

# Celostátní konference

**Sdružení soukromých gynekologů ČR  
a České gynekologické a porodnické  
společnosti ČLS JEP**

**Seminář porodních asistentek**

Praha, 25.-27. 5. 2007

G-AGENCY s.r.o.

MedicaHealthworld

An Ogilvy Healthworld Affiliate

## Generální sponzor



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

## Hlavní sponzoři



## Seznam vystavovatelů

ABBOTT Laboratories, s.r.o.  
AUDIOSCAN, s.r.o.  
Bioptická laboratoř, s.r.o.  
BORCAD CZ, s.r.o.  
BTL zdravotnická technika, a.s.  
Dahlhausen CZ  
Electric Medical Service, s.r.o.  
EURO ISO CONSULTING  
Green Swan Pharmaceuticals CR, a.s.  
Grünenthal Czech, s.r.o.  
HEATON, a.s.  
Johnson & Johnson, s.r.o.

Johnson & Johnson, s.r.o.  
Kardio-Line, s.r.o.  
MEDIAL, s.r.o.  
Medica Healthworld, a.s.  
MEDICI-H, s.r.o.  
Medicom international, s.r.o.  
Medimarket, s.r.o.  
MEDIPOS P&P, s.r.o.  
MIDES med-tech, s.r.o.  
MSM, s.r.o.  
MUCOS Pharma CZ, s.r.o.

NIMOTECH, s.r.o.  
OLYMPUS C&S spol. s.r.o.  
Pfizer, s.r.o.  
PRO.MED.CS Praha, a.s.  
RQL, s.r.o.  
Richter Gedeon  
ROUGIER, s.r.o.  
SCA Hygiene Products, s.r.o.  
S&D Pharma CZ, s.r.o.  
Valosun, a.s.  
VIVAX OUTSOURCING, a.s.  
WEGA-mipos, s.r.o.

# Celostátní konference SSG ČR a ČGPS ČLS JEP Seminář porodních asistentek Praha, 25.-27. 5. 2007



Prezident konference:  
prof. MUDr. A. Martan, DrSc.



Viceprezident:  
doc. MUDr. T. Mardešić, CSc.



Předseda vědecké rady:  
doc. MUDr. J. Feyereisl, CSc.

#### Členové vědecké rady:

T. Binder, D. Cibula, P. Čepický, V. Dvořák, J. Eim,  
J. Feyereisl, Z. Hájek, M. Halaška, L. Horčíčka, I. Huvar,  
M. Kudela, J. Ondruš, R. Pilka, J. Nový, J. Mašata,  
A. Měchurová, L. Rob, Z. Rokyta, A. Roztočil, A. Skřivánek,  
A. Stará, B. Svoboda, J. Tošner, V. Unzeitig, P. Velebil,  
P. Ventruba

#### Předseda ČGPS JEP:

V. Dvořák

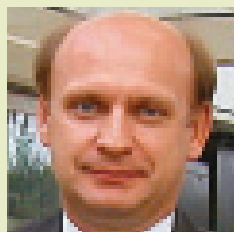
#### Předseda organizačního výboru:

A. Skřivánek

#### Členové organizačního výboru:

J. Bělotová, K. Crhová, V. Dvořák, A. Hajská, Š. Hyršlová,  
S. Sedlářová

**Hosté:**



**doc. MUDr. Tibor Bielik, PhD.**

Narozen 5. 3. 1957 ve Varíne u Žiliny na Slovensku. Promoval v roce 1983 na LF UK v Martine. V současnosti pracuje jako přednosta II. gynekologicko-porodnické kliniky SZU, FNŠP F.D. Roosevelta v Banské Bystrici (Slovenská republika). Specializuje se na onkologickou operativu včetně laparoskopické. Byl zvolen předsedou Sekce asistované reprodukce SGPS a předsedou Sekce gynekologické endoskopie SGPS.



**Eckhard Petri**

1967-1973 Gutenberg-University Mainz Medical Faculty

1971 Ohio State University Columbus USA

MD in 1973, Service in The Army

1975-1977 Training in Urology Gutenberg-University Mainz (Prof. Hohenfellner)

1977-1985 Dept. Obstetrics and Gynecology Gutenberg-University Mainz (Prof. Friedberg)

PhD 1985

1985-1992 Chief Dept. Obstetrics&Gynecology Acad. Teaching Hospital Idar-Oberstein

1990-1992 Medical Director of the Hospital

since 1992 Chief Dept. Obstetrics & Gynecology Acad. Teaching Hospital Schwerin, University of Rostock

since 1995 Director Oncology Service of the State of Mecklenburg

since 2001 Chief interdisciplinary palliative unit Schwerin Hospital

special fields in gyn. oncology, pregnancy induced hypertension, urogynecology referral center for complex pelvic floor reconstruction and complications of surgery, including fistulae Editor of a german Textbook on Urogynecology (3d ed., italian ed.), Textbook of Gynecology, monographs on new urodynamic techniques, female incontinence Co-editor and Co-author in international and national Textbooks. More than 150 national and international original papers. Coeditor Int. Urogynecology Journal, Coeditor and editorial board member of german, austrian, mexican, argentinian, korean Journals of Gynecology and Obstetrics. Founding Member of the International Urogynecologic Association, 1983-1990 Secretary General, 1990-1992 President. Founding Secretary German Society of Urogynecology 1980-1986, 1986-1990 President. Founding Member of the American Gynecologic Urology Society(now Urogynecology Society), Board of Directors 1985-1990.



**Prof. Walter Prendiville**

Walter Prendiville is Associate Professor of Obstetrics and Gynaecology at the Royal College of Surgeons in Ireland (RCSI) at the Coombe Women's Hospital in Dublin. He is Chairman of the Department of Gynaecology at the Adelaide and Meath Hospitals (Tallaght Hospital) in Dublin.

Prof. Prendiville qualified at RCSI in 1973. He was a lecturer at the University of Bristol in the mid 1980's, then a consultant/senior lecturer at the University of Western Australia, returning to Dublin to his current post in 1991.

In gynaecological practice Professor Prendiville's main research interest has been in the field of cervical precancer. After studying under Professor Cartier in Paris, he introduced the procedure of LLETZ (Large Loop excision of the Transformation Zone) to gynaecological practice in the UK in the mid 1980s. It has become a standard treatment for cervical precancer worldwide. He has published several books and articles on this subject and been an invited lecturer to 15 national colposcopy societies. Currently Professor Prendiville is President of the British Society of Colposcopy and Cervical Pathology (BSCCP) and Secretary of the International College of Office Gynaecology. He is Chairman of the IT Committee of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC) and a member of the C5 collaborative research group.

Professor Prendiville's research interests in Obstetrics have focused on the prevention of Primary Post Partum Haemorrhage. He wrote the first formal meta-analytical reviews of this subject with colleagues in Oxford in 1986 and has since published several large randomized controlled trials of different interventions designed to prevent PPH. He has been a reviewer for the Cochrane Database of Systematic Reviews since its evolution from the Oxford Database of Perinatal Trials of which he was also a reviewer. Prof Prendiville has published widely in the field of PPH and has twice been an advisor to the World Health Organization and a member of its task force on PPH. He is currently a member of the Steering Committee of the Vth framework biomed collaborative.



#### John J. Sciarra, MD, PhD

John J. Sciarra, MD, PhD, has served as the Thomas J. Watkins Professor and Chairman of the Department of Obstetrics and Gynecology of Northwestern University Medical School since 1974. He was also chairman of the Department of Obstetrics and Gynecology at both Northwestern University and at the Northwestern Memorial Hospital from 1974 to 2003.

From 1991 to 1994, Dr. Sciarra served as president of the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), an association representing over 100 member countries. As president, Dr. Sciarra worked on behalf of FIGO's efforts to further maternal and child health worldwide. Dr. Sciarra was the president of the International Association of Supporters of FIGO (SOFIGO), a fund-raising arm of FIGO; he was chairman of the Scientific Program Committee for the FIGO XVth World Congress of Obstetrics and Gynecology that was held in Copenhagen, Denmark in 1997, and was on the Scientific Program Committee for the FIGO XVIth World Congress held in Washington, DC in 2000.

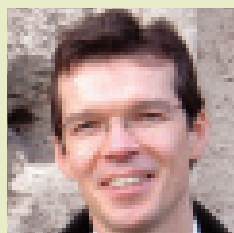
His other international positions have included serving as both a member and chairman of the Scientific and Ethical Review Group of the World Health Organization (WHO) Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. He also served as chairman of the External Advisory Board for the Carnegie Corporation Project for post-graduate training in obstetrics and gynecology in Ghana, West Africa. He is a past president of the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE). He is the present treasurer of the new Society of Family Planning.

In 1992, Dr. Sciarra was awarded an honorary degree in surgery and medicine from the University of Genoa. Dr. Sciarra has been awarded honorary memberships in the Italian Society of Obstetrics and Gynecology, the Israeli Society of Obstetrics and Gynecology, the Hungarian Society of Gynecologists, the Polish Gynecological Society, the Association of Obstetricians and Gynecologists of Italian Hospitals and the Russian Association of Gynecological Oncology. He was also admitted to the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (London) as a Fellow ad eundem in 1992. Dr. Sciarra has been a frequent guest speaker at international meetings, often speaking on reproductive health issues.

In recent years, he has served as chairman of the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on International Affairs, president of the American Association of Maternal and Neonatal Health, Secretary/Treasurer and President of the Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (APGO), Secretary/Treasurer and President of the APGO Medical Education Foundation, president of the Chicago Gynecological Society, a member of the Council on Resident Education in Obstetrics and Gynecology, and president of the Central Association of Obstetricians and Gynecologists.

Since 1973, Dr. Sciarra has served as editor of the six-volume series, Gynecology and Obstetrics that is now on a single CD-Rom and updated yearly. In 1985, he became editor of the International Journal of Gynecology and Obstetrics, and has seen the journal gain prominence under his editorial direction.

Dr. Sciarra has written more than 100 scientific papers and has authored or edited 16 books in the areas of obstetrics and gynecology, family planning, and contraceptive development.



#### Dirk Timmerman

MD (KU Leuven), became Consultant Obstetrician - Gynaecologist at the University Hospitals of Leuven in 1994. His main interest has been gynaecological ultrasonography. In 1997 he obtained a PhD degree on "Ultrasonography in the assessment of ovarian and tamoxifen-associated endometrial pathology". Currently he is professor in Obstetrics and Gynecology in Leuven and head of the unit of prenatal medicine and gynaecological ultrasound at the University Hospitals of Leuven. He is coordinator of the International Ovarian Tumour Analysis (IOTA) collaborative group and president of the VVE (Ultrasound society in Flanders). Since 2003 he is Board Member of ISUOG (International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology), member of the ISUOG scientific committee and Editor of the journal Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.

