraničních výzkumech.

Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou v perinatologickém centru

V. Toplaková

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

V přednášce bude prezentována práce porodní asistentky v perinatologickém centru, její samostatné vedení fyziologického porodu, ale také seznámení s navazujícím postgraduálním vzděláváním porodních asistentek a s tím ruku v ruce navyšování odborné kompetence a zodpovědnosti porodních asistentek.

Vplyv individuálnej pôrodnickej starostlivosti o rodičku na frekvenciu cisárskych rezov

M. Dideková J. Záhumenský

II. Gynekeologicko pôrodnickea klinika LFUK a UNB, Bratislava

Individuálna a podporná starostlivosť o rodičku počas pôrodu prináša mnohé benefity. Jednak skrakuje trvanie pôrodu, jednak znižuje potrebu analgetík a uterotoník a znižuje aj počet pôrodov ukončených cisárskym rezom. Autori vo svojej práci analyzujú vplyv zavedenia individuálnej starostlivosti na frekvenciu cisárskych rezov v skupinách prvoroďčiek, rodičiek s indukciou pôrodu a skupine viacroďčiek a rodičiek s anamnézou cisárskeho rezu.

Hebammenwesen in Österreich - Arbeitsbereiche, Verwaltung und Ausbildung

B. Komarek, R. Landl (Landesklinikum Melk, Rakousko)

Der Hebammenberuf ist in Österreich klar über ein Bundesgesetz festgelegt. Geregelt werden durch das Hebammengesetz der Tätigkeitsbereich, sämtliche Pflichten der Hebamme und die Grenzen der eigenverantwortlichen Ausübung des Hebammenberufs. Die Tätigkeit kann freiberuflich und/oder in einem Dienstverhältnis erfolgen.

Eine Eintragung ins Hebammenregister ist ebenso wie der Qualifikationsnachweis verpflichtend, um eine Berufsberechtigung zu erlangen. Diese wird vom Österreichischen Hebammengremium erteilt. Das Österreichische Hebammengremium nimmt die gemeinsamen beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Belange der in Österreich tätigen Hebammen wahr, überwacht die Erfüllung der Berufspflichten der Hebammen und sorgt für die Wahrung des Berufssehens des Hebammenstandes. Seit 2006 werden in Österreich Hebammen an Fachhochschulen ausgebildet. Die Bachelorstudiengänge orientieren sich am österreichischen Hebammengesetz mit den darin definierten Arbeitsfeldern, kombinieren theoretische und praktische Ausbildung sowie wissenschaftliches Arbeiten. Die Mindestanforderungen sind per Verordnung festgelegt und orientieren sich an der europäischen Richtlinie für reglementierte Gesundheitsberufe.

BLOK: PATOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ

Na co všechno musím myslet při práci porodní asistentky v perinatologickém centru?

P. Nagy

FN Brno, GPK

Prezentace bude mít za cíl přenést nás do směny na porodní sál perinatologického centra. Budete na 15 minut porodní asistentkou, která je vedoucí směny pro ostatní kolegyně. A bude představen scénář, který není na těchto pracovištích, co se týká skladby pacientek, jejich počtu a akutnosti nijak výjimečný. Na co všechno musím myslet? Lze to zvládnout? Pokud ano, tak za jakých podmínek?

Good versus bad practice - simulační trénink a umění debriefingu: proč a jak

D. Antony

Fakulta zdravotnických věd Univerzita Palackého v Olomouci

V oboru porodnictví již existuje řada důkazů (systematické přehledy a metaanalýzy), potvrzující efektivitu zavedení simulačních metod do praxe (Cooper, 2011). Již v roce 2013 uvedla Světová zdravotnická organizace ve svých doporučeních „Transforming and scaling up health professionals' education and training“, že simulace mají být zařazeny do vzdělávání ve zdravotnictví. Existuje vědecká diskuse, zda se liší výsledky simulačních cvičení dle formy „high“ nebo „low fidelity“ nebo v závislosti na místě simulací (simulační centrum versus pracoviště). Důkazy potvrzují, že bez ohledu na formu a místo simulačních cvičení, vede tato praxe k lepším klinickým výsledkům v reálných situacích (např. rychlejší osvojení potřebných dovedností, nižší výskyt poškození brachiálního plexu u novorozenců aj.; Draycott, 2008; Siassakos, 2009). Dobře provedený simulační trénink vytváří multioborovému týmu ideální podmínky k nácviu zvládnutí zejména urgentních klinických situací, ale také k lepší komunikaci a k osvojení si následného efektivního debriefingu. Právě komunikační chyby byly v minulosti identifikovány např. v hlášení MBRRACE-UK Perinatal Mortality Surveillance jako stěžejní. Důvody mortality se sice rok od roku v různých zemích liší, bylo to právě zjištění „The Confidential Enquiry into Maternal & Child Health“ ve Velké Británii za rok 1997, které odhalilo pochybení v komunikaci odborného týmu až v 50% případů úmrtí a které tak vedlo k národním i nadnárodním doporučením zapojení simulačních cvičení méně častých život ohrožujících stavů do běžné praxe. V reálných, akutních nebo jinak eskalovaných situacích pak lze aplikovat naučené dovednosti nejen klinické, ale také mezilidské, zohledňující lidský faktor v rámci týmu, ale také ve spolupráci s pacientem. Simulace navíc mnohdy poukážou na technické a systémové rezervy, které lze vylepšit/odstranit a připravit tak ideální podmínky pro reálnou akci. Jak ale docílit efektivního simulačního tréninku? Na jaká úskalí je potřeba se připravit?

Psychosociální podpora rodičů při perinatální ztrátě

G. Holeňáková, I. Cvičková

KNTB Zlín, Gynekeologicko-porodnická klinika

Při perinatální ztrátě poskytuje porodní asistentka zásadní psychosociální a spirituální péči o rodiče. Podílí se na podpoře procesu truchlení, provází rodiče při sdělení špatné zprávy, porodem i při rozloučení se s dítětem. Volí vhodné způsoby rozloučení, rituály, pořízení vzpomínkových předmětů. Zkušenosti s využitím cuddle boxu v praxi KNTB a.s. Zlín

BLOK: MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE V OBLASTI PORODNÍ ASISTENCE

Porodní asistentka jako člen multioborového týmu

M. Zemanová

FN Brno, GPK

Porodní asistentka je jedinečným prvkem v poskytování ošetrovatelské péče. Její erudice a profesní kompetence zaručují velkou samostatnost, kritické myšlení, multioborové znalosti, praktické a technické dovednosti a jako jediná dokáže bezpečně poskytovat zdravotnickou péči v těhotenství, rodící ženě a novorozenci. Porodnictví je intenzivní obor, který velmi souvisí s akutní medicínou. Není pravidlem, že každá porodní asistentka a zdravotnická zařízení jsou nastavena na takto náročné multioborové propojení a nekladou na PA takové nároky. Nicméně jsou porodní asistentky, které tuto specializovanou multioborovou péči poskytují a je třeba na tyto dovednosti poukázat. Jsou to vysoce riziková těhotenství, onkologická péče o těhotnou ženu, komplikace vzniklá během patologických porodů, postpartální krvácení, embolie při porodu, šok, ruptura či inverze dělohy, instrumentování operačních výkonů, rozšířená resuscitace ženy i dítěte, laboratorní zpracování krevních odběrů a jiné.

Péče o fyziologického novorozence porodní asistentkou v ÚPMD

L. Bilová, K. Řezáčová, M. Školoudová

ÚPMD Praha 4 Podolí

Péče o fyziologického novorozence porodní asistentkou v ÚPMD Mgr. Lýdie Bilová, Bc. Kateřina Řezáčová, PhDr. Markéta Školoudová. Současným trendem v porodnických zařízeních je neoddělovat matku a dítě po porodu. Porodní asistentka je specializovaná v péči o fyziologickou matku a fyziologického novorozence. Na většině pracovišť v České republice je však tato péče oddělená – o matku pečují porodní asistentka a o dítě pečují dětská sestra. Naše prezentace představí tzv. péči sdruženou, kdy ÚPMD je jedinečné tím, že se o fyziologického novorozence na porodní sále stará porodní asistentka a na oddělení šestinedělí tzv. sdružená sestra, kt. současně pečují o šestinedělku a novorozence. Prezentace bude věnována především ošetrovatelské péči, novinkám a doporučeným postupům v péči o novorozence v porodnickém zařízení, a rovněž představí následnou komunitní péči o šestinedělky a novorozence našeho porodnického zařízení v domácím prostředí.

Rehabilitace a polohování v první době porodní. Zkušenosti s využitím Hybné matrace VIBWIFE

A. Novotná

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

V práci porodní asistentky víme, že aktivní rodička, která si chodí a různě pohybuje, má na porod příznivější efekt než ležící pasivní rodička. U každého přirozeného porodu si žena během první doby porodní chodí, stojí, sedá si do dřepu, klečí, leží nebo pohybuje tělem tak, aby si našla nejpohodlnější a nejvhodnější polohu, ale i přesto se může stát, že je rodička tolik unavená a na jakýkoliv pohyb již nemá energii. S novou Hybnou matrací VIBWIFE můžeme takto vyčerpané rodiče ušetřit energii.

Trombotická trombocytopenická purpura těhotné ženy - multioborová spolupráce

J. Šimonová, 2. L. Kameníčková

Gynekeologicko-porodnická klinika FN Ostrava

I když stále většina gravidit probíhá bez komplikací, přibývá žen s přidruženým onemocněním, které ohrožuje zdraví matky a plodu. Trombotická trombocytopenická purpura (TTP) je jedno z vzácných onemocnění, které vyžaduje důslednou léčbu za účasti týmu odborníků specializovaných oborů. Kazuistika prezentuje léčbu a porod těhotné ženy od 31. týdne gravidity. Upozorňuje na komplikace vzniklé v průběhu léčby a zejména na spolupráci a koordinaci práce celého týmu. Přibližuje úskalí léčby i ošetrovatelských postupů v Perinatologickém centru Fakultní nemocnice Ostrava.

BLOK: AKTUALITY Z OBLASTI PORODNÍ ASISTENTCE A PÉČE O GYNEKOLOGICKY NEMOCNOU ŽENU

Centrum porodní asistence v perinatologickém centru? Je to reálné?

M. Kameníková

Gynekologicko-porodnická klinika MU a FN Brno

Perinatologické centrum koncentruje ženy s patologickým průběhem těhotenství a porodu. Je zde velké množství rodiček, velké množství práce a nedostatek personálu. Proč tedy vytvářet Centrum porodní asistence? Bude prezentována činnost CPA, které v roce 2021 vzniklo ve FN Brno

Klinická podpora kojení v době Covid-19

M. Plecerová, P. Pařízková

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

Prezentace se opírá o výsledky studie podpory kojení v době Covid-19 a sledováním rozdílů v počtu plně kojících dětí a dětí částečně kojících s dokrmem. Dále reflektuje stav kojení při odchodu z porodnice a poté ve třetím a šestém měsíci po porodu. Dalším parametrem sledování bylo posouzení vlivu bondingu časné po porodu. Zjištěná data jsou porovnána mezi kontrolním rokem 2019 a rokem 2020, kdy svět zachvátilo nové infekční onemocnění Covid-19 a nastala různá omezení během hospitalizace v porodnických zařízeních, která měla zásadní vliv na psychosociální stav rodičky, matky ale i celé společnosti.