**24. 5. 2007 ČTVRTEK**

09.00-11.30	1. WORKSHOP: Řešení závažných postpartálních a pooperačních hemoragií (PPF)
Místa konání	ÚPMD Podolí, Podolské nábřeží 157, Praha 4
09.00-11.30	2. WORKSHOP: Dopplerovské techniky v ambulantní praxi
Místa konání	Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Apolinářská 18, Praha 2
18.00	Jednání výboru ČGPS TOP HOTEL Praha

**25. 5. 2007 PÁTEK**

09.00	<b>ZAHÁJENÍ</b> Předání čestného členství ČGPS ČLS JEP - prof. Walter Prendiville a prof. Jon Sciarra		
09.15-11.00	Blok č. 1. Infekce jako příčina potratu a předčasného porodu - její prevence a doporučení		
Místo konání	TOP CONGRESS HALL		
11.00-11.30	Přestávka		
11.30.-13.00	Blok č. 2. Vícečetné těhotenství	12.00-13.00	<b>SATELITNÍ SMYPÓZIUM</b> spol. BAYER SCHERING PHARMA
Místo konání	TOP CONGRESS HALL	Místo konání	Kongresový sál Praha
13.00-14.00	<b>SATELITNÍ SYMPOZIUM</b> spol. ASTELLAS PHARMA / PŘESTÁVKA		
Místo konání	TOP CONGRESS HALL		
14.00-15.30	Blok č. 3. Prevence, screening a dispenzarizace v gynekologii a porodnictví	14.00-16.15	A) Videoprezentace
Místo konání	TOP CONGRESS HALL	Místo konání	Kongresový sál Praha
15.30-15.45	Přestávka		
15.45-17.00	Pokračování bloku č. 3	16.30-17.00	B) Akreditace pracovišť a další vzdělávání
Místo konání	TOP CONGRESS HALL	Místo konání	Kongresový sál Praha
17.00	Valné shromáždění SSG ČR	19.30	Večerní coctail sympóziium spol. ASTELLAS Pharma
Místo konání	TOP CONGRESS HALL		Kongresový sál Praha

**26. 5. 2007 SOBOTA**

09.00-11.00	Blok č. 4. Urogynekologie - Novinky v diagnostice a léčbě inkontinence moči u žen	09.00-09.30	C) Sekce posterů	<b>Seminář porodních asistentek</b>
Místo konání	TOP CONGRESS HALL	Místo konání	Kongresový sál Praha	09.30-11.10 Zahájení - Etika v ošetrovatelství
11.00-11.30	Přestávka	10.30-11.00	Přestávka	Místo konání Kongresový sál I.
11.30-13.00	Blok č. 5. Porodnická operativa a její vliv na matku a plod	11.00-13.00	D) Endokrinologie a hormonální léčba v porodnictví a gynekologii	11.10-11.30 Přestávka
Místo konání	TOP CONGRESS HALL	Místo konání	Kongresový sál Praha	11.30-13.00 Problematika v ošetrovatelství-porodní asistence
13.00-14.00	Přestávka	13.00-14.00	<b>SATELITNÍ SMYPÓZIUM</b> spol. NOVO NORDISK / PŘESTÁVKA	Místo konání Kongresový sál I.
14.00-15.30	Blok č. 6. Diagnostika a staging zhoubných gynekologických nádorů	Místo konání	Kongresový sál Praha	13.00-14.00 Přestávka
Místo konání	TOP CONGRESS HALL	14.00-15.00	E) Aktivní přístup k diagnostice a léčbě osteoporózy, pod záštitou ČNFO	14.00-15.30 Problematika v ošetrovatelství-gynekologie
15.30-15.45	Přestávka	Místo konání	Kongresový sál Praha	Místo konání Kongresový sál I.
15.45-17.15	Blok č. 7. Volba optimální radikality v onkochirurgii	15.00-15.45	F) Stres na operačním sále	15.30-16.00 Přestávka
Místo konání	TOP CONGRESS HALL	Místo konání	Kongresový sál Praha	16.00-17.45 Problematika terénní péče
20.00	<b>GALAVEČER</b>			Místo konání Kongresový sál I.

**26. 5. 2007 NEDĚLE**

09.00-10.30	Blok č. 8. Chyby a omyly v ambulantní gynekologické diagnostice a léčbě
Místo konání	TOP CONGRESS HALL
10.30-11.00	Přestávka
11.00-13.00	Blok č. 9. Chyby a omyly na porodním sále
Místo konání	TOP CONGRESS HALL
13.00-13.30	Závěr konference

# Celostátní konference SSG ČR a ČGPS ČLS JEP Seminář porodních asistentek

Praha, 25.-27. 5. 2007

## Program

### ČTVRTEK 24. 5. 2007 WORKSHOPY

#### 1. Workshop

Hlavní koordinátor: J. Feyreisl

Téma: **Řešení závažných postpartálních a pooperačních hemoragií (PPH)**

Místo konání: ÚPMD Podolí,  
Podolské nábřeží 157, Praha 4

Čas konání: 9:00-11:30 hod.

*V. Báča:* Topografie malé pánve a zásobení.

*E. Kučera:* Vztah operačních výkonů na děloze a poruch placentace s následným postpartálním krvácením.

*J. Kvasnička:* Místo hematologa v diagnostice a terapii PPH.

*P. Křepelka:* Konzervativní terapie závažných forem postpartálních hemoragií.

*J. Feyreisl:* Koncepce operační terapie závažných forem postpartálního krvácení.

*J. Mašková:* Terapie postpartálního krvácení z pohledu intervenčního radiologa.

*D. Cibula:* Řešení závažných intraoperačních hemoragií.

#### 2. Workshop

Hlavní koordinátor: P. Calda

Téma: **Dopplerovské techniky v ambulantní praxi**

Místo konání: Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN,  
Apolinářská 18, Praha 2

Čas konání: 9:00-11:30 hod.

*L. Krofta:* Správná technika

Dopplerovského vyšetření, falešná negativita a pozitivita, praktické ukázky.

*M. Břešťák:* Metody měření dopplerovských parametrů v ambulanci: uterinní arterie, a. umbilicalis, a. cerebri media, ductus venosus, trikuspidální regurgitace, Tei index. Praktický nácvik.

*P. Vlašín:* Dopplerovské techniky ve 3D zobrazení.

*P. Calda:* Využití Dopplerovských vyšetření v ambulantní praxi: včasná diagnostika počínající hypotrofizace a anemizace plodu, diferenciální diagnostika. Dopplerovské markery chromozomálních aberací.

### ČTVRTEK 24. 5. 2007

18.00 hod.

Jednání výboru ČGPS

- Top Hotel Praha

### PÁTEK 25. 5. 2007

9.00 hod: Zahájení konference

Předání čestného členství ČGPS

ČLS JEP - prof. Walter Prendiville

- prof. John Sciarra

1. Infekce jako příčina potratu a předčasného porodu - její prevence a doporučení

Místo konání: TOP CONGRESS HALL

Koordinátor: J. Mašata

Předsednictvo: J. Mašata,

V. Unzeitig, A. Měchurová

Vědecká rada: J. Mašata, V. Unzeitig,

A. Měchurová, Z. Hájek, A. Roztočil

9.15-11.00 hod.

*J. Mašata, M. Poislová, A. Jedličková:* Patofyziologie vaginální flóry: co léčit? (10 min)

*M. Koucký, Z. Hájek:* Závažné septické komplikace v souvislosti s potratem a předčasným porodem. (10 min)

*A. Měchurová, Z. Straňák, J. Melichar, P. Švihovec, J. Mašata:* Antibiotická léčba potratu a předčasného porodu a PROM. (10 min)

*P. Janků:* Monitoring matky a plodu u předčasného odtoku plodové vody. (10 min)

*M. Koucký, Z. Hájek, A. Pařízek:* Nové cervikovaginální a sérové markery v predikci vzniku předčasného porodu a FIRS (Fetal inflammatory response syndrome). (10 min)

*J. Záhumenský:* HIV/AIDS a gravidita. (10 min)

*Z. Straňák:* Předčasně narozený infikovaný novorozenec, FIRS. (10 min)

11.00-11.30 hod.

Přestávka

### 2. Vícečetné těhotenství

Místo konání: TOP CONGRESS HALL

Koordinátor: P. Velebil

Předsednictvo: P. Velebil, M. Kudela, P. Ventruba, Z. Hájek

Vědecká rada: P. Velebil, M. Kudela,

P. Ventruba, A. Měchurová, Z. Hájek

11.30-13.00 hod.

*P. Velebil:* Perinatální výsledky u vícečetných gravidit. (12 min)

*D. Matušková:* Pohled pediatra na problematiku vícečetné gravidity. (12 min)

*M. Procházková, M. Kudela:* Placentace, zygocie a intrauterinní růst dvojčat. (12 min)

*K. Hodík:* Twin to twin transfusion. (12 min)  
*K. Andělová:* Interní komplikace u vícečetné gravidity. (12 min)  
*A. Pašková et al:* Umíme diagnostikovat vícečetnou graviditu?

**13.00–14.00 hod.**

Přestávka

**13.00–14.00 hod.**

Místo konání: TOP CONGRESS HALL

### SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI ASTELLAS PHARMA

s občerstvením a slosovatelným kuponem o účast na odborném kongresu dle vlastního výběru pro účastníky sympózia.  
 Koordinátor: A. Martan  
 R.Vrtal: Urgence – hlavní symptom OAB.  
 J. Mašata: Nové směry v terapii OAB.

### 3. Prevence, screening a dispenzarizace v gynekologii a porodnictví

Místo konání: TOP CONGRESS HALL

Koordinátor: V. Dvořák

Předsednictvo: V. Dvořák, D. Cibula, Z. Rokyta, J. Ondruš

Vědecká rada: V. Dvořák, D. Cibula, Z. Rokyta, J. Ondruš, J. Nový

Host: Walter Prendiville (Irsko)

**14.00–15.30 hod.**

*V. Dvořák:* Prevence karcinomu děložního hrdla včera, dnes a zítra. (20 min)

*W. Prendiville:* Evolving role of colposcopy and treatment of CIN. (20 min)

*A. Štafl:* Vakcinace proti HPV dnes a v budoucnosti. (15 min)

*J. Sláma:* Adenoprekancerózy děložního hrdla. (10 min)

*M. Zikán et al:* Dědičná dispozice ke vzniku gynekologických malignit. (15 min)

**15.30–15.45 hod.**

Přestávka

**Pokračování bloku: 15.45–17.00 hod.**

*D. Cibula et al:* Možnosti prevence a screeningu karcinomu ovaria. (15 min)

*L. Rob:* Úskalí prevence a screeningu u karcinomu ovaria. (12 min)

*F. Polák et al:* Trombelastografie u těhotných žen - výhody a úskalí. (8 min)

*P. Calda et al:* Profituje těhotná a plod z ultrazvukového a biochemického screeningu v těhotenství? (8 min)

*J. Šantavý et al:* Komplikace 1. a 2. trimestrálního prenatalního screeningu jako možná příčina potratu nebo předčasného porodu. (8 min)

*K. Čutka et al:* Sérum integrovaný test I. a II. trimestru – neefektivnější metoda screeningu Downova syndromu pokrývající celou populaci. (8min)

**19.30 hod.**

Místo konání: TOP CONGRESS HALL

**Večerní coctail sympozium společnosti Astellas Pharma s.r.o**

Vstup pouze pro účastníky kongresu s jmenovkou.

*J. Herzogová:* Průlom v léčbě akuminálních kondylomat.

## PÁTEK 25. 5. 2007

Kongresový sál Praha

**12.00–13.00 hod.**

Místo konání: Kongresový sál Praha

### SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI BAYER SCHERING PHARMA

s občerstvením pro účastníky sympozia

*P. Čepický, Z. Libalová:* Léčba mykotických vulvovaginitid.

*A. Czeizel:* Primární prevence vrozených vad v ambulantní praxi.

#### A) Videoprezentace

Místo konání: Kongresový sál Praha

Koordinátor: J. Eim

Předsednictvo: J. Eim, J. Feyereisl,

T. Mardešić, P. Ventruha, D. Kužel

Vědecká rada: J. Eim, J. Feyereisl,

T. Mardešić, P. Ventruha, D. Kužel

Host: T. Bielík (Slovensko)

**14.00–16.15 hod.**

*T. Bielík:* Laparoskopické operace v gynekologii. (10 min)

*D. Cibula:* J. Sláma et al: „Nerve sparing“ radikální hysterektomie. (7 min)

*D. Cibula:* J. Sláma et al: Hysterektomie s pánevní peritonektomií. (7 min)

*J. Eim:* Laparoskopické „vychytávky“ 1. (7 min)

*J. Eim:* Laparoskopické „vychytávky“ 2. (7 min)

*D. Kužel:* See and Treat - resekce submukózního myomu. (7 min)

*J. Machač:* LAVH. (7 min)

*L. Dvořák, A. Roztočil:* SC sec Misgav-Ladach. (7 min)

*L. Hanousek:* Operační hysteroskopie. (7 min)

*M. Mára, O. Sosna:* LSK revize pahýlového hematomu po LAVH. (7 min)

*Z. Zelenka:* Endoskopická resekce rektovaginálního septa. (7 min)

*D. Rumpík, S. L. Chovanec, A. Anna:* Darování oocytů. (7 min)

*M. Fanta, H. Hrušková:* Příklady chirurgického ošetření endometriózy. (7 min)

#### B) Akreditace pracovišť a další vzdělávání

Místo konání: Kongresový sál Praha

Koordinátor: J. Feyereisl

Předsednictvo a přednášející: J. Feyereisl, P. Ventruha

**16.30–17.00 hod.**

*J. Feyereisl:* Akreditační proces a současný stav postgraduálního vzdělávání v ČR. (10 min)

*P. Ventruha:* Postgraduální specializační příprava v gyn.-por. na akreditovaném pracovišti EBCOG. (10 min)

*V. Finsterle:* Moderní přístup ke kontinuálnímu vzdělávání - www.euni.cz. (10 min)

**17.00 hod.**

**Valné shromáždění SSG ČR**

**Místo konání: Kongresový sál Praha**

## SOBOTA 26. 5. 2007

### 4. Urogynekologie – Novinky v diagnostice a léčbě inkontinence moči u žen

Místo konání: TOP CONGRESS HALL

Koordinátor: A. Martan

Předsednictvo: A. Martan, J. Feyereisl,

M. Halaška

Vědecká rada: A. Martan, J. Feyereisl,

M. Halaška, L. Horčíčka, I. Huvar

Host: E. Petri (SRN)

**9.00–11.00 hod.**

*A. Martan:* Nové operační metody při řešení USI a při řešení descenzu či prolapsu dolních pohlavních orgánů s užitím implantátů. (12 min)

*E. Petri:* Komplikace operací způsobené užitím implantátů v urogynekologii. (12 min)

*J. Feyereisl:* Komplikace klasických urogynekologických operací bez užití implantátů a jejich řešení. (12 min)

*M. Halaška:* Sexuologie - vztah k dysfunkci močových cest a descenzu. (12 min)

*J. Mašata:* Reprodukovatelnost měření leak point pressure, při detekci úniku moči barevným dopplerovskou ultrasonografií. (7 min)

*K. Švábík:* Stresová inkontinence moči před a po vaginálním rekonstrukčním výkonu pánevního dna (retrospektivní observační studie). (7 min)

*L. Krofta:* Nový koncept chirurgického řešení urogenitálního prolapsu - follow-up. (7 min)

*I. Huvar, M. Novák:* Rekonstrukce prolapsu pánevních orgánů - šablona nebo individuální přístup. (7 min)

*Z. Adamík, M. Mičoch:* Příčiny a léčba protruzí u prolenových implantátů. (7 min)

*L. Horčíčka:* Hyperaktivní močový měchýř (OAB) - současný přístup k diagnostice a léčbě. (7 min)

**11.00–11.30 hod.**

Přestávka

**5. Porodnická operativa a její vliv na matku a plod**

Místo konání: TOP CONGRESS HALL

Koordinátor: Z. Hájek

Předsednictvo: Z. Hájek, A. Roztočil, A. Měchurová

Vědecká rada: Z. Hájek, A. Roztočil, A. Měchurová, T. Binder, J. Tošner

**11.30–13.00 hod.**

*Z. Hájek:* Změny v indikačním spektru císařského řezu. (15 min)

*J. Feyereisl:* Císařský řez x vaginální porod a pánevní statika. (15 min)

*A. Roztočil:* Porod po císařském řezu. (15 min)

*P. Křepelka:* „Minimálně invazivní“ císařský řez Misgav-Ladach. (7 min)

*T. Binder:* Komplikace vaginální porodnické operativy. (7 min)

*M. Otčenášek:* Mechanismus poranění pánevního dna při vaginálním porodu. (7 min)

*A. Pařízek:* Porodnická analgezie a anestezie v České republice. (7 min)

*A. Měchurová:* Infekce po operačním porodu. (7 min)

**13.00–14.00 hod.**

Přestávka

**6. Diagnostika a staging zhoubných gynekologických nádorů**

Místo konání: TOP CONGRESS HALL

Koordinátor: D. Cibula

Předsednictvo: D. Cibula, D. Fischerová, M. Hrehorčák, R. Pilka

Vědecká rada: D. Cibula, L. Rob, R. Pilka, J. Feyereisl, B. Svoboda

Host: D. Timmerman (Belgie)

**14.00–15.30 hod.**

*D. Cibula:* Současné požadavky na předoperační staging gynekologických nádorů. (7 min)

*D. Timmerman:* Ultrasound in differential diagnostics of pelvic masses. (20 min)

*D. Fischerová, M. Zikán:* Možnosti ultrazvuku ve stagingu zhoubných gynekologických nádorů. (8 min)

*M. Mlynček, P. Uharček, E. Lajtman,*

*M. Šimek:* Význam SCCA v managementu carcinoma cervicis uteri. (7 min)

*M. Kudela:* Staging a grading u asymptomatických nemocných s karcinomem endometria. (7 min)

*M. Pluta:* Význam diagnostiky intraoperačního zhodnocení sentinelových uzlin. (7 min)

*J. Bouda jr., Z. Rokyta:* Úskalí diagnostiky karcinomu endometria. (7 min)

*L. Kotršová, R. Pilka, M. Kudela:* Příčiny pozdní diagnostiky carcinoma cervicis uteri. (7 min)

*M. Michal:* Novinky v klasifikaci a diagnostice prekancerózy vulvy. (7 min)

**15.30–15.45 hod.**

Přestávka

**7. Volba optimální radikalita v onkochirurgii**

Místo konání: TOP CONGRESS HALL

Koordinátor: L. Rob

Předsednictvo: L. Rob, D. Cibula, Z. Rokyta, J. Eim, J. Feyereisl

Vědecká rada: L. Rob, D. Cibula, Z. Rokyta, J. Eim, J. Feyereisl, B. Svoboda, R. Pilka

**15.45–17.15 hod.**

*H. Robová:* Optimální radikalita u zhoubných nádorů vulvy. (10 min)

*B. Svoboda:* Optimální radikalita u časných stadií zhoubných nádorů hrdla. (10 min)

*L. Rob:* Optimální radikalita u fertilitu zachovávajících operací zhoubných nádorů hrdla. (10 min)

*J. Eim:* Laparoskopický přístup při volbě optimální radikalita zhoubných nádorů hrdla. (10 min)

*D. Cibula:* Optimální radikalita u epitheliálních zhoubných nádorů ovarií. (10 min)

*L. Ševčík:* Optimální radikalita u konzervativních, fertilitu zachovávajících operací pro hraniční a zhoubné nádory ovarií. (10 min)

*P. Nováková:* Optimální radikalita u neepiteliálních zhoubných nádorů ovarií. (10 min)

**SOBOTA 26. 5. 2007****9.00–10.30 hod.**

Kongresový sál PRAHA

**C) Sekce posterů**

Místo konání: Kongresový sál Praha

Koordinátoři: Z. Rokyta, Z. Tesař, O. Hlaváčková

Předsednictvo: Z. Rokyta, Z. Tesař, O. Hlaváčková

**9.00–10.30 hod.**

(autoři nebo jeden z autorů budou v tomto čase k dispozici u svých posterů)

*E. Kašíková, L. Krofta, M. Otčenášek,*

*J. Feyereisl:* Trauma pánevního dna v souvislosti s vaginálně vedeným porodem - 3D/4D ultrasonografie.

*L. Bartošová, P. Calda, L. Hašlík, Z. Žižka,*

*M. Břešťák, A. Pašková:* Jak spolehlivý je hmotnostní odhad plodu u polohy koncem pánevním v termínu porodu.

*J. Kümmel, P. Janků, J. Zahradníčková:* Význam utajovaných porodů a jeho vliv na problematiku spojenou s odložením novorozence.

*A. Ivan Belkov, M. Huser, J. Šula:* Miniinvazivní léčba stresové inkontinence.

*A. Havalda, M. Gažo, M. Romančík,*

*B. Havaldová:* Prevencia recidívy stresovej inkontinencie moča po jej operačným riešení.

*T. Žáčková, L. Krofta, T. Mardešić,*

*J. Řezáčová:* Využití 3D UZ v asistované reprodukci.

*T. Žáčková, A. Pařízek:* Těhotenství a porod s diagnózou nespecifického střevního zánětu - morbus Crohn a ulcerózní kolitida.

*V. Gregor, A. Šípek, Z. Tesař:* Týden těhotenství při prenatalní diagnostice vrozených vad v České republice.

*D. Pavlišta, P. Tesařová, M. Janoušek, M. Strunová:* Nové možnosti časné mamální diagnostiky.

*M. Lubušský, M. Procházka:* Diskrepance ultrazvukových biometrických parametrů hlavičky (HC - head circumference, BPD - biparietal diameter) při poloze plodu koncem pánevním.

*M. Lubušský, M. Procházka, I. Holusková:* Erytrocytární aloimunizace matky.

*M. Lubušský, Ishraq Dhaifaláh,*

*M. Procházka, J. Hyjánek, I. Mičková, K. Vomáčková, J. Šantavý:* Single umbilical Artery and its siding in the second trimester of pregnancy: relation to chromosomal defects.

*A. Šípek, V. Gregor, J. Horáček:* Výskyt vrozených vad u dětí narozených z vícečetných těhotenství v ČR.

*K. Řežábek:* Principy nového národního registru asistované reprodukce.

#### 10.30-11.00 hod.

Přestávka

#### D) Endokrinologie a hormonální léčba v porodnictví a gynekologii

Místo konání: Kongresový sál Praha  
Koordinátor: J. Štěpán

Předsednictvo: J. Štěpán, A. Skřivánek, A. Stará

Vědecká rada: J. Štěpán, A. Stará, V. Unzeitig, A. Skřivánek, P. Čepický

#### 11.00-13.00 hod.

*Z. Límanová, D. Springer, J. Horáček, D. Hauerová, D. Nováková:* Význam screeningu funkčních tyreopatií v graviditě. (15 min)

*A. Skřivánek:* Screening onemocnění štítné žlázy v těhotenství - pohled gynekologa. (7 min)

*M. Verner, P. Křepelka:* Výběr optimální metody kombinované hormonální kontracepcie - návrh postupu. (10 min)

*K. Csicsaiová, M. Hulíková, M. Čelovský, M. Krupka:* Vrodené trombotické faktory a hormonální léčba. (10 min)

*M. Fanta, D. Cibula, J. Běláček, J. Vrbková:* Srovnání účinku léčby kortikoidní substitucí a hormonální antikoncepcí v managementu neklasické formy adrenální hyperplazie (NCAH). (10 min)

*T. Fait:* Tibolon - lék volby pro postmenopauzální ženy? (10 min)

*P. Otevřel, Z. Malý, J. Gogela:* Možnost předpovědi rizika OHSS již ambulantním gynekologem. (7 min)

*V. Šilhan, J. Peršín:* Hormonální léčba v asistované reprodukci a karcinom prsu. (7 min)

*A. Pařízek, M. Hill, L. Hess, M. Kalousová, Z. Hájek, A. Pašková, Z. Žižka, T. Fait,*

*M. Klímková, M. Koucký, K. Kubínová,*

*J. Vokroj:* Neuroaktivní steroidy - mechanismus začátku porodu nebo i další cesta endogenní porodnické analgezie? (10 min)

#### 13.00-14.00 hod.

Přestávka

#### 13.00-14.00 hod.

Místo konání: Kongresový sál Praha

#### SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI NOVO NORDISK

s občerstvením pro účastníky sympozia  
*M. Skovajsová:* Pravda a mýty kolem mamografické denzity.

*P. Čepický, Z. Líbalová:* Závěry kulatého stolu o vaginální estrogenní terapii.

#### E) Aktivní přístup k diagnostice a léčbě osteoporózy, pod záštitou ČNFO

Místo konání: Kongresový sál Praha  
Koordinátor: J. Jeníček

Předsednictvo: J. Jeníček, M. Cabrnach, V. Dvořák

#### 14.00-15.00 hod.

*M. Cabrnach:* České národní fórum proti osteoporóze - cíle a úkoly v roce 2007. (10 min)

*V. Palička:* Indikace k celotělové denzitometrii. (15 min)

*O. Hlaváčková:* Nutný rozsah vyšetření k diagnostice osteoporózy. (15 min)

*J. Jeníček:* Přehled možných léků na prevenci a léčbu osteoporózy v rukou gynekologa. (10 min)

#### F) Stres na operačním sále

Místo konání: Kongresový sál Praha

Koordinátor: D. Pavlišta

Předsednictvo: D. Pavlišta, P. Křepelka

#### 15.00-15.45 hod.

*D. Pavlišta:* Syndrom vyhoření u chirurgů. (12 min)

*P. Křepelka:* Psychická a fyzická zátěž lékaře na operačním sále. (12 min)

*D. Pavlišta:* Stres a týmová práce. (12 min)

#### 20.00 hod.

#### GALAVEČER - TOP HOTEL Praha

#### TOP CONGRESS HALL

Křest nové lekce kontinuálního vzdělávání [www.EUNI.cz](http://www.EUNI.cz) carcinoma cervicis uteri - MUDr. Vladimír Dvořák et al.  
Kmotr: doc. MUDr. Vít Unzeitig, CSc.