História pôrodnej asistencie: analýza prvej slovenskej učebnice pre pôrodné asistentky

E. Urbanová

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

ÚVOD: Príspevok sa zaoberá rozborom dobovej učebnice pre pôrodné asistentky, ktorej autorom je známy pôrodník Dr. Ján Ambro (1827 – 1890), priekopník moderného pôrodnictva a starostlivosti o novorodencov v rámci celého Uhorska. Založením Kráľovskej babskej školy pre pôrodné baby v roku 1873 v Bratislave sa pričínal k lepšiemu vzdelávaniu pôrodných báb na Slovensku.

CIEĽ: Cieľom príspevku je predstaviť jednu z najvýznamnejších publikácií pre pôrodné baby na Slovensku v 19. storočí, o ktorej sa z rôznych článkov dozvedáme útržkovité informácie, ale zatiaľ podrobnejšie opísaná nebola.

METODIKA: Na základe jednoduchej analýzy textu autorka predstavuje prierez celou knihou a jej význam pre pôrodnú asistenciu v súčasnosti.

OBSAH: Kniha o pôrodnictve pre baby vyšla v roku 1873 v slovenskom jazyku, v kníhtlačiarňi v Skalici. Rozsiahle úpravy textu a jazykové korektúry vykonal Michal Boora, evanjelický farár v Skalici. Je napísaná v upravenej verzii štúrovskej kodifikácie slovenského jazyka, ktorá bola platná v rokoch 1852 – 1887. Obsahuje 354 strán odborného textu, rozdeleného do štyroch základných kapitol (dielov), ktoré logicky na seba nadväzujú a zohľadňujú požiadavky na štúdium pôrodných báb. V slovenskej verzii absentujú ilustrácie. Kapitoly pozostávajú z podkapitol, ktoré sú delené na paragrafy. V knihe je 486 paragrafov, čím sa dosiahla dobrá orientácia v texte. Prvý diel sa venuje anatómii, druhý fyziologickému tehotenstvu, tretí opisuje pravidelný pôrod a šestonedelia a štvrtý obsahuje nepravidelnosti tehotenstva, pôrodu a šestonedelia.

ZÁVER: Kniha predstavuje ucelený a kompaktný súbor informácií pre pôrodnú babu, je prakticky orientovaná a do súčasnosti nesie jednoznačný odkaz na uchovávanie tradičných zručností pôrodných báb. Kľúčové slová: pôrodná asistencia, učebnica pre pôrodné asistentky, 19. storočie, Ján Ambro. Práca vznikla v rámci projektu KEGA „Štandardizovaný pacient v pôrodnej asistencii“ č. 016UK-4/2021.

Možnosti léčby urogynekologických potíží v ambulantním režimu

K. Dofková, S. Žalmanová

Centrum ambulantní gynekologie a primární péče, Brno,

Potíže v oblasti dolní močové soustavy, které ženu přivádí do urogynekologické ordinace, bezesporu významně snižují kvalitu života ženy. Pro nastavení účinné terapie je nezbytná kvalitní diagnostika potíží. Diagnóza stresové inkontinence patří kromě hyperaktivního močového měchýře k typickým urogynekologickým diagnózám. Nejčastějším řešením stresové inkontinence je implantace beznapěťové pásky. V indikovaných případech lze ženám s tímto problémem aplikovat do oblasti okolo močové trubice tekutý kompozitní elastický materiál, který je tělem dobře snášen. Toto řešení je ideální pro léčbu stresové inkontinence u žen s oslabeným svěračem močového měchýře. Častým problémem, jenž řešíme v ordinaci gynekologa a následně urogynekologa, jsou opakující se záněty močového měchýře, které přecházejí až do intersticiální cystitidy. Pacientce po přeléčení infekce potíže odezní, nicméně po období bez obtěžujících příznaků nastává recidiva symptomů cystitidy. S aplikací kyseliny hyaluronové do močového měchýře a do uretry máme několikaleté zkušenosti s dobrými výsledky. Procedura je pro pacientku bezbolestná, aplikaci provádí samostatně erudovaná sestra. Velmi významnou součástí práce zaškolené sestry v urogynekologické ambulanci je edukace v této problematice s důrazem na prevenci. Sestra dokáže samostatně pomoci dotazníkům kvality života zpracovat porovnání výsledků před a pooperačního stavu, zvládne vyhodnocení mikčních deníků a poučení pacientky. Zaškolená sestra je nedílnou a nezbytnou součástí urogynekologického týmu.

Aromaterapie v porodnické praxi a její úskalí

J. Suchopár

DrugAgency, a.s., Česká republika

Aromaterapie patří mezi alternativní metody léčby, jejichž poskytování není z hlediska kvality regulováno státem. Dostupné je vcelku nepřehledné množství důkazů o účinnosti aromaterapie v porodnictví, a to zejména při tlumení bolesti, ale také v tlumení úzkosti, respektive deprese. Byly též publikovány meta-analýzy studií a jejich systematické přehledy, což dává oprávnění řadit aromaterapii mezi terapeutické intervence s doloženou účinností. Je však nezbytné upozornit na skutečnost, že výsledky klinických studií jsou heterogenní a některé z nich mohou být zatíženy bias jak ze strany investigátorů, tak i pacientek zařazených do studií. Experimentální studie naznačují možné mechanismy účinku aromaterapie, které v případě ovlivnění bolesti patrně spočívají v působení na endokanabinoidní systém a v případě úzkosti pak v působení na gabaergní neurotransmisi. Esenciální oleje, které tvoří podstatu aromaterapie jsou směsí organických látek, které se vyznačují malou molekulou a vysokou lipofilitou. Podmínkou účinku je průnik do CNS (kde jsou exprimovány kanabinoidní receptory a gaba-receptory). Je známo z řady studií in vitro a z experimentálních studií, že jsou látky obsažené v esenciálních olejích substráty P-glykoproteinu, a proto jejich eliminace z organismu a jejich průnik do CNS může být ovlivněn jednak genetickým polymorfismem a jednak podávání léčiv, která aktivitu P-glykoproteinu ovlivňují. Úskalí aromaterapie je řada. Tím patrně nejpodstatnějším je standardizace esenciálních olejů a jejich kvalita. K dalším úskalím patří případné znečištění esenciálních olejů chemickými látkami používanými v zemědělství (např. pesticidy). Z klinického hlediska je hlavním úskalím výběr žen, které mohou být kandidátkami na aromaterapii. Z dosud provedených klinických studií vyplývá, že se musí jednat o zdravé ženy bez rizik, které musí být náležitě poučeny. Úskalím aromaterapie může být i ovlivnění novorozence, neboť je známo, že aromaterapie dosahuje systémového oběhu rodičky a že látky obsažené v esenciálních olejích přecházejí placentou, také v tomto případě hraje významnou roli aktivita P-glykoproteinového transportního systému. Aromaterapie musí být na každém pracovišti prováděna v souladu s místními doporučeními. Tato doporučení musí, mimo jiné, obsahovat kritéria pro aplikaci aromaterapie, přesný postup jejího provádění, způsob přípravy aromaterapie (ředění), kontrolu kvality a doby použitelnosti esenciálních olejů.

BLOK: PORODNICTVÍ

Metody indukce porodu – výsledky perinatologického centra

R. Čábel, J. Přáda, A. Pařízek

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

Indukce porodu představuje soubor metod k umělému vyvolání vaginálního porodu. Narozdíl od cíle indukce, který je vždy stejný, jsou indikace a metody značně různorodé. Zvolit individuálně nevhodnější způsob a zároveň načasování je klíčové pro bezpečí z hlediska novorozence i matky. Naopak selhání v těchto faktorech může znamenat jejich ohrožení zdraví, zejména dítěte, nebo zbytečnou operační intervencí císařským řezem. Prezentace přináší přehled metod a statistiku úspěšnosti posledních let v perinatologickém centru Gynekologicko-porodnické kliniky VFN a 1. LF UK, srovnává různé přístupy k indukci porodu a poukazuje na možné komplikace.

Idiopatické střevní záněty v graviditě

K. Miková, A. Pařízek, M. Andrášová, M. Hlavatý, R. Čábel

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

Idiopatické střevní záněty (Inflammatory Bowel Disease - dále také IBD), postihují často mladé ženy v reprodukčním věku, proto se s nimi setkáváme v rámci péče o těhotné ženy. V retrospektivní studii jsme se zaměřili na výskyt Ulcerózní kolitidy a Crohnovy nemoci a jejich vliv na průběh těhotenství, porod a na vývoj IBD. Předmětem sledování skupiny více než 300 žen s IBD byly perinatologické a gastroenterologické parametry. Získaná data jsme v součinnosti s gastroenterology zpracovali, statisticky vyhodnotili a porovnali s na začátku stanovenými hypotézami týkající se vývoje onemocnění během těhotenství.

Porovnání perinatálních výsledků žen s diabetem 1. a 2. typu

P. Šimják¹, K. Anderlová^{1,2}, H. Krejčí^{1,2}, V. Krejčí¹, A. Pařízek¹

¹ Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1.LF UK

² 3.interní klinika VFN a 1.LF UK v Praze

ÚVOD: Těhotenství komplikovaná zjevným diabetem mají 3-9x více perinatálních komplikací. Nejčastějšími typy zjevného diabetu jsou diabetes 1. (T1DM) a 2. (T2DM) typu. V posledních letech pozorujeme setrvalý nárůst v počtu těhotenství komplikovaných T2DM a v mnoha ekonomicky vyspělých zemích je nyní dominantním typem zjevného diabetu v těhotenství.

CÍL: Cílem studie bylo porovnat perinatální výsledky těhotenství komplikovaných T1DM a T2DM a identifikovat faktory, které výsledky významně ovlivňují.

METODY: Retrospektivní analýza těhotenství a porodů žen s T1DM a T2DM, které byly sledovány na Gynekologicko-porodnické klinice VFN a 1.LF UK v Praze v letech 2010 až 2020.