TOP Congress Hall - účinkují:

Petr Muk s doprovodem

Václav Neckář se skupinou Bacily

Doctor P.P.

#### NEDELE 27. 5. 2007

#### 8. Chyby a omyly v ambulantní gynekologické diagnostice a léčbě

Místo konání: TOP CONGRESS HALL  
Koordinátor: A. Stará

Předsednictvo: A. Stará, V. Dvořák, V. Unzeitig, A. Skřivánek, P. Čepický  
Vědecká rada: A. Stará, V. Dvořák, V. Unzeitig, A. Skřivánek, P. Čepický

#### 9.00-10.30 hod.

*P. Čepický:* Kritické chyby v ambulantní gynekologicko-porodnické praxi. (20 min)

*V. Unzeitig:* Chyby v těhotenském screeningu. (20 min)

*V. Dvořák:* Lékařské pochybení jako kauza vzniku invazivního karcinomu děložního hrdla - kazuistika. (20 min)

*T. Malík:* Korelace cytologických a histologických diagnóz v souboru 300 konizací. (20 min)

**10.30–11.00 hod.**

Přestávka

### **9. Chyby a omyly na porodním sále**

Místo konání: TOP CONGRESS HALL

Koordinátor: A. Roztočil

Předsednictvo: A. Roztočil, Z. Hájek, P. Venturba, J. Nový

Vědecká rada: A. Roztočil, Z. Hájek, P. Ventruba, J. Nový, P. Čepický

**11.00–13.00 hod.**

*Z. Hájek:* Trombembolická nemoc v peripartálním období. (15 min)

*J. Feyereisl:* Trauma matky v souvislosti s porodnickou operativou. (15 min)

*A. Měchurová:* Infekce po operačním porodu - kazuistika. (15 min)

*T. Binder:* Poporodní hemoragie. (15 min)

*R. Peschout:* Hypoxie plodu. (15 min)

*A. Pařízek:* Porodnická neuroaxiální analgezie. (15 min)

**13.00–13.30 hod.**

**Závěr konference**

## **Program Celostátní konference nelékařských profesí pracujících v oboru gynekologie a porodnictví při Celostátní konferenci ČGPS ČLS JEP a Sdružení soukromých gynekologů ČR Česká asociace sester – sekce gynekologie a porodnictví**

Termín: 26. 5. 2007

Začátek konference: 9.30 hod.

Místo konání: TOP hotel Praha,

Kongresový sál I.

Předsedkyně konference: Hana Rittsteinová

Místopředsedkyně: Libuše Barešová

**9.30–11.10 hod.**

**Slavnostní zahájení**

**Etika v ošetrovatelství**

Koordinátorka: A. Mrázová

Předsednictvo: Š. Fleišmanová,

I. Matušková, H. Marešová, A. Roztočil

*B. Živňůstková:* Kultura prostředí a osobnosti.

*I. Kaulichová:* Vedení fyziologického porodu v Saudské Arábii.

*Z. Fišarová:* Empatie a její past.

Diskuse

**11.10–11.30 hod.** Přestávka

**11.30–13.00 hod.**

**Problematika v ošetrovatelství**

**– porodní asistence**

Koordinátorka: Z. Síbková

Předsednictvo: I. Schafferová,

Z. Paukertová, Z. Hájek

*J. Vacková, M. Kollmannová:* Etické

problémy spojené s asistovanou reprodukci

*J. Kepák, M. Kepáková:* Dopravní polytrauma v těhotenství

*S. Janáková, K. Neuwirthová:* Nová profese - sdružená péče

*I. Schafferová:* Problematika vícečetného těhotenství

*M. Struncová:* Porod s nevidomou matkou

*I. Matušková:* Prevence poporodních depresí

*J. Mocková:* Problematika v ošetrovatelství vietnamských žen

Diskuse

**13.00–14.00 hod.** Přestávka

**14.00–15.30 hod.**

**Problematika v ošetrovatelství**

**– gynekologie**

Koordinátorka: L. Barešová

Předsednictvo: R. Šállová, L. Nováková,

A. Šindelářová, J. Císařová, Z. Tesař

*A. Hájková, I. Goldmannová:* Novinky v urogynekologické operativě z pohledu instrumentářky.

*L. Jarolím, L. Dohnalová:* Problematika transsexualismu - hormonální příprava, operativa.

*J. Kotlas:* Etika genetické konzultace

*D. Jandourková:* Problematika přerušení těhotenství z genetické indikace z pohledu klinické psycholožky.

Diskuse

**15.30–16.00 hod.** Přestávka

**16.00–17.45 hod.**

**Problematika terénní péče**

Koordinátorka: E. Barešová

Předsednictvo: K. Ludvíková, V. Hrabáková,

D. Koprivová, O. Hlaváčková

*K. Ludvíková:* Problematika převozu těhotné (rodičky) rychlou záchrannou službou.

*E. Barešová:* Problematika nedělký propuštěné ze zdravotnického zařízení.

*D. Koprivová:* Problematika ženy po gynekologické operaci - terénní péče.

Diskuse

## VŠEOBECNÉ INFORMACE

**Datum konání celostátní konference:**  
25.-27. 5. 2007

**Datum konání semináře porodních asistentek:** 26. 5. 2007

**Místo konání:**  
TOP HOTEL Praha s.r.o., Blažimská  
1781/4, 149 00 Praha 4-Chodov

**Přednáškové prostory:**  
TOP CONGRESS HALL  
Přednáškový sál Praha  
Kongresový sál I. - seminář porodních asistentek 26. 5. 2007

**Registrace:**

24. 5. 2007	Foyer TOP HOTELU Praha od 16.00-21.00 hod.
25. 5. 2007	Foyer TOP HOTELU Praha od 07.00-19.00 hod.
26. 5. 2007	Foyer TOP HOTELU Praha od 07.30-17.00 hod.
27. 5. 2007	Foyer TOP HOTELU Praha od 08.00-13.00 hod.

Při registraci obdrží každý účastník certifikát, porodní asistentky potvrzení, jmenovku, odborný program a aktuální informace.

**Barevné označení jmenovek:**

- Modrá - lékař
- Světle fialová - jednodenní vstup
- Červená - porodní asistentka
- Zelená - organizační výbor, vystavovatel
- Žlutá - přednášející, host

**Jednací jazyk:**  
Čeština, slovenština

**Audiovizuální technika:**  
Dataprojekce z PC

**Informace pro účastníky:**  
Přednášky probíhají v TOP CONGRESS HALL, paralelně také v pátek a v soboru v přednáškovém sále Praha. Odborný program pro porodní asistentky se uskuteční v sobotu 26. 5. 2007 v Kongresovém sále I.

**Postery:**  
Diskuse k posterům proběhne 26. 5. 2007 od 9.00 hod v paralelním bloku v přednáškovém sále Praha, kde budou umístěny. Ty je nutné nainstalovat nejpozději v pátek ráno do 8.15 hod.

**Výstava:**  
V prostorách přiléhajících k TOP CONGRESS HALL a Kongresovému sálu Praha přilehlých bude uspořádána expozice farmaceutických společností, zdravotnické techniky a odborné literatury.

**Ubytování:**  
Je zajištěno dle přihlášek účastníků.

**Obědy:**  
Pro účastníky lunch symposií zajistí pořádající firmy, pro ostatní zájemce zajištěna možnost stravování ve vlastní režii v kongresovém sále II. TOP HOTELU Praha.

**Galavečer:**  
Uskuteční se v TOP CONGRESS HALL v TOP HOTELU Praha.

**Upozornění:**  
Ukončení svého pobytu v hotelu oznamte laskavě v recepci.

**Parkování:**  
Možnost parkování na parkovišti TOP HOTELU Praha, cena parkovného činí 135 Kč/auto/den (není součástí registračního poplatku).

**Vědecký sekretariát:**  
SSG ČR, Orlí 18, 602 00 Brno,  
tel: 542 221 661, fax: 542 221 662,  
e-mail: ssgcr@ti.cz, www.ssg.cz

**Organizační zajištění:**  
G-AGENCY s.r.o., U Stadionu 8, 772 00 Olomouc, tel: 724 277 964, fax: 585 234 499, e-mail: g-agency@volny.cz, www.gynda.cz

# Celostátní konference SSG ČR a ČGPS ČLS JEP Seminář porodních asistentek Praha, 25.-27. 5. 2007

## Abstrakta

### Antibiotická léčba potratu, předčasného porodu a PROM

A. Měchurová<sup>1</sup>, Z. Straňák<sup>1</sup>, J. Melichar<sup>1</sup>, P. Švihovec<sup>2</sup>, J. Mašata<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

<sup>2</sup> Farmakologický ústav 2. LF UK, Praha

<sup>3</sup> Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Úvod:** Pokud hodláme provádět výkon interrupci či instrumentální revizi po spontánním abortu v antibiotické cloně, podáváme obvykle 1 dávku antibiotika - doba podání závisí na zvolené formě. Zánětlivé komplikace po výkonu bývají nejčastěji vyvolány smíšenou infekcí aerobních a anaerobních bakterií. Proto následuje terapeutické podání antibiotik podle závažnosti stavu, obvykle empirická monoterapie, při septickém stavu aplikujeme dvojkombinaci aminopenicilin a aminoglykosid i.v.

**Léčebná metodika:** Antibiotická strategie pro snížení incidence časných a pozdních novorozeneckých a mateřských infekcí (gravidita nezvyšuje ani nesnižuje pohotovost k výskytu nežádoucích účinků antibiotik):

1. Antibiotická profylaxe GBS v doporučeném postupu léčby vaginální kolonizace streptokoky skupiny B v těhotenství a za porodu je antibiotikem první volby Penicilin G v infuzi - 5 mil. IU, dále 2,5 mil. IU po 4 hod do porodu plodu.

Ampicilin nepodáváme - kvůli nárůstu časných novorozeneckých infekcí koliformní gram negativní flórou rezistentní vůči ampicilinu; v současné době je vyhrazen pro léčbu symptomatických infekcí.

Při alergii na penicilinová antibiotika s nízkým rizikem anafylaxe nevěrohodnou alergickou anamnézou podáváme cefalosporiny I. generace i.v. cefazolin 2 g v infuzi a dále 1 g po 8 hod do porodu.

Při vysokém riziku anafylaxe podáváme klindamycin 600 (900) mg v infuzi po 8 hod do porodu plodu, nebo makrolid erytromycin 500 mg i.v. po 6 hod (není v současné době k dispozici, proto podáváme azitromycin 500 mg v infuzi po 24 hod do porodu plodu).

Vankomycin je určen pouze pro pacientky s vysokým rizikem anafylaxe a prokázanou rezistencí k předchozím antibiotikům.

Streptokoková sepsis je léčena dvojkombinací antibiotik ampicilinem 1 g v infuzi po 6 hod (při alergii na penicilinová antibiotika klindamycinem 600 (900) mg v infuzi po 8 hod) a gentamycinem 240 mg v infuzi po 24 hod.

2. Antibiotická profylaxe v případě, kdy předčasně odteče plodová voda (PROM) v profylaxi pre-, intra- a postpartální infekce u předčasně odteklé plodové vody postupujeme podle nejnovějších poznatků a zahajujeme empirickou antibiotickou terapii, kterou následně upravujeme na cílenou podle výsledku kultivace - tu odebíráme vždy před zahájením ATB terapie. Prenatální ATB terapie profylaxe GBS infekce se řídí samostatným standardem (viz výše).

a) Gestační stáří > 36. týden, PROM > 12 hod (při negativních zánětlivých markerech provokace porodu po 24 hod):

Aplikujeme PNC G 5 mil. IU v infuzi 100 ml fyziologického roztoku, dále 2,5 mil. IU v infuzi za 4 hod a dále 2,5 mil. IU v infuzi po 6 hod.