VÝSLEDKY: Ve sledovaném období bylo na klinice léčeno a porodilo 261 těhotných s T1DM a 72 s T2DM. Obě studované populace se výrazně lišily. Ženy s T2DM byly starší (35,4 ± 5,3 vs. 30,6 ± 5,3 [let]; p<0,001) a měly vyšší BMI na začátku těhotenství (32,6 ± 6,5 vs. 23,5 ± 3,4 [kg/m²]; p<0,001), častěji trpěly chronickou hypertenzí (30,6 % vs. 3,5 %). Na druhé straně



Portfolio testů Roche Diagnostics

Pro zdraví ženy, po celý život



Preeklampsie **Vrozené vývojové vady**

Ovariální rezerva **Kontrolovaná stimulace ovarií**

Syndrom polycystických ovarií

Kongenitální infekce **Sexuálně přenosné infekce**

Karcinom děložního hrdla **Karcinom ovarií** **Karcinom prsu**

Menopauza **Osteoporóza**

měly kratší průběh diabetu ($4,3 \pm 4,4$ vs. $14,1 \pm 8,2$ [let]; $p < 0,001$), nižší koncentraci glykovaného hemoglobinu prekoncepčně ($50,5 \pm 13,7$ vs. $59,3 \pm 17,0$ [mmol/mol]; $p < 0,001$), nižší váhový přírůstek v těhotenství ($8,3 \pm 7,6$ vs. $13,9 \pm 5,9$ [kg]; $p < 0,001$) a nižší výskyt diabetické nefropatie (1,4% vs. 13,4 %, $p = 0,004$) a retinopatie (0% vs. 24,5%, $p < 0,001$). Ženy s T2DM měly těhotenství častěji komplikované preeklampsii (13,9% vs. 4,6 %; $p = 0,008$) a Apgar skóre v 5. minutě < 7 (5,6 % vs. 1,2 %). Přestože nebyl pozorován rozdíl v gestačním stáří, v době porodu měli novorozenci žen s T1DM vyšší porodní hmotnost (3470 ± 718 vs. 3253 ± 822 [g]; $p = 0,034$). Výskyt některých perinatálních komplikací u žen s T1DM koreloval s věkem, přítomností diabetické mikroangiopatie. U obou skupin koreloval výskyt makrosomie plodu s průměrnou koncentrací glykovaného hemoglobinu v těhotenství.

ZÁVĚR: Těhotenství žen s T2DM je častěji komplikováno preeklampsii a peripartální hypoxií. Perinatální výsledky ale nejsou výrazně horší oproti ženám s T1DM. Pochopení odlišností ve výskytu komplikací a úlohy různých nezávislých rizikových faktorů je důležité při poskytování optimální perinatální péče ženám se zjevným diabetem. Podpořeno grantem NU20-01-00067.

Konzumace alkoholu těhotnými ženami

V. Vaisová, A. Pařízek

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

Konzumace alkoholu těhotnými ženami je závažné perinatologické téma. Alkohol se řadí mezi hlavní rizikové faktory v těhotenství a následky abusu alkoholu mohou mít velmi vážné dopady na vývoj plodu. Jedním z parametrů pro sledování abusu alkoholu je zvýšená hladina tzv. karbohydrát-deficientního transferinu (CDT). Hladinu tohoto biomarkeru jsme sledovali v rámci pilotní studie během prvotrimestrálního screeningu. Získané laboratorní hodnoty jsme následně porovnávali s výslednými skóre anonymních dotazníků AUDIT, které jsou odrazem subjektivního vnímání konzumace alkoholu těhotnými ženami. Cílem sdělení je představit výsledky našich pozorování a kvantifikovat problematiku konzumace alkoholu v těhotenství v Praze.

Incidence císařských řezů – úskalí Robsonovy klasifikace

Z. Laštůvka, F. Vaněk, D. Benešová, A. Pařízek

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

Robsonova klasifikace slouží jako efektivní nástroj pro kontrolu kvality porodnické péče. Jejím cílem je snížení incidence císařských řezů. Principem je rozdělení rodiček do skupin na základě předem definovaných klasifikačních kritérií v kontextu s formou ukončení porodu. Incidence císařského řezu je následně v každé skupině evidována a vyhodnocována. Zároveň můžeme Robsonovu klasifikaci chápat jako standardizovaný klasifikační systém. Robsonova klasifikace i přes standardizaci klasifikačních kritérií obsahuje úskalí, mezi která patří zejména absence sledování indikací k plánovaným císařským řezům, nebo klasifikace indukci porodů. Cílem sdělení bude na tato úskalí poukázat a demonstrovat, s jakými rozšiřujícími modifikacemi jsme na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF a VFN v Praze implementovali Robsonovu klasifikaci.

Dopad vaginálního operačního porodu na pánevní dno a svěrač konečníku

J. Dvořák, R. Poncová, K. Švábík, J. Mašata, A. Martan

Gynekologicko-porodnická klinika Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK, Praha

ÚVOD: Vaginální operační porod je signifikantní rizikový faktor pro poranění musculus levator ani a OASI. Poranění po použití kleští a vakuum-extrakce nejsou stejná. Incidence avulzního poranění musculus levator ani a OASI při operačním vaginálním porodu jsou ovlivněny počtem epiziotomií a dalšími zvyky daného pracoviště. Provedli jsme analýzu dat z naší perineální poradny, kde jsou sledovány ženy po vaginálním operačním porodu, ke zjištění incidence poranění musculus levator ani a OASI po porodu pomocí kleští a vakuum-extrakce. Dále jsme byli schopni vyhledat incidenci skrytého OASI v této skupině. Jako referenční skupina byla využita skupina žen po normálním prvním vaginálním porodu.

METODIKA: Tato retrospektivní kohortová studie na 201 ženách po operačním vaginálním porodu na naší klinice mezi roky 2009-2019. Pomocí kleští porodilo 60 žen a pomocí vakuum-extrakce 141 žen. Mediolaterální epiziotomie byla provedena u všech operačních porodů. Ve skupině bylo celkem popsáno 59 případů OASI. Incidence OASI na našem pracovišti je 1,5 %. Pacientky byly vyšetřeny nejdříve 3 měsíce po porodu pomocí 4D ultrazvukového zobrazení pánevního dna včetně zobrazení musculus levator ani a análního sfinkteru. Data byla analyzována a určen počet OASI a avulzního poranění levatoru. Tato data byla porovnána vůči skupině žen po prvním vaginálním porodu.

VÝSLEDKY: Poranění musculus levator ani po porodu pomocí kleští bylo diagnostikováno u 60 % žen oproti 21,7 % žen po vakuum-extrakci. Po provedení multivariátní analýzy mělo avulzní poranění levatoru $OR = 4,32$ po porodu per forcipem a $OR = 0,98$ po porodu vakuum-extrakci. Odds ratio pro OASI vyšlo $OR = 1,84$ pro porod per forcipem oproti vakuum-extrakci. Nebylo diagnostikováno žádné skryté OASI.

ZÁVĚR: Naše data neukazují vyšší riziko avulze levatoru při porodu vakuum-extrakci, což je v současnosti neošetřitelné poranění s výrazným dopadem na kvalitu života. Proto by měla být snaha o preferenci vakuum-extrakce při operačním vaginálním porodu. Naše data dokazují, že pečlivé palpační vyšetření po porodu je dostačující k diagnostice všech OASI.



Ako možno ovplyvniť frekvenciu cisárskych rezov z indikácie nepostupujúci pôrod v skupine nízkorizikových prvoroďičiek

J. Záhumenský P. Pšenková L. Melníková M. Ostatníková Z. Chválna N. Dominová M. Križko

II. Gynekologicko-pôrodná klinika LFUK a UNB, Nemocnica Ružinov, Bratislava, Slovenská republika

ÚVOD: Nepostupujúci pôrod a následný opakovaný cisársky rez u týchto žien tvorí až 2/3 všetkých indikácií cisárskych rezov. Pritom táto indikácia je veľmi variabilná v jednotlivých pôrodniciach a je vysoko ovplyvniteľná prácou a filozofiou zariadenia, naopak indikácia „fetálna intolerancia pôrodu“ je pomerne stabilná a tvorí približne 3-4 % pôrodov. Autori vo svojej retrospektívnej analýze porovnávajú možnosti zníženia frekvencie cisárskych rezov z tejto indikácie v skupine NTSV (Nulliparusu Term Singleton Vertex).

MATERIÁL A METODIKA: Súbor tvoria všetky rodičky, ktoré porodili na II. Gynekologicko-pôrodnickej klinike LFUK v Bratislave v rokoch 2013-2015 (kontrolná skupina B) a v rokoch 2018-2020 (sledovaná skupina A). V rokoch 2016 a 2017 boli prijaté zmeny práce pôrodného sálu podľa poznatkov evidence based medicine (EBM, individuálna podporná starostlivosť o rodičku, voľnosť pohybu, voľnosť príjmu tekutín a potraviny, správna diagnóza začiatku aktívnej fázy pôrodu, indukcia pôrodu a podobne). Autori analyzujú zmeny frekvencie cisárskych rezov z jednotlivých indikácií. Výsledky: V uvedenom období porodilo na pracovisku 16219 rodičiek z toho bolo 7714 v skupine NTSV (47,6 %). V skupine B celkovo porodilo 7126 žien, z toho cisárskym rezom 2452 (34,4 %) v skupine A porodilo 9092 rodičiek, z toho 1822 cisárskym rezom (20,0 %), RR: 0,58 95 % CI: 0,55-0,61, p<0,001. V skupine NTSV v sledovanej skupine A (n=4434) porodilo cisárskym rezom z indikácie nepostupujúci pôrod 324 (7,3 %), v kontrolnej skupine B (n=3280) porodilo cisárskym rezom z indikácie nepostupujúci pôrod 450 (13,7 %), RR: 0,53 95 % CI: 0,46-0,61, p<0,001. Autori ďalej analyzujú vplyv veku rodičiek, váhy plodu aj indukcie pôrodu na možnosti ovplyvnenia ukončenia pôrodu cisárskym rezom z dôvodu nepostupujúci pôrod v sledovanom súbore.

ZÁVER: Zavedenie poznatkov EBM do klinickej praxe zvyšuje úspešnosť vaginálneho ukončenia pôrodu v skupine žien NTSV.

Na túto skupinu rodičiek by sa malo zamerať úsilie pôrodníkov pri vedení pôrodov.

E-POSTEROVÁ SEKCE

Vývoj porodnických extrakčných operácií v Plzeňskom kraji za desaťročné obdobie

B. Hofmanová¹, M. Kapoun¹, T. Sýkora², M. Junk³, B. Hrušková⁴, V. Korečko⁵

¹ Mulačova nemocnice, s.r.o., Gynekologicko – porodnické oddelenie, Plzeň

² Klatovská nemocnice, a.s., Gynekologicko – porodnické oddelenie, Klatovy

³ Stodská nemocnice, a.s., Gynekologicko – porodnické oddelenie, Stod

⁴ Domažlická nemocnice, a.s., Gynekologicko – porodnické oddelenie

⁵ Gynekologicko-pôrodná klinika FN Plzeň, Plzeň

CÍLEM PRÁCE je analýza dat vývoje počtu extrakčných porodnických operácií v desaťročnom období v Plzeňskom kraji. Dále zhodnotení výsledků v Mulačově nemocnici za posledních 10 let a nakonec srovnání procentuálního zastoupení extrakčních operací v porodnicích s akreditací I. typu (tzn. základní péče) a v porodnici III. typu (Perinatologické centrum intenzivní péče) v Plzeňském kraji.

METODIKA: Empirická analýza dlhodobé časové řady Byla použita data v ročních intervalech z jednotlivých porodnických oddělení Plzeňského kraje (porodnice s akreditací I. typu - Mulačova nemocnice v Plzni, Stodská nemocnice, Klatovská nemocnice, Domažlická nemocnice, porodnice s akreditací III. typu - GPK FN Plzeň). Zařazovací kritéria byla porod vakuuextrakcí a porod klešťový, vylučující kritéria byla spontánní porod a císařský řez.

VÝSLEDKY A ZÁVĚR: Výsledky pozorování jsme zobrazili v tabulkách a grafech. V Plzeňském kraji bylo v letech 2010 – 2019 celkem 54 818 porodů a 1393 (2,54 %) jich bylo ukončeno extrakční operací, z toho v 1153 případech (2, 10 %) vakuuextrakcí a v 240 případech (0,44 %) forcepsem. Výsledky mezi udávanými lety se pohybují v rozmezí 1,65 % - 2,84 %. V roce 2019 bylo procentuální zastoupení porodnických extrakčních operací 2,55 %. V České republice je stabilně kolem 2,5 % extrakčních operací ročně a stejně tak je tomu i v Plzeňském kraji. Naproti tomu např. ve Velké Británii je toto číslo výrazně vyšší – 13 %, v Kanadě či Austrálii dokonce 15 %. V Mulačově nemocnici v Plzni v letech 2010 – 2019 bylo 5 918 porodů a z toho 133 (2,25 %) porodů bylo ukončeno extrakční operací, z toho 109x (1,84 %) vakuuextrakcí a 24x (0,41 %) forcepsem. Do roku 2013 se na našem pracovišti používal pouze forceps (Breus, Shute), od roku 2014 se v Mulačově nemocnici začal používat vakuuextraktor (VEX - KIWI (Omnipup)), který je nyní používán při operačním vaginálním porodu cca v 90 %. Procento extrakčních operací se zvýšilo za posledních deset let z 0, 16 % na 3,32 %. Zároveň stoupl i počet porodů za rok - z 634 v roce 2010 na 934 v roce 2019. Při porovnání nemocnic s akreditací I. a III. typu v Plzeňském kraji procento extrakčních porodnických operací v porodnicích základní péče oscillovalo mezi 2,5 – 3,5 %, na GPK FN Plzeň se kontinuálně zvyšovalo, a to již od roku 2010. V roce 2014 toto procento dosáhlo maxima (2,85 %), hlavně díky užití vakuuextraktoru.

Akutní toxoplazmóza v graviditě

A. Derbak^{1,2}, prim. T. Semerádt¹, Z. Vaněk¹, M. Hasch²

¹ Gynekologicko-pôrodnické oddelenie nemocnice Karlovy Vary, a.s.

² Institut reprodukční medicíny a genetiky, Ferticare SE Karlsbad Fertility

ÚVOD: Ze zahraničních statistik vyplývá, že k toxoplazmové primoinfekci v graviditě dochází u 2,4-16/1000 séronegativních gravidních pacientek v Evropě, v USA pak u 2-6/1000.

O incidenci toxoplazmózy u těhotných žen v České republice byly dosud publikované ojedinělé případy. Mezi hlášenými případy toxoplazmové infekce v posledních dvou desetiletích převládá uzlinová forma (73,7 %). Méně časté jsou primoinfekce v graviditě (4 %), oční (3,7 %) a kongenitální (0,4 %) toxoplazmóza. Vertikální přenos nastává při primární infekci matky. Nejčastější je asymptomatický či abortivní průběh – jen mírné příznaky virózy (myalgie, cefalea, subfebrilie). Riziko přenosu lineárně koreluje s gestačním stářím: 15 % v prvním trimestru, 30 % ve druhém trimestru a 6 0% ve třetím trimestru. Závažnější projevy toxoplazmové infekce mají plody infikované v prvním trimestru. Detekci fetální infekce umožňuje: amniocentéza (PCR patogenu), ultrazvukové vyšetření plodu, eventuálně magnetická rezonance v rámci konfirmace.

KAZUISTIKA: 26letá pacientka II.G/II.P dostavila se k vyšetření na porodní sál ve 37 týdnu gravidity pro údajnou absenci pohybů plodu. Anamnéza – m.Crohn na biologické léčbě (Stelara - Ustekinumab), stav po přeléčení bronchitidy v graviditě antibiotiky (Penicilin). Dle ultrazvuku v dutině děložní jeden vitální plod v PPHL, post.II, AS+,PP+, placenta na přední stěně, okrajem nedosahuje do dolního děložního segmentu, t.č. bez známek odlučování, hematomu, normohydramnion, dopplerometrie fetoplacentární jednotky bez známek distresu plodu. Během ultrazvukového vyšetření zjištěna asymetrická dilatace postranních mozkových komor: zadní roh pravé mozkové komory dilatovaný do 26 mm, levé komory do 17 mm. Kardiotokografie (CTG) – fyziologický reaktivní záznam, bazální frekvence 130/min, bez přítomných decelerací, undulatořní pásmo v normě. Bez známek pokročilého nálezu na porodních cestách dle vaginálního vyšetření. Vzhledem k ultrazvukovému nálezu indikovaný odběr krve na antropozoonózy. Dle výsledku zjištěna probíhající infekce - prokázány protilátky proti Toxoplasma gondii (antiTOXO IgA – 6,280 index Pozitivní, antiTOXO IgG – 280,0 IU/ml Pozitivní, antiTOXO IgM – 2,633 index Pozitivní). Ve 37.týdnu provokace porodu pro předčasný odtok plodové vody, eutrofický novorozenec s dobrou poporodní adaptací.

Po porodu u novorozence potvrzena adnatní toxoplazmóza s postižením centrálního nervového systému(CNS) (dle ultrazvukového vyšetření komorový systém asymetrický ve prospěch levé pravé komory(LPK), v LPK subependimální cysta 11X10mm, tři drobné kalcifikace oboustranně), očí (chorioretinitis oculi I.sin. toxoplazmové etiologie, diskretní periferní zákaly čočky oboustranně. Synechia iridis), provedené neurologické vyšetření – /elektroencefalografie - křivka bez hrubých ložiskových změn a specifické aktivity, plánovaná terapie cca 1 rok – kombinace Pyrimethaminu + Sulfadiazinu + Calciumfolinátu.

Provedeno kontrolní vyšetření za měsíc se závěrem: kongenitální toxoplazmóza s postižením CNS a chorioretinitis na trojkombinační léčbě. Oční kontrola: perzistující vlákna prepupilární membrány I.utr. s pigmentem na přední ploše čočky, v rozsahu rozkapání čočka čirá, zákal čočky nediferencuj. RE: stav po chorioretinitis I.sin. toxoplazmové etiologie. Kontrolní ultrazvukové vyšetření – pouze jedna kalcifikace frontálně, jiné změny parenchymu neprokazujeme. Dle provedených vyšetření stanovena regrese klinických nálezů i protilátek akutní fáze, doporučena pokračující léčba, kontrolní odběry po 3 týdnech. Proběhlá akutní toxoplazmóza v graviditě byla u matky hodnocena jako uzlinová forma, orgánové postižení se neprokázalo (oční vyšetření a RTG plic bez patologického nálezu, USG břicha bez známek postižení parenchymu orgánů). Vzhledem k nutné dlouhodobé terapii Ustekinumabem byla pacientka přeléčena Kotrimoxazolem, dále plánováno přeléčení v supresivním dávkování po dobu 1 roku.

ZÁVĚR: V monitoringu vývoje plodu ultrazvuk hraje důležitou roli i přes relativně malou senzitivitu (některé patologie mohou být přehlédnuty) a specifitu (vývojové odchylky nemusí souviset pouze s kongenitální toxoplazmózou). Lze odhalit růstovou retardaci, hydrops, polyhydramnion, ascites, poškození CNS (hydrocefalus, mikrocefalii, intrakraniální či hepatální kalcifikace), hepatosplenomegalii, patologii placenty. Ultrazvukové cerebrální známky se významně shodují se známkami cytomegalovirové infekce, ale kalcifikace jater je ve prospěch spíše toxoplazmové infekce.

K problematice prenatálního screeningu se staví jednotlivé státy Evropy individuálně. Zvažovány jsou faktory finanční a organizační, a to zejména z důvodu nižší četnosti výskytu tohoto onemocnění v graviditě a nákladnosti těchto programů. V České republice patří vyšetření toxoplazmózy k fakultativním vyšetřením.

Nekrotizující fasciitida vulvy

V. Šulová

Gynekologicko-pôrodnické oddelenie, Nemocnice Třebíč

Nekrotizující fasciitida Fournierova typu je závažná a rychle progredující infekce způsobená směsí patogenů často na podkladě dysbalance mezi obranyschopností a virulencí běžných mikroorganismů. Vyžaduje ATB léčbu v kombinaci chirurgickým řešením ve formě opakovaných nekrektomií. Při progresi je značné riziko rozvoje sepse až septického šoku. Dosahuje vysoké mortality i přes adekvátní chirurgickou léčbu.

Ruptura dělohy ve 29 týdnu těhotenství u nerodivší ženy

T. Kovalevská

Gynekologicko-pôrodnické oddelenie, Nemocnice Děčín, o.z.

Na příkladě kauzistiky uvádíme případ ruptury dělohy ve 29 týdnu těhotenství bez souvislosti s běžícím porodem u nerodivší ženy. Ruptura dělohy sice vzácná ale závažná obtížně predikovatelná komplikace s potenciálně závažnými důsledky pro matku i plod.

Úskalí diagnostiky sekvenční anémie - polycytémie u monochořiálních dvojčat - kazuistika

A. Hledíková, L. Hruban, R. Gerychová

Gynekologicko-porodnická klinika MU a FN Brno, Brno

ÚVOD: Těhotenství monochořiálních dvojčat jsou zatížena zvýšenou perinatální morbiditou a mortalitou ve srovnání s bichoriálními. Jedním z důvodů je existence placentárních cévních spojek mezi oběma plody. Z tohoto pohledu je jednou ze specifických komplikací monochořiálních dvojčat rozvoj sekvenční anémie – polycytémie (TAPS). Poprvé popsána v roce 2006 (Robyr et al.) TAPS je charakterizována anémií jednoho z plodů (MCA-PSV >1,5 MoM) a polycytémií druhého plodu (MCA-PSV <1,0 MoM) na podkladě chronické transfúze mezi plody malými cévními spojkami (<1mm) bez průkazu známek TTTS (oligo/polyhydramnion). Spontánní výskyt TAPS je v literatuře udáván s frekvencí 3 – 5 %. Častěji se vyskytuje jako následek laserové selektivní koagulace cévních spojek v rámci léčby syndromu fetu – fetální transfuze (2 – 16 %). Ačkoliv je tato komplikace známá a její diagnostika, založená na ultrazvukové dopplerometrii (MCA-PSV), je možná, optimální management zůstává dosud nejednotný a diskutabilní.