Při alergii na penicilinová antibiotika podáváme klindamycin 600/900 mg v infuzi dle hmotnosti pacientky ve 100 ml fyziologického roztoku, pokračujeme stejnou dávkou po 8 hodinách, nebo podáme makrolid erytromycin 500 mg v infuzi po 6 hod do porodu plodu (vzhledem k nedostupnosti v České republice aplikujeme azitromycin amp. 500 mg v infuzi po 24 hod).

b) Gestační stáří < 36. týden, PROM (provokace porodu po 24 hod, do 34. týdne těhotenství po ukončení aplikace kortikosteroidů, tj. za 48 až 72 hodin - dle gestačního týdne a dynamiky zánětlivých markerů):

Aplikujeme makrolid erytromycin 500 mg v infuzi po 6 hod do porodu plodu (vzhledem k nedostupnosti v ČR aplikujeme Azitromycin amp. 500 mg i.v. po 24 hod).

c) Gestační stáří < 26. týden, PROM: indikaci ATB individualizujeme po konzultaci s neonatologem.

d) ATB strategie u PROM u gravidity s pozitivními zánětlivými markery: podle hodnot, eventuálně dynamiky aplikujeme Azitromycin 500 mg v infuzi, při septickém stavu matky podáváme dvojkombinaci antibiotik Ampicillin 1 g v infuzi po 6 hod (při alergii na penicilinová antibiotika Klindamycin 600/900 mg v infuzi po 8 hod) a Gentamycin 240 mg v infuzi po 24 hod a graviditu ukončujeme co nejdříve. Závěr: Z nejnovějších poznatků o působení ATB v perinatální medicíně vyplývá nepodávat amoxicilin s kyselinou klavulanovou pro zvýšené riziko nekrotizující enterokolitidy u novorozenců.

Nepodáváme ampicilin pro nárůst časných novorozeneckých infekcí koliformní gram negativní flórou rezistentní vůči ampicilinu (klebsielové sepse), je vyhrazen pro léčbu symptomatických infekcí - septických stavů.

Nepodáváme cefalosporiny u nozokomiálních kmenů gram negativních bakterií se zvýšeným výskytem širokospektrých <sup>TM</sup>-laktamáz, které rozkládají cefalosporinová antibiotika všech 3 generací s nebezpečím klebsielové sepse (především cefuroxim).

Při dlouhodobé aplikaci makrolidů existuje riziko vývoje sekundární rezistence u stafylokoků.

Pokud hrozí předčasný porod bez odtoku plodové vody, aplikujeme výše uvedená antibiotika v odůvodněných případech.

## 2. Nové cervikovaginální a sérové markery v predikci předčasného porodu a FIRS (Fetal inflammatory response syndrome)

M. Koucký, Z. Hájek, A. Pařízek

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

**Úvod:** V etiologii předčasného porodu se uplatňuje celá řada příčin, infekce je však považována za nejvýznamnější z nich. Hlavním patogenetickým procesem je zánět.

**Materiál a metodika:** Působením mikroorganismů se rozvíjí fetální a/nebo mateřská zánětlivá odpověď - chorioamnionitis, funisitis a především FIRS. Pojem FIRS nemá dosud přesný český ekvivalent, nejčastěji se používá spojení fetální zánět, analogií je SIRS u dospělých (systémová zánětlivá odpověď - Systematic Inflammatory Response Syndrome). Plody s fetální zánětlivou odpovědí mají vyšší perinatální morbiditu, především intraventrikulární hemoragii (IVH) těžkého stupně (III. a IV.), periventrikulární leukomalacii, nekrotizující enterokolitis, myokardiální dysfunkci, neonatální sepsi a předčasný porod u nich nastává častěji než u plodů bez zánětlivé odpovědi. U plodů s elevací interleukinu-6 v pupečnickové krvi je následně post partum významně častěji diagnostikována funisitis (zánět pupečnicku); ta je považována za histologický projev FIRS. V současné době se za základní kritérium považuje především elevace cytokinů (především interleukinu-6 - nad 11 pg/ml) a zvýšená hladina nezralých forem neutrofilních granulocytů v pupečnickové krvi získané po porodu plodu, histologické (funisitis, chorioamnionitis) a klinické koreláty uvedené výše. V etiopatogenezi předčasného porodu se uplatňují především cytokiny, matrixmetalloproteinázy a prostaglandiny. Základními klinickými projevy zánětu v porodních cestách jsou děložní kontrakce a změny děložního hrdla vedoucí k předčasnému porodu a předčasný odtok plodové vody (dále PROM - prelabour/premature rupture of membranes). Jednotlivé projevy mohou být vzájemně provázány. U všech klinických projevů může probíhat fetální zánět - FIRS.

**Výsledky:** Možnosti diagnostiky intraamniální infekce/zánětu jsou omezené. Primární prevence předčasného porodu zatím neexistuje. Klinicky se intraamniální zánět většinou projevuje až v pokročilém stadiu, naším cílem je odhalit ho včas. Při hrozícím či již probíhajícím předčasném porodu, především při PROM, musíme vždy vyloučit intraamniální infekci/zánět při přijetí na porodní sál. Senzitivita dosud prováděných vyšetření, tj. stanovení diferenciálního počtu neutrofilních granulocytů a CRP ze séra matky je poměrně nízká, navíc tato vyšetření vypovídají především o kompartmentu matky. Podle různých studií je zřejmé, že v některých případech vzniká infekce/zánět plodu, i když není přítomna mateřská zánětlivá odpověď na mikrobiální kolonizaci (především práce Gomeze a Romera). Interpretace výsledku kultivace z porodních cest je složitá - jedná se o kolonizaci porodních cest mikroby, nebo o příčinu intraamniálního zánětu? Cílem současného výzkumu je alespoň se přiblížit kompartmentu plodu a zpřesnit diagnostiku intraamniální infekce/zánětu. Nejvyšší senzitivitu v rámci experimentu představují hladiny prozánětlivých cytokinů (interleukinu-6, 8 a 18) z plodové vody, vyšetření však je invazivní a zatížené vlastním rizikem komplikací. Elevace interleukinu-6 v plodové vodě vypovídá o probíhajícím intraamniální infekci/zánětu lépe než prostá kultivace plodové vody. Další výzkum ukázal možnost stanovit různé markery zánětu neinvasivním vyšetřením cervikovaginální tekutiny u PROM, přímo z poolu tekutiny v zadní klenbě poševní (např. odběr pomocí plastové stříkačky). Největší podíl cervikovaginální tekutiny u PROM představuje plodová voda, další součástí je i transsudát pochvy a cervikální hlen. Můžeme takto posoudit kompartment plodu stanovením různých parametrů zánětu v cervikovaginální tekutině. Cílem současného výzkumu v této oblasti je vyšetřením markerů zánětu v cervikovaginální tekutině identifikovat skupinu žen s PROM, u jejichž plodu je přítomen fetální zánět - FIRS. Probíhají také studie s proteomickou analýzou cervikovaginální tekutiny. Část výzkumu je zaměřena na studium sérových mateřských a pupečnickových parametrů, které korelují s rizikem vzniku předčasného porodu a rozvojem FIRS. Jedním z nich je studium sRAGE. sRAGE je solubilní receptor pro produkty pokročilé glykace - AGE (advanced glycation end products produkty oxidativního stresu). Jedná se o molekulu ze superrodiny imunoglobulinů, jejíž ligandem jsou mj. výše uvedené produkty oxidativního stresu vznikající v průběhu zánětu. RAGE se vyskytuje v solubilní formě (sRAGE) a formě transmembránové (RAGE). RAGE je exprimován na povrchu

řady buněk (makrofágy, monocyty, endoteliální buňky aj.). Po interakci AGEs s transmembránovým receptorem RAGE je spuštěna signální kaskáda zahrnující p21<sup>ras</sup>, MAP-kinázu a následuje aktivace nukleárního faktoru kappaB. Po jeho aktivaci dochází ke stimulaci transkripce genů pro cytokiny a růstové faktory. Sérová, solubilní forma RAGE - sRAGE je studována v souvislosti s inhibicí zánětu. Vysoké koncentrace sRAGE mohou mít protektivní úlohu před rozvojem zánětu.

**Závěr:** Cílem současného výzkumu je identifikovat ženy, u kterých hrozí či probíhá předčasný porod a u kterých je vysoké riziko rozvoje fetálního zánětu FIRS. Nejvýznamnější skupinu představují ženy s předčasným odtokem plodové vody, u kterých uplatňujeme expektační postup. Zavedení nových markerů zánětu a zpřesnění diagnostiky může vést ke změně expektačního přístupu v aktivní a významnou měrou přispět k včasnému odhalení FIRS.

### 3. Trombelastografie u těhotných žen - výhody a úskalí

F. Polák<sup>1</sup>, A. Pařízek<sup>2</sup>, H. Bedřichová<sup>1</sup>, P. Kříž<sup>1</sup>

*1 Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN, Praha*

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

**Úvod:** V průběhu těhotenství dochází ke změnám koagulačního stavu. Patologicky probíhající těhotenství mohou být spojena s výraznějšími koagulopatiemi. Trombelastografie je stále častěji používána k hodnocení aktuálního koagulačního stavu těhotných žen. Práce porovnává trombelastografické koagulační parametry žen s fyziologicky a patologicky probíhajícím těhotenstvím a s normami pro běžnou populaci.

**Materiál a metodika:** Trombelastograficky bylo vyšetřeno 60 žen ve 3. trimestru fyziologicky probíhajícího těhotenství (skupina ZDRAVÉ) a 50 žen s patologicky probíhajícím těhotenstvím (ženy s preeklampsií nebo mrtvým plodem, skupina PATOL). Obě skupiny byly věkově srovnatelné.

**Výsledky:** Průměrné hodnoty sledovaných parametrů ve skupině ZDRAVÉ se pohybovaly na prokoagulační hranici norem pro běžnou populaci. Ve skupině PATOL byly průměrné hodnoty ještě více prokoagulační, ale rozdíly proti skupině ZDRAVÉ nebyly statisticky významné: čas r 4,7 (SD 1,7) vs. 4,4 (SD 2,0), p = 0,461 (norma pro běžnou populaci 48 min.), čas k 1,5 (0,5) vs. 1,3 (0,4), p = 0,030 (norma 14 min.), úhel alfa 69,6 (5,5) vs. 71,0 (7,7), p = 0,324 (norma 4774°), maximální amplituda 71,3 (4,5) vs. 73,1 (4,7), p = 0,079 (norma 5573 mm), koagulační index 2,7 (1,8) vs. 3,2 (1,8), p = 0,219 (norma (-3)-(+3)). Ve skupině PATOL jsme pozorovali větší rozptyl hodnot než ve skupině ZDRAVÉ. Pomocí výběrových percentilů jsme na základě výsledků ve skupině ZDRAVÉ vypracovali nové normy trombelastografických parametrů pro těhotné ženy.

**Závěr:** koagulační stav těhotných žen se významně liší od koagulačního stavu běžné populace. Navrhujeme proto nové trombelastografické normy pro použití v těhotenství. Koagulační změny u žen s patologicky probíhajícím těhotenstvím jsou hůře předvídatelné než u zdravých těhotných žen. Trombelastografie je vhodná metoda pro monitoraci koagulačního stavu v těhotenství.

### 4. Adenoprekancerózy děložního hrdla

J. Sláma

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

**Úvod:** Incidence adenokarcinomu děložního hrdla v rozvinutých zemích vzrůstá. Poměr incidence adenokarcinomu a spinocelulárního karcinomu je u nás přibližně 1:5, poměr prekanceróz je však jen asi 1:80.

**Materiál a metodika:** Nález adenoléze je obvykle náhodný v preparátech získaných po ošetření dlaždicové prekancerózy.

**Výsledky:** Koincidence obou prekanceróz, v literatuře označovaná jako tzv. mixed léze, je zjištěna ve 4672 %. Suspekci na adenoprekancerózu přináší výsledek cytologického stěru hodnocený jako AGC - NOS/-NEO nebo AIS podpořený charakteristickým kolposkopickým nálezem. Pro definitivní diagnózu je třeba cílené biopsie. Reprezentativní odběr biopsie při podezření na adenoprekancerózu vyžaduje cylindrickou disekci.

**Závěr:** Ženy plánující těhotenství při odstranění léze in sano pečlivě dispenzarizujeme. Hysterektomií doporučujeme pacientkám s ukončenými reprodukčními plány.