POPIS KAZUISTIKY: pacientka ve věku 34 let, IIg/IIp, bez přidružených komorbidit, sledována v pravidelných časových intervalech v ambulanci rizikového těhotenství FN Brno pro dvojčetnou monochořiální biamniální graviditu. První a druhý ultrazvukový screening bez nálezu abnormality, kontrolní ultrazvuková vyšetření opakovaně popisují lineární růst obou plodů, bez diskrepance v množství plodové vody mezi oběma plody. Jsou prováděna opakovaná dopplerovská vyšetření MCA-PSV u obou plodů, bez nálezu patologie. Od 30.t.g. jsou kontroly plánovány v týdenním intervalu, těhotná je zcela bez subjektivních obtíží. Při ambulantní kontrole ve 33 + 4 týdnu gravidity je detekována významná diskrepance v hodnotách MCA-PSV mezi oběma plody (0,89 MoM versus 1,7 MoM). Během ultrazvukového vyšetření však nejsou přítomny žádné další abnormalní známky. Oba plody vykazují lineární růst, váhová diskrepance je 19 %, není přítomen nepoměr v množství plodové vody ani v náplni močových měchýřů, dopplerometrie a. umbilicalis se pohybuje u obou plodů ve fyziologickém rozmezí a pacientka udává normální pohyby. Vzhledem k izolovanému nálezu bez přítomnosti dalších abnormalních známek je indikována kordocentéza plodu B k potvrzení závažného stupně anémie. Hodnota hemoglobinu je 58 g/l. Vzhledem ke gestačnímu stáří plodů následuje ukončení gravidity akutním císařským řezem s potvrzením těžkého stupně anémie u plodu B (hmotnost 2230 g) a závažnou polycytémií u plodu A (Hb 245 g/l, hmotnost 2260 g). Anémie u novorozence B byla zvládnuta podáním krevních transfuzí, stav plodu A se upravil spontánně bez nutnosti parciální exsanguinace. Další postnatální průběh byl bez komplikací a oba novorozenci byly propuštěni v dobrém stavu 31. den po porodu.

ZÁVĚR: TAPS patří mezi méně časté závažné komplikace monochořiálních těhotenství. Ultrazvukové vyšetření nemusí vykazovat žádné specifické odchylky, jediným nálezem může být diskrepance v MCA- PSV mezi oběma plody. Námi popsáný případ dokládá význam rutinní diagnostika.

Robotická stagingová lymfadenektomie v těhotenství - kazuistika

B. Bittnerová^{1,2}, V. Staňková^{1,2}, R. Pilka^{1,2}

¹ Porodnicko-gynekologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc,

² Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc

ÚVOD: Karcinom hrdla děložního je jeden z nejčastěji diagnostikovaných tumorů v těhotenství. Robotická chirurgie je považována za standardní metodu při chirurgickém stagingu karcinomu hrdla děložního. V dostupné literatuře existuje velmi omezené množství údajů o využití této metody pro provedení lymfadenektomie u pacientek s karcinomem hrdla děložního v těhotenství. V předkládané kazuistice popisujeme využití robotické pánevní lymfadenektomie u pacientky s karcinomem hrdla děložního T1b v těhotenství.

VLASTNÍ POZOROVÁNÍ: Pacientka, 43 let, tercigravida, nulipara, byla odeslána na naše pracoviště pro verifikovaný adenokarcinom hrdla děložního v 15. týdnu gravidity. Dle zobrazovacího předoperačního vyšetření (MR pánve, expertní sonografie) se jednalo o tumor stádia T1b. Pacientka trvá na zachování těhotenství. Poučena o rizicích tohoto postupu, podepisuje negativní reverz s navrhovanou radikální operační léčbou. Na základě rozhodnutí onkoboardu indikováno provedení chirurgického stagingového vyšetření lymfatických uzlin před event. neoadjuvantní systémovou léčbou. Výkon proveden minimálně invazivní metodou robotem asistované laparoskopie dne 21. 5. 2020. Operace bez komplikací, krevní ztráta do 20 ml. Histologicky vyloučeno šíření nádoru do lymfatických uzlin. Následně podána systémová léčba (cisDDP + Paclitaxel) 9 cyklů s cílem dosažení přiměřené zralosti plodu. Po dosažení gravidity 30+5 proveden plánovaně císařský řez s následnou radikální chirurgickou léčbou – radikální hysterektomií, oboustrannou adnexektomií. Dle definitivní histologie po neoadjuvantní léčbě FIGO IA1 ypT1a1 ypN0 ypMX Mandar TRG3. U pacientky indikována přísná dispenzarizace.

ZÁVĚR: U těhotných pacientek s karcinomem hrdla děložního představuje robotem asistovaná laparoskopická lymfadenektomie velmi šetrný a účinný způsob stagingového zákroku.

Kutánní metastatické postižení vulvy jako iniciální projev karcinomu pankreatu

B. Končická, T. Semerádt

Gynekologicko-porodnické oddělení, Karlovarská krajská nemocnice, nemocnice Karlovy Vary ČR

CÍL: Prezentace kazuistiky pacientky s raritní kutánní metastázou karcinomu pankreatu do vulvy Úvod: Kožní metastázy tumorů vnitřních orgánů jsou považovány za vzácný projev onemocnění. Incidence se pohybuje mezi 0,7 - 10 %. Cesta rozsevu je buď primární, nebo hemato a lymfogenní. U žen nejčastěji do kůže metastazuje karcinom prsu, plic a ovaria. V případě výskytu je nejtípickejším místem projevu kůže hrudníku nebo okolí pupku. Popsanou, ale vzácnou kožní metastázou karcinomu pankreatu je tzv. Sister's Mary Joseph nodul – hmatný uzel v pupku. Námi popisován výskyt kutánní metastázy Ca pankreatu do vulvy je zcela

raritní. Popis klinického případu: 76-letá polymorbidní pacientka (Hypertenze, DM II., st.p.IM, hypothyreóza, hepatopatie) odeslána ambulantním gynekologem pro cca 2 měsíce trvající pálení, zarudnutí, otok a bolestivost vulvy. V gynekologické anamnéze 2x spontánní porod bez komplikací, menopauza v 46 letech, na preventivní gynekologické prohlídce docházela pravidelně, dosud normální nález. Při vstupním vyšetření hrma oteklá, zarudlá, s výrazkou vzhledu puchýřů, v oblasti pravého třísla mokvajícím ložisko, labia minora indurována, posetá pupeny, poševní vchod i pochva zúžené, tuhé, zejména přední poševní stěna, palpačně obtížně dosažitelný čípek pro bolest a kontaktní krvácení. Vaginální USG s nálezem drobné dělohy v AVF, CE 3 mm, hyperechogenní přední poševní stěna navazující na hyperechogenní útvar vrůstající do močového měchýře o vel. 27X13 mm. Ovaria bilaterálně nevizualizovatelná, v cavum Douglasi srpek volné tekutiny. Laboratorně: AST:1,83 µkat/l; ALP: 9,17µkat/l; GGT: 23,69µkat/l; LD: 4,40µkat/l; Alfa-amyláza: 1,04µkat/l; Lipáza: 0,63µkat/l. Zánětlivé markery: CRP: 25,9 mg/l. Onkomarkery: CA 19-9: >1200; CA 125: 836,4. Provedena biopsie z vulvy. Patolog nádor hodnotí jako tubulopapilární uspořádaný adenokarcinom vulvy bez bližší specifikace. Dle dodatečného imunohistochemického vyšetření imunoprofil nevylučuje metastatický původ z primárního tumoru pankreatu. Následně provedeno CT s nálezem infiltrace vaginy a stěny močového měchýře. Stenózou ductus hepatocholedochus (DHCH) v pankreatickém průběhu se suprastenotickou dilatací žlučových cest - v dif. dg. Ca hlavy pankreatu s infiltrací DHCH. Patrná patologická lymfadenopatie DB, včetně malé pánve a třísel, ascites a meta skeletu Th12 a Th4. Provedeno ERCP se zavedením stentu pro stenózu distální části choledochu. Pacientka předána do péče onkologa, avšak po 2 měsících od diagnózy dochází k letální trombotické komplikaci.

ZÁVĚR: Z uvedeného případu vyplývá, že při diagnostické rozvaze patologických kožních nálezů v oblasti zevního genitálu, je třeba zvažovat i metastatické postižení, které se objevuje velmi vzácně. Součástí posteru je i obrazová dokumentace.

Porovnání kvality života žen podstupujících farmakologické a chirurgické ukončení gravidity na vlastní žádost

A. Bačíková, B. Sehnal, M. Pojarová, Z. Kolářová, M. Zikán

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

CÍL STUDIE: Cílem naší studie bylo porovnat kvalitu života a úroveň deprese žen podstupujících umělé ukončení těhotenství (UUT) farmakologickou nebo chirurgickou metodou na vlastní žádost do 49. dne amenorey. Typ studie: Prospektivní analytická studie.

METODIKA: V období od 1. 1. 2019 do 31. 8. 2020 vyplnilo celkem 106 žen s volbou farmakologického (faUUT) a 105 žen s volbou chirurgického (iuUUT) ukončení těhotenství dotazníky zaměřené na kvalitu života a některé další charakteristiky. Získané údaje byly statisticky analyzovány.

VÝSLEDKY: Ženy podstupující faUUT mají statisticky významně vyšší kvalitu života (p = 0,001), jsou psychicky (p = 0,027) a fyzicky zdravější (p = 0,003), jsou spokojenější s prostředím, ve kterém žijí (p = 0,022) a mají vyšší socioekonomický status.

ZÁVĚR: Existuje významný rozdíl v udávané kvalitě života žen a zvolenou technikou umělého ukončení těhotenství na vlastní žádost. Tento rozdíl je statisticky významný u podoblastí definujících kvalitu života: pocit psychické pohody a fyzického zdraví, subjektivní vnímání kvality života a spokojenost s okolním prostředím. Analýza nepotvrdila statisticky významné rozdíly mezi skupinami ve vyjadřované úrovni deprese a ve způsobu partnerského soužití.

Charakteristiky tumoru u asymptomatických a symptomatických pacientek s karcinomem endometria

P. Vinklerová¹, V. Weinberger¹, J. Hausnerová², P. Ovesná³

¹ Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno, Brno

² Ústav patologie FN Brno a LF MU, Brno

³ Institut biostatistiky a analýzy, LF MU, Brno

ÚVOD: Karcinom endometria je nejčastější gynekologickou malignitou v rozvinutých zemích. Dle současných evropských guidelines není doporučeno provádění screeningu v běžné populaci, nicméně vzhledem k dostupnosti ultrazvukového vyšetření (UZ) je stále určité procento asymptomatických pacientek s podezřením na polyp nebo hyperplazii endometria referováno k bioptické verifikaci k vyloučení malignity. Cílem práce bylo popsat charakteristiky tumoru diagnostikovaného v preklinické fázi oproti těm s vyjádřeným krvácením nebo špiněním.

METODIKA: Do retrospektivní analýzy byly zařazeny pacientky s operační léčbou karcinomu endometria v letech 2016 až 2019. Sledovali jsme klinické charakteristiky pacientek, ultrazvukový nález, histologický typ, grade, lymfovaskulární invazi, invazi do myometria a čípku děložního, stádium onemocnění, imunohistochemické (IHC) charakteristiky (estrogenové a progesteronové receptory, L1CAM, mutace p53).

VÝSLEDKY: Do studie bylo zařazeno 264 pacientek (69 asymptomatických a 195 s krvácením nebo špiněním). Nebyly pozorovány statisticky významné rozdíly v klinických charakteristikách pacientek (menopausální status, parita, věk, BMI, sérová hladina CA125). Dle předoperačního UZ byly symptomatické tumory významně větší (největší rozměr 19,5 mm vs 12,7 mm, p<0,001), dle patologického nálezu u nich byla častěji přítomna lymfangioinvaze (21 % vs 4 %, p<0,001), hluboká invaze myometria (30 % vs 10 %, p=0,001) a děložního hrdla (21% vs 6%, p=0,002). Nebyla prokázána korelace mezi symptomatologií a postižením uzlin nebo vzdálenými metastázami. Asymptomatické tumory byly častěji endometroidní grade 1 (49 % vs 21 %, p<0,001), u jiných histologických typů ani v IHC profilu nebyl pozorován statisticky významný rozdíl.

ZÁVĚR: Z výsledků vyplývá, že v období před objevením se prvních příznaků dochází k lokální progresi tumoru, bez vzdálené diseminace a bez výrazné změny v jeho vlastnostech vyjádřených pomocí imunohistochemických markerů, které mohou mít vliv na prognózu pacientky. Vzhledem k absenci screeningu zůstává nejdůležitější poučení pacientky, že v případě abnormalního krvácení se má dostavit na gynekologické vyšetření.



TROMBOFILNÍ MUTACE GENŮ F5 A F2

Vyšetřována je mutace Leiden genu F5 a mutace G20210A genu F2. Vyšetření je indikováno ošetřujícím lékařem po podepsání informovaného souhlasu.

VYŠETŘENÍ MOHOU INDIKOVAT LÉKAŘI NÁSLEDUJÍCÍCH ODBORNOSTÍ

- **101** vnitřní lékařství – interna
- **128** pracoviště hemodialýzy
- **202** hematologie
- **208** lékařská genetika
- **209** neurologie
- **210** dětská neurologie
(v rámci PZS se statutem vysoce specializovaného cerebrovaskulárního a iktového centra)
- **603** gynekologie a porodnictví

V jakých případech je vyšetření možné indikovat za úhradu ze zdravotního pojištění?

- je-li v rodinné anamnéze prokázána trombofilní mutace u příbuzných 1. stupně
- před zahájením kombinované perorální hormonální kontracepce a/nebo hormonální substituční léčby estrogeny (HTR) u žen s pozitivní osobní anamnézou prodělané tromboembolické nemoci (TEN) nebo s pozitivní rodinnou anamnézou výskytu TEN u příbuzných 1. stupně (matka, otec, vlastní sourozenci a děti)
- po prodělané idiopatické TEN při pátrání po její příčině a při rozhodování o délce antikoagulační léčby
- po opakovaných potratech v 1. trimestru gravidity nebo u každé ztráty plodu ve 2. či 3. trimestru
- u těhotných žen s pozitivní osobní nebo rodinnou anamnézou prodělané TEN nebo při těžkých formách preeklampsie, růstové retardaci plodu nebo po abrupci placenty
- z jiných důvodů může dané vyšetření indikovat pouze lékař trombotického centra nebo ÚHKT Praha

Výsledky jsou k dispozici do 10 pracovních dnů od doručení vzorku do laboratoře. V případě jakýchkoliv dotazů nás neváhejte kontaktovat.

Laboratoř GHC GENETICS je akreditována ČIA (ČESKÝ INSTITUT PRO AKREDITACI, o.p.s.) jako zdravotnická laboratoř č. 8124 dle normy ČSN EN ISO 15189:2013, rozsah akreditace je uveden na www.ghcgenetics.cz/o-nas/#akreditace. Služby poskytované laboratoří v rozsahu akreditace jsou pokryty mezinárodními multilaterálními dohodami EA (European co-operation for Accreditation) a ILAC (International Laboratory Accreditation Cooperation).

Autoimunitní anti-NMDAR encefalitida - paraneoplastický projev ovariálního teratomu

A. Benická, R. Pilka

Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Paraneoplastická anti-N-methyl-D-aspartát receptorová encefalitida (anti-NMDAR encefalitida) je vzácné a potenciálně fatální neurologické onemocnění vyskytující se převážně u mladých žen. Jedná se o typ autoimunitní encefalitidy asociované nejčastěji s přítomností ovariálního teratomu (zralého/ nezralého). První zmínka pochází z roku 2007 (Dalmau et al.). Tato encefalitida se manifestuje variabilními neuropsychiatrickými symptomy - poruchy paměti, epileptickými záchvaty, halucinacemi, psychomotorickým neklidem. Neléčené onemocnění může skončit autonomní deregulací s hypoventilací, eventuelně až smrtí. Diagnosticky určující je produkce paraneoplastických anti-NMDAR protilátek v séru nebo likvoru. Prognosticky nejdůležitější je včasná detekce tumoru s jeho odstraněním a následná imunopresivní terapie. Popisujeme případ mladé ženy s projevy akutní psychotické ataky nereagující na antipsychotickou léčbu, u které byla v rámci mezioborové spolupráce ve FN v Olomouci diagnostikována anti-NMDAR encefalitida. Pacientka podstoupila laparoskopické odstranění ovariálního teratomu a následnou imunoterapii. Histologicky byl potvrzen zralý ovariální teratom. Po zaléčení došlo u ženy k výrazné úpravě stavu.

Epigastrická bolest v graviditě se zaměřením na HELLP syndrom

J. Szemek

Gynekologicko-porodnické odd., nem. Hořovice - NH Hospital a.s. Hořovice

Kazuistika s popisem gravidní pacientky ve 35. týdnu těhotenství s epigastrickou bolestí imitující biliární koliku. Po opakovaném ambulantním vyšetření chirurgem s následnou hospitalizací pro progresí subjektivních obtíží a vývojem rychle progredujícího HELLP syndromu.

Prediktory cisárskeho rezu u tehotných žien s pôrodnou hmotnosťou plodu ≥ 4000 gramov

M. Hrtánková, Z. Laučková, M. Ňachajová, E. Kúdela, K. Biringer

Gynekologicko-pôrodnická klinika Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, prednosta doc. MUDr. K. Biringer, Ph.D.

Incidencia novorodencov s pôrodnou hmotnosťou nad 4000g v posledných desaťročiach narastá a medzi nepriaznivé následky tohto trendu patrí brachiálna dystokia, postpartálna hemorágia, pôrodné poranenia, či ukončenie tehotenstva cisárskym rezom. Cieľom tejto štúdie bolo vyhodnotiť, ktoré rizikové faktory môžu viesť pri pôrodnej hmotnosti novorodenca ≥ 4000 gramov k pôrodu cisárskym rezom. Retrospektívne boli analyzované všetky pôrody detí s hmotnosťou ≥ 4000 gramov na Gynekologicko-pôrodnickej klinike JLFUK a UNM v roku 2020. Štatistická analýza bola vykonaná pomocou Mann-Whitney U testu. V roku 2020 sa na našom pracovisku narodilo 121 detí s hmotnosťou ≥ 4000 gramov, čo predstavuje približne 10 % všetkých narodených detí. V tejto skupine sa 38% detí narodilo cisárskym rezom. Cisársky rez bol indikovaný častejšie pri nižšom vztaste matky ($p=0,006$), vyššom pregestačnom BMI ($p=0,003$), pri pôdoch v nižšom gestačnom týždni ($p=0,024$) a u novorodencov s vyšším obvodom hlavičky ($p=0,003$). Naopak, vedenie pôrodu významne neovplyvňovali faktory ako hmotnostný prírastok matky počas tehotenstva, vek matky, parita alebo hmotnosť, dĺžka a obvod bruška novorodenca.

Tumor ledviny ve 13. týdnu gravidity s krvácením do retroperitonea

I. Matoušková¹, J. Kaván, Ph.D.²

¹ Gyn.-por. oddělení, Klaudiánova nemocnice, Mladá Boleslav

² Radiodiagnostická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

KAZUISTIKA: 28 letá sekundigravida ve 13. g.t., st. p. spont. porodu 2018 bez komplikací, přivezena RLP pro bolesti v levém mesogastriu. UZ a MRI potvrzena tumorózní expanze levé ledviny se známkami krvácení do retroperitonea. Pacientka referována na RDG kliniku k selektivní embolizaci přívodné tepny tumoru. Další průběh těhotenství bez komplikací. Kazuistika zahrnuje snímky z MRI a provedené embolizace a teoretický základ k uvedené problematice.

Poster k nahlédnutí zde: http://ivcamichal.cz/poster_aml.pdf

Peripartální akutní plicní embolizace s kardiopulmonálním selháním

M. Trizuljak Hanusková, P. Herboltová, A. Roztočil

Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Jihlava

ÚVOD: Tromboembolická nemoc (TEN) je jednou z hlavních příčin mateřské morbidity i mortality během těhotenství i v období po porodu. V České Republice i v západní Evropě je 2. nejčastější příčinou úmrtí rodiček. I přes profylaxi LMWH v rizikových skupinách se stále můžeme setkávat s případy akutní TEN s fulminantním průběhem, refrakterními na léčbu. V naší kazuistice chceme uvést příklad akutní plicní embolizace vzniklé náhle, během porodu, s nutností akutního císařského řezu, komplikovaného srdeční zástavou a neúspěšnou KPCR, končící úmrtím pacientky. Popis případu: 39-letá sekundipara v 40. týdnu gravidity s anamnézou prodělané TEN přivezena do nemocnice pro odtok lehce zkalené plodové vody bez kontrakcí. Při příjmu zcela bez obtíží, kardiopulmonálně kompenzována, bez tachykardie, bez dušnosti, normotenzní. V osobní anamnéze byl stav po prodělané žilní flebotrombóze v souvislosti s užíváním HAK před 15 lety a trombofilní stav. Od 28. týdne gravidity byla pacientka na profylaktické léčbě LMWH, Clexane 0,6 ml sc. 1x denně. Pacientka byla přijata 60 minut po spontánním odtoku plodové vody. Vzhledem k absenci kontrakcí byla pacientka přijata na porodní sál k monitoraci. CTG fyziologické, vaginální nález cervix

score 4. Průběžně nástup počínající děložní činnosti. Po 8 hodinách se u pacientky objevuje náhlá hyperventilace a dušnost s tachykardií 115/min., a hyposaturací 70 % SpO₂. Zavedena oxygenoterapie, zajištěn žilní vstup. Na CTG zachycena BF 90/min. Ošetřujícím lékařem indikováno ukončení těhotenství per s.c. Kontaktován ARO team a kardiologická příslužba pro podezření na akutní plicní embolizaci. 20 minut od zhoršení klinického stavu proveden akutní s.c. v celkové anestézii. Po vybavení plodu anesteziologem hlášena zástava srdeční. ARO tým zahajuje resuscitaci. Během KPR provedena sutura hysterotomie, rána kryta, péči o pacientku přebírá ARO team. Přítomen kardiolog, provádějící TTE srdce, kde popisována masivní embolizace plicní s akutním cor pulmonale. Během rozšířené resuscitace z vitální indikace podána intravenózní trombolýza. Přes maximální poskytovanou péči přetrvává bezpulzová elektrická aktivita. Po 90 minutách rozšířené KPCR pacientka umírá na refrakterní kardiopulmonální selhání. Diskuze Dle pitevní zprávy prokázána oboustranná masivní plicní embolizace hlavního kmene a pulmonalis, masivní plicní edém, a počínající edém mozku. I přes maximální poskytnutou péči pravděpodobně nebylo možné zabránit oběhovému kolapsu a úmrtí pacientky. Jak je výše uvedeno, v podobných případech je možné zvažovat podání celkové trombolýzy z vitální indikace, případně napojení pacientky na extrakorporální membránovou oxygenoterapii. Naše kasuistika dále demonstruje nutnost pečlivého sledování pacientek s anamnézou TEN a nutnosti myslet na akutní PE v diferenciální diagnostice peripartální dušnosti.