## 5. Séro integrovaný test I. a II. trimestru – nejefektivnější metoda screeningu Downova syndromu pokrývající celou populaci

K. Čutka, D. Čutka, M. Šustrová

*Centrum lékařské genetiky s.r.o., České Budějovice*

**Úvod:** Autoři ve svém sdělení zdůrazňují výhody sérum integrovaného testu I. a II. trimestru.

**Materiál a metodika:** Výhody sérum integrovaného testu I. a II. trimestru:

- jde o populační test: nejefektivnější metoda screeningu Downova syndromu aplikovatelná na celou populaci oproti vybraným pacientkám u testu v I. trimestru
- obsahuje AFP test odhalí i rozštěpy neurální trubice, anaencefalii
- má vyšší záchytnost než test I. trimestru
- při odběru PaPP-A 10+0 - 11+3, druhý odběr 14 + 0 (AFP, HCG, E3), výsledek vyšetření plodové vody (rychlé metody FISH, amnio PCR) je o 1-2 týdny později než při testu I. trimestru

**Výsledky:** Odbornými gynekologickými společnostmi ve světě jsou na podkladě Evidence Based Medicine doporučené 4 testy (V. Británie, USA, Kanada od roku 2007):

- 1) integrovaný test - nejlepší ze všech, dostupný jen malé části žen v ČR
- 2) sérum integrovaný test - nejefektivnější metoda screeningu pro celou českou populaci
- 3) kombinovaný test I. trimestru - výsledek je dříve, má nižší záchytnost než integrovaný test, neobsahuje AFP, je dostupný jen malé části žen v ČR,
- 4) quadruple test (u nás triple test - AFP, HCG, E3) pro ženy, které přijdou až ve II. trimestru

**Závěr:** Séro integrovaný test je nejefektivnější metoda screeningu Downova syndromu aplikovatelná na celou českou populaci.

## 6. E-learningové vzdělávací systémy pro gynekology na internetu ve světě a v České republice

V. Finsterle

*Pears Health Cyber s.r.o.*

**Úvod:** Cílem přednášky je seznámit lékaře s alternativním způsobem vzdělávání, které jim v současné době nabízí celosvětová počítačová síť Internet a představit možnosti, které Internet poskytuje lékařům pro jeho každodenní praxi. Celá přednáška bude doprovázena praktickými ukázkami.

**Materiál a metodika:** E-learning je moderní efektivní formou vzdělávání, která má ve srovnání s klasickým - prezenčním vzděláváním své výhody i nevýhody. Vyžaduje určité základní technické vybavení a minimální míru počítačové gramotnosti.

V zahraničí již několik let funguje celá řada medicínsky zaměřených webových stránek, které jsou již poměrně dlouhou dobu využívány jako standardní forma kontinuálního vzdělávání lékařů. K těm nejznámějším určitě patří Medscape ([www.medscape.com](http://www.medscape.com)).

**Výsledky:** I když není nabídka e-learningových systémů v České republice tak rozsáhlá jako na západ od našich hranic, nalezneme již i u nás portál, který tento typ vzdělávání nabízí - EUNI ([www.euni.cz](http://www.euni.cz)).

EUNI není omezena pouze na 1 obor, ale nabízí vzdělávací témata z různých specializací, která pro tento portál připravují přední odborníci na danou problematiku. EUNI je založena na systému dynamicky aktualizovaných lekcí doplněných řadou interaktivních prvků a ka-  
zuistických rozborů. Samozřejmě zde nechybí ani test pro ověření získaných znalostí.

Kromě vzdělávacích systémů jsou již i u nás dostupné další nástroje, které mohou lékařům pomoci v každodenní praxi. Takovým nástrojem může být například Virtuální ordinace, která umožňuje nejen vzájemnou komunikaci lékaře s pacientem bez nutnosti fyzického kontaktu, ale i online objednání pacienta k lékaři.

**Závěr:** E-learning je moderní efektivní forma studia, která umožňuje lékařům vzdělávat se prostřednictvím Internetu.

## 7. Reprodukovatelnost měření leak point pressure při detekci úniku moče barevným Dopplerem

J. Mašata

*Gynekologicko-porodnická klinika I. LF UK a VFN, Praha*

**Úvod:** Měření leak point pressure (LPP) je důležitou metodou pro vyšetření funkce uretry u žen se stresovou inkontinencí moče. Byla popsána celá řada měřících technik pro detekci LPP. V předchozích studiích bylo prokázáno, že k detekci úniku moče lze využít barevnou Dopplerovskou techniku, která má stejnou senzitivitu jako fluoroskopie. Cílem studie bylo ověřit možnosti využití barevného Dopplera jako techniky použitelné k detekci LPP.

**Materiál a metodika:** Do pilotní prospektivní studie bylo zařazeno 98 žen s prokázanou stresovou inkontinencí moče. Před ultrazvukovým vyšetřením byl močový měchýř naplněn 300 ml fyziologického roztoku. U všech žen bylo vyšetřeno uložení a mobilita hrdla močového měchýře a zároveň byly měřeny změny intraabdominálního tlaku v průběhu Valsalvova manévru a při kašli. Intraabdominální tlak byl měřen speciálním intrarektálním katétre. Únik moče byl diagnostikován barevným Dopplerem a současně se měřil a zaznamenával nitrobřišní tlak pro detekci VLPP a CLPP (každou sekundu bylo zaznamenáno 25 obrázků a 25 tlakových měření). Ultrazvukový obraz byl digitalizován a zobrazen zároveň s nitrobřišním tlakem na obrazovce počítače. Záznam byl uložen v počítači k další analýze. Každé měření se opakovalo 3krát. Hodnoty LPP získané přímo při vyšetření byly porovnány s hodnotami získanými při zpomaleném přehrání.

**Výsledky:** U všech pacientek byl prokázán únik moče a VLPP jsme byli schopni určit u 93 žen (v rozmezí od 12–127 cm H<sub>2</sub>O), hodnoty se nelišily při opakovaném měření a průměrné rozdíly nebyly statisticky významné ( $p = 0,62$ ). Rozdíly byly mezi hodnotami zjištěnými při vyšetření a při zpomaleném přehrání, které byly nižší v rozmezí od 12 do 24 cm H<sub>2</sub>O. Se zvyšujícím se VLLP byly rozdíly výraznější. Hodnoty LPP získané během kašle se mnohem hůře reprodukuje. Rozdíly lze vysvětlit reakční dobou lékaře, která se pohybuje od 0,25 s do 0,72 s, v průměru kolem 0,4 s. Změny tlaku v průběhu Valsalvova manévru jsou mnohem pomalejší než při kašli (při kašli se může tlak během 0,4 s zvýšit až o 30 cm H<sub>2</sub>O).

**Závěr:** Barevný Doppler je vysoce citlivá technika pro detekci úniku moče a může být využita k detekci LPP. Zpomalené přehrání záznamu zvyšuje senzitivitu a zpřesňuje měření. Klinické využití je jednoduché a reprodukovatelné. Příčinou obtížné reprodukovatelnosti měření CLPP je rychlost změn tlaku při kašli.

*Práce byla řešena s podporou NR 8815–3/2006, GIGH-0651-00-3-223.*

## 8. Stresová inkontinence moči (SUI) před a po vaginálním rekonstrukčním výkonu pánevního dna. Retrospektivní observační studie

K. Švábík, A. Martan, J. Mašata

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

**Úvod:** Existuje poměrně významná skupina žen, které trpí obtížemi se sestupem poševních stěn a zároveň SUI. Dále některé publikace uvádějí, že až u 80 % žen může dojít ke vzniku SUI právě až po rekonstrukčním reпозиčním výkonu. Znamená to tedy, že rekonstrukčním výkonem léčíme stresovou inkontinenci moči, nebo že ji výkonem vyvoláváme? Je vhodné zároveň s rekonstrukčním výkonem provést také inserci volné vaginální pásky? Vždy je obtížné odhadnout výsledek rekonstrukčního výkonu. Je tedy vhodné řešit inkontinenci až po zhodnocení efektu rekonstrukčního výkonu? Najít odpověď na tyto otázky je smysl této retrospektivní studie.

**Materiál a metodika:** Do naší retrospektivní analýzy jsme zahrnuli 56 po sobě jdoucích žen operovaných jedním lékařem (červen 2004–leden 2006). Tyto ženy podstoupily kombinovaný rekonstrukční výkon s podporou uretrovezikální junkce pro sestup (grade II–III). Ve skupině A ( $n = 39$ , 46,2 % s SUI, 53,8 % kontinentní) byla insertována zároveň polypropylenová síťka, ve skupině B ( $n = 17$ , 41,2 % s SUI, 58,8 % kontinentní) bez inserce síťky. Doba sledování byla 1 rok po operaci.

**Výsledky:** Z 56 žen ve sledování bylo 28 inkontinentních již před rekonstrukčním výkonem na základě hypermobility uretry, 28 žen bylo před operací kontinentních, z nichž 11 mělo obstrukční obtíže z důvodu sestupu přední stěny poševní. Střední hodnota věku všech žen byla 66,5 let  $\pm$  9,8, střední hodnota BMI byla 26,6  $\pm$  3,0. Ze všech 56 pacientů 13 potřebovalo následný antiinkontinentní výkon e-TVT-O (23,2 %), 10 žen s pooperační stresovou inkontinencí moči bylo ze skupiny žen inkontinentních i před operací (35,7 %). Ze skupiny kontinentních žen byly po operaci inkontinentní 3 (10,7 %). 25,6 % pacientek ve skupině A, resp. 23,5% pacientek ve skupině B, bylo inkontinentních po rekonstrukčním výkonu.

**Závěr:** Výsledky pozorování označují poměrně velkou skupinu žen, u kterých není nutný následný antiinkontinentní výkon. Tyto výsledky podporují tzv. two step strategy. Inserce síťky neměla další efekt na následné objevení SUI.

*Práce byla řešena s podporou IGA ČR, grant NR/9216-3.*

## 9. Prolift: nový koncept chirurgického řešení urogenitálního prolapsu – follow-up

L. Krofta<sup>1,2</sup>, M. Otčenášek<sup>1,2</sup>, J. Feyerleis<sup>1,2</sup>, E. Kašíková<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

<sup>2</sup> Katedra gynekologie a porodnictví IPVZ, Praha

**Úvod:** Patologie statiky pánevního dna se za poslední desetiletí, vzhledem k novým poznatkům ohledně etiopatogeneze, opět dostávají do středu pozornosti odborné veřejnosti. Vedle renesance některých klasických operačních technik se zde uplatňují nové techniky, které využívají polypropylenové protézy a navazují na zkušenosti z oblasti abdominální kýlní a antiinkontinentní operativy. Cílem práce je

prezentace pilotních zkušeností, dále pak peroperačních, krátkodobých a dlouhodobých pooperačních komplikací s operační technikou využívající polypropylenové sítky.

**Materiál a metodika:** soubor reprezentuje 46 žen, které byly pro poruchy statiky dna pánve operovány systémem Prolift (ETHICON Women's Health and Urology) v ÚPMD za období od září 2005 do března 2007. Technika obsahuje extraperitoneální kolpotomii s vložením polypropylenové sítky do oblasti předního (vezikovaginálního) a/nebo zadního (rektovaginálního) kompartmentu. Sítka je v optimální pozici fixována pomocí ramen, která jsou vedena přes foramen obturatorium/fossa ischioirectalis. Ramena sítky jsou naložena pomocí speciálních kanyl a bovdenů systému Prolift. Celá síťka je umístěna bez tahu. Diagnostický algoritmus zahrnuje anamnézu a klinické vyšetření. U žádné z pacientek nebyl současně proveden antiinkontinentní výkon.

**Výsledky:** Výsledky zahrnují charakteristiku souboru, délku hospitalizace, peroperační, krátkodobá a dlouhodobá pooperační data (min. 3 měsíce).

**Závěr:** Operační technika (Prolift™) založená na principu vložení polypropylenové sítky do oblasti předního a/nebo zadního kompartmentu představuje terapeutickou modalitu s velice dobrými krátkodobými výsledky. Je zapotřebí dlouhodobého follow-up k vyloučení pozdních nežádoucích efektů spojených s možnou retrakcí sítky.

## 10. Rekonstrukce prolapsu pánevních orgánů: šablona, nebo individuální přístup?

I. Huvar, M. Novák

*Gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Milosrdných bratří, Brno*

**Úvod:** V posledních letech vstoupily rekonstrukční operace prolapsu pánevních orgánů do své nové fáze a to díky použití implantátů.