Mozková žilní trombóza v puerperiu

L. Drábková

Gynekologicko-porodnické oddělení, Ivančice

Mozková žilní trombóza je onemocnění mozkových žil a splavů. Je to vzácné onemocnění s pestrou klinickou manifestací, na jehož vzniku se podílí řada získaných i vrozených faktorů. Jedná se o závažný stav, který se projevuje rozmanitými klinickými příznaky a variabilním průběhem. Představuje jen asi 1% cévních onemocnění mozku. Incidence je 1:100 000, onemocnění často postihuje mladé ženy v puerperiu, při užívání hormonální antikoncepce či při trombofilních stavech. Kazuistika prezentuje případ pacientky po akutním císařském řezu, který byl komplikován mozkovou žilní trombózou. Etiologie trombózy byla septická. Zdrojem infekce byla infikovaná dehiscentní laparotomie po císařském řezu. Vzhledem k oligosymptomatice, absenci epileptického záchvatu a simplexní osobnosti pacientky byla diagnostika mozkové žilní trombózy stanovena až při vyjádřené neurologické symptomatice. Následná péče o pacientku byla na odd. JIP neurochirurgické kliniky, včetně přechodné odlehčující kraniektomie.

Diagnostika a řešení vitální tubární gravidity u primigravidy s imunodeficitem a anamnézou PID

T. Markových

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Ektopická gravidita je relativně častý, závažný a potencionálně život ohrožující stav. Za ektopickou graviditu označujeme stav, kdy fertilizovaný oocyt implantuje v jiné lokalitě než v endometriu dutiny děložní. Incidence tohoto stavu je 11/1 000 těhotenství. V většině případů se jedná o graviditu tubární. Na případě kazuistiky uvádíme průběh, diagnostiku a řešení vitální tubární gravidity u primigravidy s imunodeficitem a anamnézou PID.

Cushingův syndrom vyvolaný adrenálním adenomem v těhotenství

Z. Koudelková¹, R. Gerychová², M. Málek¹

¹ Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace

² Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a Fakultní nemocnice Brno

CÍL STUDIE: Popis vzácného případu Cushingova syndromu (CS) vyvolaného adrenálním adenomem v těhotenství s úspěšnou terapeutickou strategií.

TYP STUDIE: Kazuistika.

VLASTNÍ POZOROVÁNÍ: Prezentujeme ojedinělý výskyt CS u tercipary ve věku 30 let s rozvíjejícími se klinickými příznaky od 18. týdne gravidity. Pomocí laboratorních odběrů byl zjištěn primární CS s nadprodukcí kortizolu a nízkým adrenokortikotropním hormonem a zobrazovacími metodami potvrzen tumor pravé nadledviny. Ve 28. gestačním týdnu byla provedena laparotomická pravostranná adrenalectomie a histologicky potvrzen adrenální adenom. S nasazenou glukokortikoidní substitucí gravidita pokračovala do 38. týdne, kdy byl porozen zdravý chlapec per vias naturales.

ZÁVĚR: Cushingův syndrom se v těhotenství vyskytuje zřídka, často není rozpoznán nebo je diagnostikován postpartálně. Diagnostiku v průběhu gravidity komplikuje fyziologická nadprodukce kortizolu s aktivací hypotalamo-hypofyzární osy a snadná záměna symptomů za potíže vyvolané graviditou. Hlavním laboratorním parametrem je několikanásobně zvýšený volný kortizol v moči a vymizení cirkadiálního rytmu sérového kortizolu. Při včasné diagnostice a chirurgické terapii jsme schopni významně snížit míru výskytu mateřských a fetálních komplikací. Klíčová slova: adrenální adenom, Cushingův syndrom, těhotenství, sekundární hypertenze, adrenalectomie

 Kyleena™

19.5 MG INTRAUTERINE DELIVERY SYSTEM
LEVONORGESTREL

5 let. Nízká dávka.

MÁM RÁDA RUTINU SVÝCH
VŠEDNÍCH DNŮ,
S VÝJIMKOU
ANTIKONCEPCE

PO VYJMUTÍ SE FERTILITA
NAVRACÍ K NORMÁLU¹

0,29

5letý Pearlův index¹

BEZ OBSAHU
ESTROGENŮ¹

NÍZKÁ DENNÍ
DÁVKA LNG^{1A}



VHODNÉ PRO ŽENY, KTERÉ JEŠTĚ
NERODILY, I KTERÉ JIŽ RODILY¹



PP-KYL-CZ-0075-1
01/2021

* Pearlův index v prvním roce: 0,16 (95% CI 0,02–0,58). 5letý Pearlův index: 0,29 (95% CI 0,16–0,50). Četnost selhání byla přibližně 0,2 % za rok. Kumulativní četnost selhání byla přibližně 1,4 % za 5 let.

▲ obsažená v 5letém IUS

Zkrácené informace o léčivém přípravku Kyleena™

Název přípravku: Kyleena. **Léková forma:** Intrauterinní inzert. **Složení:** Levonorgestrelum 19,5 mg v 1 intrauterinním inzertu. **Indikace:** Kontracepce po dobu až 5 let. **Dávkování a způsob podání:** Přípravek Kyleena je zaváděn do děložní dutiny a je účinný až po dobu 5 let. Přípravek Kyleena může být od ostatních intrauterinních systémů odlišen, protože obsahuje stříbrný kroužek, který je viditelný na ultrazvuku, a modře zbarvená vlákna pro vyjmutí. T-tělo přípravku Kyleena obsahuje síran barnatý, který umožňuje jeho zobrazení při rentgenovém vyšetření. Přípravek Kyleena se zavádí do děložní dutiny během 7 dnů od počátku menstruace. Přípravek Kyleena může být vyměněn za nový systém kdykoli během cyklu. Přípravek Kyleena také může být zaveden kdykoli po potratu v prvním trimestru. Po porodu je nutno odložit zavedení až po kompletní involuci dělohy, vždy však až po ukončení šestinedělí. Jestliže dochází k involuci dělohy pomaleji, je nutno zvážit odložení zavedení až na 12. týden po porodu. **Kontraindikace:** Těhotenství, současná nebo rekurentní infekce v oblasti pánve, stavy spojené se zvýšeným rizikem infekce v oblasti pánve, současná cervicitida nebo vaginitida, poporodní endometritida nebo infikovaný potrat během posledních 3 měsíců, cervikální intraepiteliální neoplazie do odeznění, zhoubné bujení dělohy nebo děložního hrdla, tumory citlivé na progestagen, např. nádory prsu, abnormální děložní krvácení neznámé etiologie, vrozené nebo získané anomálie dělohy včetně myomů, akutní onemocnění jater nebo tumory jater, hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocné látky. **Zvláštní upozornění a opatření:** Před zavedením musí být žena informována o přínosu a riziku přípravku Kyleena, a to i o známkách a příznacích perforace a riziku ektopického těhotenství. Přibližně u poloviny těhotenství, která nastanou během užívání přípravku Kyleena, se dá očekávat, že budou mimoděložní. Je třeba klást důraz na nacvičení správné techniky zavádění. Vyšetření pacientky je nutné za 4 až 6 týdnů po zavedení z důvodu kontroly vláken a ujištění, že systém je ve správné poloze. Je třeba poučit pacientku, jak má kontrolovat vlákna přípravku Kyleena a že je třeba, aby kontaktovala svého lékaře, pakliže vlákna nenahmatá. 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. Depresivní nálada a deprese jsou dobře známé nežádoucí účinky užívání

hormonální antikoncepce. Deprese může být těžká a je známým rizikovým faktorem sebevražedného chování a sebevražd. Ženám je třeba doporučit, aby se v případě změn nálady a příznaků deprese obrátily na svého lékaře, a to včetně období krátce po zahájení léčby. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Použití přípravku Kyleena neovlivňuje současnou ani budoucí fertilitu. Po vyjmutí IUS se ženská fertilita vrací k normálu. U těhotných žen je zavádění přípravku Kyleena kontraindikováno. Obecně se jeví, že v případě, kdy je 6 týdnů po porodu použita metoda pouze na bázi progestogenu, není zde žádné negativní ovlivnění růstu nebo vývoje dítěte. Nitroděložní systém, který uvolňuje levonorgestrel, neovlivňuje ani kvantitu ani kvalitu mateřského mléka. **Interakce:** Metabolismus levonorgestrelu může být zvýšen současným užíváním léků, které indukují mikrosomální enzymy, např. fenytoin, barbituráty, primidon, karbamazepin, rifampicin, oxakarbazepin, topiramát, felbamát, griseofulvin a přípravky obsahující těžkou tečkovanou. Pokud jsou podávány s pohlavními hormony, mnohé HIV/HCV proteázové inhibitory a nenukleozidové inhibitory reverzní transkriptázy mohou zvýšit nebo snížit plazmatickou koncentraci progestinu. Silné a středně silné inhibitory CYP3A4 jako jsou azolová antimykotika (např. flukonazol, itraconazol, ketokonazol, vorikonazol), verapamil, makrolidy (např. klarithromycin, erythromycin), diltiazem a grapefruitová šťáva mohou zvýšit plazmatickou koncentraci progestinu. **Nežádoucí účinky:** *velmi časté:* bolest hlavy, bolest břicha / bolest v oblasti pánve, akné / seborea, změny krvácení včetně silnějšího a slabšího menstruačního krvácení, špinění, méně časté krvácení a amenorea, ovariální cysty, vulvovaginitida; *časté:* depresivní nálada/deprese, migréna, nauzea, alopecie, infekce horní části pohlavního ústrojí, dysmenorea, bolest prsou / diskomfort, expulze tělíska (úplná a částečná), genitální výtok; *méně časté:* závrat*, hirsutismus, perforace dělohy. Ostatní klinicky významné nežádoucí účinky byly hlášeny s nižší četností. **Podmínky uchování:** Žádné zvláštní podmínky uchování. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer AG, Kaiser-Wilhelm-Allee 1, 51373 Leverkusen, Německo. **Registrační číslo:** 17/460/16-C. **Datum poslední revize textu:** 26. 6. 2020. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léčivého přípravku si pečlivě přečtěte úplnou informaci o přípravku. Souhrn údajů o přípravku i s informacemi, jak hlásit nežádoucí účinky najdete na www.bayer.cz nebo obdržíte na adrese BAYER, s. r. o., Siemensova 2717/4, 155 00 Praha 5, Česká republika.