**Materiál a metodika:** Metoda, rozpracovaná ve Francii v letech 2000-2004, se rychle rozšířila mezi pracovišti zabývajícími se problematikou pánevního dna. Nové na ní je nejen použití syntetických materiálů (sítěk) tam, kde se dříve využívaly jen vlastní tkáně pacienta, ale i technologie jejich aplikace (fixace přes obturatorní membránu či sakrospinální ligamentum). Výrobci uvedli na trh hned několik prefabrikovaných setů hotových implantátů i s jejich zavaděči. Jsou propracované, pohodlné na zavádění. Jejich určitou nevýhodou ale může být právě jejich šablonovitost.

**Výsledky:** Autoři předkládají alternativu sítkové implantáty „šité na míru“ tj. individuálně přizpůsobené velikosti i typu defektu, vzájemně libovolně kombinovatelné.

**Závěr:** v řadě případů se sítkové implantáty jeví jako výhodnější řešení, přičemž zanedbatelná není ani stránka ekonomická.

## 11. Příčiny a léčba protruzí u prolennových implantátů

Z. Adamík, M. Mlčoch

*Gynekologicko-porodnické oddělení Krajské nemocnice T. Bati, Zlín*

**Úvod:** Cílem práce je zjištění příčin protruzí u prolennových implantátů při řešení defektů pánevního dna a možnosti léčby.

**Materiál a metodika:** Zhodnotili jsme operační postupy a hojení u 71 operací typu transvaginální mesh (TVM) a 35 operací typu Prolift v letech 2004-2006. Naší snahou bylo nalézt pravděpodobné příčiny protruzí implantátů a vytvořit postup, který by snížil riziko vzniku protruzí. Dále jsme hodnotili postupy při řešení již vzniklých protruzí.

**Výsledky:**

Výkon	Počet	Protruze	%
MESH	71	10	14,2
Prolift	35	3	8,6

Pravděpodobné příčiny protruzí: 1. nesprávná preparační vrstva (těsně pod sliznici), 2. sutura pokračujícím stehem, 3. pletená vlákna.

Léčba protruzí: 1. exstirpace protrudované části, 2. při malém rozsahu Nu-gel + estrogeny lokálně, 3. při větším rozsahu sutura + estrogeny lokálně.

**Závěr:** Z našich dosavadních zkušeností vyplývá, že je potřeba důsledně preparovat subfasciálně, používat izolované stehy a monofilamentózní vlákno. Nepodařilo se nám konzervativně vyhojit žádnou protruzi. Byla nutná vždy exstirpace protrudované části. Při malém rozsahu je vhodná aplikace Nugelu, při větším je nutná sutura sliznice.

## 12. Minimálně invazivní císařský řez – zkušenosti s operační technikou

P. Křepelka

*Ústav pro péči o matku a dítě, Praha*

**Úvod:** Cílem je prezentovat techniku císařského řezu podle Michaela Starka a analyzovat anatomická východiska postupu. Autor předkládá přehled výsledků aplikované techniky a srovnání s klasickým postupem.

**Materiál a metodika:** Techniky císařského řezu odvozené od metody Misgav-Ladach vytvářejí arteficiální porodní cesty minimálním počtem postupných kroků. Při provedení laparotomie využívají tupou preparaci tkáňových vrstev v preformovaných anatomických prostorech s minimální vaskularizací. Tím omezují rané krvácení a traumatizaci tkání. Podobně i hysterotomie je realizována s maximální jednoduchostí. K rekonstrukci operačního poranění je třeba minimálního množství šicího materiálu, neboť je využito retrakce pružných měkkých tkání břišní stěny.

**Výsledky:** Metoda minimálně invazivního císařského řezu je provázána rychlým zotavením rodičky, nižší febrilní morbiditou, nižší potřebou antibiotik a analgetik v šestinedělí. Omezuje dobu operace i anestezie.

**Závěr:** metoda minimálně invazivního císařského řezu je vhodná pro akutní i elektivní císařský řez.

## 13. Porodnická analgezie a anestezie v České republice

A. Pařízek

*Gynekologicko-porodnická klinika I. LF UK a VFN, Praha*

**Úvod:** Od roku 1989 se v České republice začaly v porodnictví podstatně častěji používat centrální (neuroaxiální) blokády. Neuroaxiální blokády představují epidurální, subarachnoidální a nebo kombinovaný epidurální a subarachnoidální přístup. V odborné společnosti gynekologie a porodnictví byla v roce 1994 založena zájmová skupina (Sekce porodnické analgezie a anestezie), která si dala za cíl nejen propagovat používání regionálních technik, ale zejména její dalším studium a postgraduální vzdělávání. Sekce porodnické analgezie a anestezie při ČGPS JEP monitoruje vývoj jednotlivých analgetických a anesteziologických metod v České republice. Autoři představují aktuální situaci v porodnické analgezií a anestezii a sledují trendy v zastoupení jednotlivých analgetických a anesteziologických metod v České republice

**Materiál a metodika:** od roku 1994 probíhá celostátně pravidelný rozbor a statistika, která se věnuje vyhodnocování vývoje porodnické analgezie a anestezie v České republice. Pro účely monitorování zastoupení jednotlivých metod porodnické analgezie a anestezie byl vypracován dotazník. Dotazník obdrží vždy začátkem příslušného roku, kdy probíhá sběr dat, všichni přednostové porodnických zařízení v České republice a současně všichni přednostové anesteziologických pracovišť nemocnic, ve kterých jsou porodnická zařízení. Otázky se týkají 3 okruhů porodnicko-anesteziologické problematiky: porodnické anestezie, předporodní přípravy a porodnická analgezie. Do 6 týdnů po odeslání dotazníků je dotazníková akce uzavřena (konec března příslušného roku) a nastává statistické zpracování odpovědí.

Porodnická zařízení jsou podle ročního počtu porodů rozdělena do 5 kategorií: < 500, 500–1000, 1000–1500, 1500–2000 a 2000 porodů a více/rok. Užití neuroaxiální analgezie/anestezie je hodnoceno jako vzácné, pokud četnost aplikace nedosahuje 10 %, jako občasné, když se frekvence pohybuje mezi 10 až 25 %, a časté s incidencí více než 25 % v relaci k ročnímu počtu porodů. Výsledky jsou bezodkladně zveřejňovány v odborném tisku nebo formou přednášek na celostátních kongresech ČSARIM a ČGPS, nověji pak na internetové adrese [www.porodnice.cz](http://www.porodnice.cz) → Lékaři.

**Výsledky:** klesá systémová aplikace opioidů, stoupá počet porodů s neuroaxiální analgezií nebo s použitím nefarmakologických metod. Dříve téměř výhradně používaná celková anestezie u císařského řezu je postupně nahrazována neuroaxiálními metodami.

**Závěr:** Během posledních 15 let se v České republice začal rozvíjet systém předporodní přípravy a porodnická zařízení se otevřela i partnerům rodiček. V rámci porodnické analgezie se rozšířilo spektrum nabízených metod.

## 14. Infekce po operačním porodu

A. Měchurová

*Ústav pro péči o matku a dítě, Praha*

**Úvod:** Profylaktické podání antibiotika má zabránit pomnožení bakterií kontaminujících operační ránu a současně snížit jejich adherenci k cizorodým materiálům použitých při operaci a posílit přirozené obranné systémy organismu. Podává se 1 dávka antibiotika v okamžiku přerušení pupečníku. Terapeutická aplikace antibiotik je vyhrazena infekčním stavům. Infekce je zánětlivou odpovědí na přítomnost mikroorganismů.

**Materiál a metodika:** Zkratkou SIRS označujeme syndrom systémové zánětlivé odpovědi, který je charakterizován teplotou nad 38 °C nebo pod 36 °C, pulzem nad 90/min, zrychlenou dechovou frekvencí nad 20/min, zvýšením leukocytů nad 12 000/μl nebo snížením pod 4 000/μl.

**Sepsis charakterizuje** potvrzená infekce s minimálně 2 kritérii SIRS. Těžkou sepsi potom potvrzená infekce s minimálně 2 kritérii SIRS a minimálně 1 dysfunkčním orgánovým systémem.

K nejčastějším příčinám patří puerperální endomyometritida, při déletrvajícím septickém stavu i při antibiotické terapii je třeba myslet na septickou pánevní tromboflebitidu. K nejčastějším původcům patří *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Streptococcus A,B,D*, *Staphylococcus aureus* a enterokoky. K diagnostickým vyšetřením patří hodnota leukocytů, velmi dobrým markerem je dynamika C reaktivního proteinu - CRP, eventuálně interleukinu-1. Vždy odebíráme kultivace lochií a z rány, urikult a hemokulturu. Využíváme zobrazovacích metod - ultrazvuk malé pánve, eventuelně CT, či NMR.

**Výsledky:** K léčbě patří stabilizace pacientky, zajištění perfuze a oxygenace tkání. Antibiotickou terapii podáváme vždy intravenózně v dvoj- či trojkombinaci. Pokud je lokalizován septický fokus, odstraňujeme ho. Do výsledku kultivací aplikujeme empirickou terapii dvojkombinací i.v. - ampicilin 1 g v infuzi po 6 hod (Klindamycin 600-900 mg po 8 hod v infuzi) + gentamycin 240 mg v infuzi po 24 hod. Pokud podáváme trojkombinaci, přidáváme ještě metronidazol 500 mg v infuzi po 12 hod.

**Závěr:** Pokud se jedná o septický stav před porodem, těhotenství neprodlené ukončujeme a přecházíme na cílenou terapii podle výsledku citlivosti.

## 15. Úloha SCCA v menezmente carcinoma cervicis uteri

M. Mlynček, P. Uharček, E. Lajtman, M. Šimek\*

*Gynekologicko-pôrodnická klinika Univerzity Konštantína Filozofa FN Nitra*

*\*Ústav laboratórnej medicíny Univerzity Konštantína Filozofa FN Nitra*

**Úvod:** Cieľ práce je prehľad aplikácií sérovej hladiny SCCA (squamous cell carcinoma antigen) v pred a poliečebnom algoritme u pacientok s carcinoma cervicis uteri a prezentácia využitia SCCA na pracovisku autorov.

**Materiál a metodika:** Analýza databázy Medline za obdobie 1977-2007 s kľúčovými slovami squamous cell carcinoma antigen a vypracovanie praktického využitia SCCA u pacientok s carcinoma cervicis uteri.

**Výsledky:** SSCA je nádorový antigén, ktorého klinický význam vo vzťahu ku rakovine krčka maternice prvýkrát popísali Kato a Torigoe v roku 1977. Je jednou zo 14 frakcií nádorového antigénu TA-4 izolovaného z malígnych keratinocytov. Syntézu dvoch izoforiem SCCA1 a SCCA2 regulujú 2 samostatné gény. SCCA je glykoproteín, ktorý účinkuje ako inhibitor serine/cysteine proteináz a podieľa sa na degradácii extracelulárnej matrix, nádorovej invázii a metastázovaní. Zvýšené sérové hladiny sú prítomné pri skvamóznych karcinómoch (cervix uteri, pľúca, larynx, ezofagus, hlava, krk, anus, koža) a tiež pri nenádorových afekciách kože (psoriáza, ekzém).

Analýza publikovaných údajov o využití nádorových markerov (SCCA, CYFRA 21-1, TPA, CA 125, CEA, CA 19-9) poukazuje na benefit vyšetrenia hladiny SCCA v rozhodovacom algoritme pri určení optimálnej liečby pacientok s rakovinou krčka maternice. Predliečebné hladiny nad 610 ng/ml korelujú s prítomnosťou metastáz v lymfatických uzlinách.

Perzistujúce zvýšené hladiny po definitívnej liečbe sú spojené so zlou prognózou.

Zvýšenie hladiny SCCA predchádza klinickú manifestáciu recidívy (lead time) o 3 až 8 mesiacov. Výsledky štúdií z posledných 5 rokov však nepotvrďujú zlepšenie prežívania u včasnšie diagnostikovaných asymptomatických recidív. Tento závažný poznatok zdôrazňuje aktuálnu potrebu vypracovania jednotného praktického monitorovania po primárnej liečbe, ktorý by bol prínosom z hľadiska predĺženia a zlepšenia kvality života, ako aj z ekonomického aspektu.