* Všimněte si, prosím, změny (změn) v informacích o léčivém přípravku. MA-KYL-CZ-0010-1 10/2020

Konzervativní management péče u Covid-19 pozitivní těhotné s těžkým průběhem onemocnění

K. Kožušníková

Gynekologicko-porodnické oddělení, Jihlava

ÚVOD: Onemocnění Covid-19 je součástí naše života již přes rok a v naší gynekologicko- porodnické praxi se čím dál více setkáváme s těžkými průběhy u gravidních pacientek v různých fázích těhotenství. Covid-19 může mít negativní vliv na průběh těhotenství až s možným ohrožením života matky a dítěte. Zvyšuje tak morbiditu plodů vzhledem k riziku předčasného porodu. Case report: 34- letá sekundipara v týdnu 33+2 přijata jako transfer in utero pro susp. Covid-19 bilaterální pneumonii s potřebou oxygenoterapie. V spádové nemocnici provedeno RTG plic s nálezem bilaterální pneumonie, antigen negativní. Při překladu potvrzena PCR pozitivita. HRCT plic vzhledem ke graviditě neprovedeno. Fetomaternální jednotka fyziologická, vzhledem k hyposaturaci pacientky a klinickému stavu uložena na JIP k další monitoraci vitálních funkcí. Denní kontroly fetoplacentární jednotky, oxygenoterapie maskou při toleranci 10 l/min, maturace plodu. Z indikace Covid-19 pneumonie podávány vysoké dávky kortikoidů, terapeutická antikoagulace. V laboratoři postupný rozvoj izolované hepatopatie s JT až 20 μ kat/l, bilirubin norma, koagulační parametry v normě. Pacientka bez známek HEEP syndromu, těhotenské cholestázy. Do medikace hepatoprotektiva. Stagnace JT na 20 μ kat/l. Konzultace s perinatologickými centry Apolinář, FN Brno zvolen konzervativní postup. Postupně zlepšení klinického stavu pacientky se snižováním O₂. Kortikoidy postupně snižovány pro zlepšující se klinický stav vzhledem ke graviditě. Přeložena zpět do spádové nemocnice v dobrém klinickém stavu- tolerance 3l O₂/min, JT stagnující. Pravidelné kontroly laboratoře cestou prenatální poradny. Ve 38. týdnu již zcela fyziologické hodnoty. Přichází v termínu 40+6 porody s prav. kontrakční činností. Porod bez komplikací. Pro hypotonii děložní pro residua post partum provedeno RCUI. Novorozeneček Apgar 9-10-10, HM3200g, cm: 50. Poporodní období dále zcela bez obtíží.

ZÁVĚR: Péče o těhotnou s onemocněním Covid-19 je značně individuální. Rozhodnutí o managementu gravidity je závislé na klinickém stavu pacientky a stavu fetomaternální jednotky. V případě známek hypoxie plodu či postupného zhoršování respirační insuficience pacientky je nutno těhotenství ukončit.

Vedomosti tehotných žien o gu gestačného diabetes mellitus

E. Maskálová, L. Kajsíková

Ústav pôrodnej asistencie JLF UK v Martine, Martin, Slovenská republika

ÚVOD: Cieľom skríningu gestačného diabetes mellitus je aktívne vyhľadávanie rizikových tehotných, nakoľko GDM je asymptomatické ochorenie. Správna príprava a realizácia testu je pre stanovenie diagnózy nesmierne dôležitá.

CIEĽ: Cieľom práce bolo zistiť aká je úroveň vedomostí tehotných žien o skríningu gestačného diabetes mellitus.

METÓDY: Nášho deskriptívneho výskumu sa zúčastnilo 179 žien s priemerným vekom 27, 3 rokov (SD = 4,55). Zber údajov bol vykonávaný prostredníctvom neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie v období júla 2020 do decembra 2020. Využili sme deskriptívne štatistické postupy a metódy rozšírenej štatistiky, a to neparametrický štatistický Kruskal – Wallis test.

VÝSLEDKY: Úroveň vedomostí tehotných žien o skríninovej metóde oGTT bola uspokojujúca. Vysokú úroveň vedomostí preukázalo 60,3 % žien. Zistili sme, že nízku úroveň vedomostí preukázali respondentky v položkách týkajúcich sa prípravy na test, a to fyzická aktivita deň pred testom a užívanie liekov v deň testu. Najčastejší zdroj informácií o oGTT bol gynekológ v tehotenskej poradni (56,7 %). Zistili sme rozdiel v informovanosti z hľadiska vzdelania aj trimestra tehotenstva. Parita sa nepreukázala ako štatisticky významný ukazovateľ rozdielu v informovanosti. Z rizikových faktorov GDM sa vyskytovala obezita (10,6 %), pôrod novorodenca s hmotnosťou nad 4000g v anamnéze (3,9 %), pozitívna rodinná anamnéza na DM (48,6 %), gestačný diabetes v anamnéze (3,9 %).

ZÁVĚR: Zistili sme v oblasti vedomostí tehotných žien isté nedostatky, ktoré je potrebné eliminovať. Pôrodné asistentky, ale aj iní zdravotníckí pracovníci by mali zvýšiť ponuku informácií o skríningu na tehotenskú cukrovku. Edukácia v tejto oblasti môže zvýšiť povedomie žien o tejto skríninovej metóde, výsledkom čoho bude zvýšená kvalita vedomostí, ale aj správne výsledky pre stanovenie diagnózy GDM. Kľúčové slová: gestačný diabetes mellitus, skrínung, orálny glukózový tolerančný test, vedomosti. Podakovanie: „Príspevok bol podporený projektom KEGA č. 016UK-4/2021 Štandardizovaný pacient v pôrodnej asistencii a Vedeckou grantovou agentúrou MŠ SR a SAV na základe projektu č. VEGA-1/0211/19.“

SIMULTANEOUS USE OF MAGNETIC METHODS IN BREAST CANCER SURGERY

K. Pohlodek¹, P. Sečanský¹, I. Haluzová², I. Mečiarová³

¹ 2nd Department of Gynecology & Obstetrics, Comenius University of Bratislava, Slovakia

² Department of Radiology, University Hospital of Bratislava, Slovakia

³ Alpha medical pathology Ltd., Bratislava, Slovakia

BACKGROUND: The most commonly used technique for guiding the surgical removal of palpable breast lesions is wire-guided localization (WGL). Potential complications of WGL include wire migration, wire transection, patient discomfort, and pneumothorax. Recently, another possibility for preoperative localization of breast lesions through small steel seeds (Magseed[®]) was developed. Lymphatic mapping and sentinel lymph nodes (SLN) detection using superparamagnetic iron oxide nanoparticles (Magtrace[®]) were found to be noninferior to the standard method. In addition, the magnetic technique had a high identification rate and a significantly higher lymph node retrieval rate. A magnetic handheld probe (Sentimag[®]) can be used both for localization of breast lesions and SLN detection.

RESULTS AND DISCUSSION: All 38 patients with palpable breast tumors had their tumors accurately localized using the magnetic method. We found no interferences between Magseed[®] signals and Magtrace[®] tracer signals during magnetic probe measurements. All tumors were excised during the initial procedure, and no re-excision of surgical margins was needed. The SLNB procedure was successful in all 27 patients where it was performed. The SLN median nodal detection rate was 3 nodes (IQ range=2). No complications or adverse events related to either seed placement or surgery were recorded. No migration of the Magseed[®] in the breast from the time of its placement to the time of surgery was observed. The new magnetic methods are reliable alternatives for localizing breast lesions and SLN detection. They are well tolerated by patients and they can avoid the disadvantages of WGL. They have the potential to make tumor localization and SLN biopsy procedures possible in facilities without a nuclear medicine department or where radioisotope availability is limited.

Implementace 3D ultrazvukového zobrazení corpus callosum a vermis cerebella při podrobném hodnocení morfologie plodu ve 20.-22. týdnu těhotenství

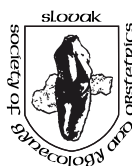
M. Maděrková Tozzi, V. Frisová, M. Lubušský, T. Kratochvílová, V. Durdová

Porodnicko-gynekologická klinika LF UP a FN Olomouc

ÚVOD: V letech 2017-2020 proběhl sběr dat u 451 pacientek. Jednalo se o jednočetné těhotenství bez zjištěné morfologické abnormality. Cílem studie bylo zjistit úspěšnost zobrazení mozkových struktur zadní jámy lební ve 3 D jako součást vyšetření podrobné morfologie plodu ve 20.-22. týdnu těhotenství. V současnosti je diagnóza ageneze CC založena především na 2 D ultrazvukovém zobrazení v axiální rovině. Kvalita zobrazení může být ovlivněna řadou faktorů jako pozice plodu, BMI pacientky, gestačním stářím, množstvím plodové vody a také zkušenostmi vyšetřujícího. Vyšetření CC je založeno jen na nepřímých znacích, jako je absence cavum septi pellucidum, změny tvaru postranních mozkových komor, expanze 3. komory a echo mezi postranními komorami a falx cerebri, které navíc nemusí být přítomné během vyšetření a mohou se objevit až později během III. trimestru. Metodika: Snímání objemových dat ve 3 D probíhalo v sagitální rovině. Nejdůležitějším řezem je sagitální rovina, která nám poskytuje exaktní informaci o intrakraniálních strukturách jako je CC a vermis cerebella. Tuto rovinu řeže je ale obvykle velmi obtížné získat z důvodu nepříznivé polohy plodu. Je snaha jemnou manipulací hlavičky plodu vyšetřujícím změnit polohu plodu, aby byl získán středový obraz mozkových struktur a vyhnout se akustickému stínu čelních kostí. Snímání probíhalo v multiplanárním módu, to je zobrazení tří ortogonálních obrazů, respektive rovin řezu vyšetřovanou oblastí. Tento typ zpracování objemových dat je první a základní, teprve po něm začíná v indikovaných případech prostorová rekonstrukce či jiné zpracování dat. Umožňuje rotaci a posun ve všech zobrazených rovinách, ve středu obrázků je umístěn referenční bod, ve kterém se všechny tři ortogonální roviny navzájem protínají. Druhou rovinou je axiální řez. Pokud je problém s polohou plodu, můžeme zkusit použít objemová data z axiálního řezu a vytvořit virtuální sagitální řez. V tomto případě je zobrazení CC těžké a obvykle nelze rozlišit CC a dolní část cavum septi pellucidum. CC vidíme jako anechogenní proužek ohraničený echogenními liniemi. Závěr: U pacientek v našem souboru jsme zaznamenávali tyto maternální charakteristiky – věk, parita, BMI, gestační stáří. Věk matky není asociován s kvalitou zobrazení v sagitálním ani axiálním řezu (p>0.05). Parita není asociována s kvalitou zobrazení. Neparametrická (Spearmanova) korelace mezi kvalitou v obou řezech je nízká (r = 0.13), ale statisticky významná (p = 0.006). BMI matky ovšem vliv má. Nejvyššího počtu zobrazení bylo dosaženo u pacientek s BMI 20 až 24. Získání objemových dat 3 D ultrazvukovou metodou je přínosné vyšetření pro diagnostiku anomálií mozku, především středových struktur a poskytuje nám přesné informace o zadní jámě lební. Zobrazení corpus callosum však může být limitováno nepříznivou polohou plodu. BMI významně ovlivňuje kvalitu zobrazení.

Abstrakta jsou uvedena v původní verzi dodané autory, bez redakční úpravy.

VIII. spoločná konferencia SGPS SLS a ČGPS ČLS JEP



SK SaPA
Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek



26. – 29. 5.

2022

Incheba Expo, Bratislava



Agentúra KAMI, s.r.o.
Letná 82/75, 052 01 Spišská Nová Ves
Tel.: +421 905 530 158
email: kami@agenturakami.sk
www.agenturakami.sk

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