Vo FN Nitra sa využíva na stanovenie hladín SCCA v sére enzýmová imunoanalýza na mikročasticách, metóda IMxr SCC firmy Abbott Diagnostics (Germany).

Od 1. 1. 2006 všetky pacientky s histologicky verifikovaným carcinoma cervicis uteri majú obligatórne vyšetrenú predliečebnú hladinu SCCA.

Pri hladinách nad 8 ng/ml v korelácii s ďalšími diagnostickými modalitami (klinické vyšetrenie, abdominálna a vaginálna sonografia, CT, NMR) preferujeme ako základnú liečebnú metódu chemorádioterapiu.

Po operačnej liečbe u pacientok s normálnou predliečebnou hodnotou SCCA (do 1,5 ng/ml) v korelácii s histopatologickým nálezom neindikujeme adjuvantnú chemorádioterapiu.

V rámci follow-up obligátne vyšetrujeme SCCA len u pacientok primárne operovaných a bez adjuvantnej liečby.

U pacientok, ktoré boli liečené radikálnou operáciou + chemorádioterapiou a u pacientok liečených primárnou chemorádioterapiou, nevyšetrujeme hladinu SCCA v rámci follow-up.

**Záver:** Sérová hladina SCCA je cenný doplnujúci parameter klinického stagingu ochorenia, výberu optimálnej liečby, predikcie prognózy a postterapeutického monitorovania pacientok s carcinoma cervicis uteri. Vyšetrovanie SCCA u pacientok, ktoré absolvovali pri-

márnu radikálnu operáciu + adjuvantnú chemorádioterapiu alebo primárnu chemorádioterapiu ako definitívnu liečbu, je z hľadiska predĺženia prežívania a kvality života veľmi diskutabilné.

## 16. Trauma pánevního dna v súvislosti s vaginálne vedeným porodom – 3D/4D-ultrasonografie

E. Kašíková<sup>1</sup>, L. Krofta<sup>1,2</sup>, M. Otčenášek<sup>1,2</sup>, J. Feyereis

<sup>1</sup> Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

<sup>2</sup> Katedra gynekologie a porodnictví IPVZ, Praha

**Úvod:** Elevátorové trauma není vzácným jevem u žen po vaginálně vedeném porodu a hraje výraznou úlohu při patogenezi descenzu a inkontinence. Transperineální 2dimenzionální (2D) ultrasonografie představuje vhodnou zobrazovací modalitu použitelnou v diagnostickém algoritmu pánevního dna. Rychlý rozvoj 3- a 4dimenzionální (3D/4D) technologie umožňuje dynamické sledování a posuzování anatomie dna pánve. Cílem naší práce je sledovat incidenci poškození musculus levator ani v návaznosti na instrumentálně ukončený vaginálně vedený porod.

**Materiál a metodika:** 58 primipar po instrumentálně ukončeném porodu (forceps Kjelland) bylo podrobeno 2D a 3D/4D translabiálnímu ultrasonografickému vyšetření. Kontrolní skupinu reprezentuje 48 nulipar. Sledovali jsme plochu urogenitálního hiátu a úhel gama v klidu a při Valsalvově manévru. Defekt musculus levator ani je verifikován jako porucha inserce v arcus tendineus musculus levator ani.

**Výsledky:** z 58 žen byla levátorová avulze verifikována u 45 (78 %) pacientek. Bilaterální avulze byla přítomna ve 14 případech, na pravé straně ve 20 případech a na straně levé v 11 případech. Průměrná plocha hiátu u žen s avulzí, bez avulze a u kontrolní skupiny byla 22,3, 15,64 a 10,1 cm<sup>2</sup> a průměrná hodnota úhlu gamma byla 147°, 122°, a 7°. Obě měření byla provedena při Valsalvově manévru. Rozdíly jsou statisticky významné (t-test/Welchova modifikace).

**Závěr:** Instrumentálně vedený porod vede k morfoloogickým změnám, které lze zobrazit pomocí 3D/4D ultrazvuku. Levátorovou avulzi lze prokázat u 78 % žen po klešťovém porodu. *Studie je podpořena grantem IGA MH-CR no.NR 8353-3.*

## 17. Prevencia recidívy stresovej inkontinencie moča po jej operačnom riešení

A. Havalda<sup>1</sup>, M. Gažo<sup>1</sup>, M. Romančík<sup>2</sup>, B. Havaldová<sup>3</sup>

<sup>1</sup> I. Gynekologicko-pôrodnická klinika LF UK a FNsP, Bratislava

<sup>2</sup> Urologické oddelenie FNsP, Bratislava

<sup>3</sup> Klinika fyziatrie a rehabilitácie FNsP, Bratislava

**Úvod:** Neexistuje všeobecné pravidlo pri výbere operačnej techniky pre ženy so stresovou inkontinenciou moča. Kolposuspenzia podľa Burcha a transobturator tape (TOT) patria podľa väčšiny autorov medzi najúspešnejšie operácie, ak sa správne indikuje a technicky vykoná. Nezastupiteľné miesto v prevencii recidívy stresovej inkontinencie u žien má cvičenie svalov panvového dna. Pravidelným cvičením svaloviny panvového dna pacientka sama aktívne dokáže ovplyvniť unikanie moča, či už v zmysle zmiernenia až vymiznutia.

Cieľom prospektívnej štúdie bolo porovnanie úspešnosti rehabilitácie svalov panvového dna u pacientok po operačnej liečbe stresovej inkontinencie moča. Súbor tvorili pacientky po Burchovej kolposuspenzii a po transobturator tape (TOT).

**Materiál a metodika:** V období rokov 2000–2005 sme sledovali skupinu 121 pacientok po operačnej liečbe pre stresovú inkontinenciu moča. Pacientky podstúpili Burchovu kolposuspenziu alebo TOT. Objektivizáciu úniku moča a jeho kvantifikáciu sme sledovali pomocou PÁD testu, ktorý sme prvý krát vykonali 6 týždňov po operácii a potom v polročných intervaloch. Pacientka začala s rehabilitačnými cvikmi svalov panvového dna 8 týždňov po operačnom riešení. Kontrolnú skupinu tvorilo 42 pacientok po operácii bez následnej rehabilitácie. Všetky pacientky zaradené do sledovania nemali per ani pooperačné komplikácie. Každá pacientka absolvovala pred zaradením do súboru urodynamické vyšetrenie na vylúčenie urgentnej zložky inkontinencie.

**Výsledky:** Priemerný vek pacientok bol 52,5 roka. Predchádzajúce gynekologické operácie absolvovalo 29 pacientok, 18 pacientok bolo v minulosti operovaných pre inkontinenciu moča. Žiadna nemala potvrdený uroinfekt ani infekciu pošvy. Po operačnom riešení boli všetky pacientky úplne kontinentné. Výsledný klinický efekt sme sledovali v 1., 3. a 5. roku po operácii. Vo všetkých skupinách pacientok s narastajúcim odstupom času od operácie dochádzalo k zvyšovaniu počtu pacientok s recidívou inkontinencie. Najlepšie výsledky sme zistili u skupiny pacientok operovaných metódou TOT a pri súčasnej rehabilitácii svalov panvového dna. V tejto skupine boli 1. rok po operácii všetky pacientky úplne kontinentné, kým v skupine pacientok po TOT a bez rehabilitácie bolo úplne kontinentných 91,7 %. S narastajúcim odstupom času od operácie počet pacientok s recidívou inkontinencie stúpal. 5. rok po operácii TOT bolo v skupine pacientok bez rehabilitácie úplne kontinentných 83,3 % a v skupine pacientok s rehabilitáciou svalov panvového dna bolo úplne kontinentných 87,5 %. O niečo horšie výsledky sme dosiahli v skupine pacientok operovaných kolposuspenziou sec. Burch. 1. rok po operácii bolo úplne kontinentných 94,55 % pacientok pri súčasnej rehabilitácii, v porovnaní s 86,66 % pacientok bez rehabilitácie. Ešte

výraznější rozdíly boli v 5. roku po operácii. V skupine pacientok bez rehabilitácie bolo úplne kontinentných 66,66 % a v skupine s rehabilitáciou 85,45 % pacientok. Pri porovnávaní úspešnosti operačného riešenia stresovej inkontinencie kolposuspenziou sec. Burch a metódou TOT sme dosiahli štatisticky významné rozdiely. Percento úspešnosti u pacientok operovaných TOT bolo vo všetkých sledovaných časových intervaloch vyššie ako v skupine pacientok operovaných kolposuspenziou secundum Burch.

**Záver:** Chabé svalstvo panvového dna umožňuje pokles panvových orgánov a samozrejme aj pokles uretrovezikálnej jednotky a tým aj vytvára podmienky pre recidívu stresovej inkontinencie. Pacientky, ktoré pravidelne rehabilitovali si zároveň aj udržiavali primeranú telesnú hmotnosť a vyvarovali sa ťažkej fyzickej práce, si vytvorili lepšie podmienky pre dlhotrvajúci pozitívny efekt operačnej liečby stresovej inkontinencie.

## 18. Využití 3D-ultrasonografie v asistované reprodukci

T. Žáčková<sup>1</sup>, L. Krofta<sup>1,3</sup>, T. Marděšic<sup>2,3</sup>, J. Řezáčová<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

<sup>2</sup> Sanatorium Pronatal, Praha

<sup>3</sup> IPVZ, Praha

**Úvod:** S problémem v oblasti fertility přichází do ordinací center asistované reprodukce v hospodářsky vyspělých zemích každý 7. až 10. pár. Ženská příčina sterility je pak udávána ve 3540 %. Objektivizovat význam cévního zásobení folikulu na kvalitu intrafolikulárního prostředí, respektive kvalitu oocyty a vyvíjejícího se embrya prostřednictvím multiplanárního 3D ultrasonografického zobrazení by mohlo napomoci v neinvazivní selekci optimálních folikulů a tím zvýšit úspěšnost léčby neplodných párů.

Cílem studie bylo zjistit nejvhodnější kombinaci USG 3D objemových a dopplerovských parametrů ve vztahu k embryologickým sledovaným proměnným a výsledkům IVF.

**Materiál a metodika:** Jedná se o prospektivní klinickou studii 80 žen zařazených do programu IVF s ohledem na typ stimulačního protokolu a příčinu sterility v období od roku 2007/2010, z toho t.č. vyšetřených a klinicky zhodnocených 5 pacientek.

Všechny pacientky byly stimulovány v protokolu s antagonisty /cetrootide/orgalutran /od 2. dne menstruačního cyklu. Vyloučeny byly páry s nenormálním spermioqramem, abychom vyloučili mužský faktor sterility s ohledem na následně fertilizovaný oocyt a stupeň vyvíjejícího se embrya. Dále byly vyloučeny ženy, jejichž cyklus byl přerušen z důvodu zamezení nástupu OHSS závažného stupně, ženy s chirurgickým zákrokem na jednom či druhém ovariu, ženy s absencí 1 ovaria, ženy s uterinní abnormalitou, ženy s hladinou FSH vyšší než 10 mIU/ml (1 pacientka měla opakovaně hraniční hodnoty). Všechny pacientky byly tedy zařazeny do programu IVF pro 1 z níže uvedených faktorů sterility (tab 1). Na obou ováriích byl dle max. průměru vybrán 1 dominantní folikul, který byl následně sledován 3D-USG a power dopplerovskou angiografií v den podání HCG a následně samostatně odsán v den odběru vajíček. Získaný oocyt byl po té fertilizován metodou IVF a hodnocen samostatně jeho další vývoj. Folikulární tekutina z takto vybraných folikulů byla centrifugovaná na 4 500 otáček/min a oddělený supernatant skladován a zamražen při -70 °C pro pozdější plánovanou biochemickou analýzu.

**Výsledky:** Z 5 pacientek, stimulovaných v IVF protokolu s antagonisty a vyšetřovaných UZ 3D v den aplikace pregnyly, otěhotněly 4. Z toho 1 v 8. týdnu těhotenství potratila.

Ke stimulaci dostatečného počtu folikulů bylo u 2. pacientky potřeba relativně vysokých dávek FSH, naopak pacientka č. 5 s hraničním FSH stanoveným 2. den MC (10,3 IU/l) a tedy verum simile sníženou ovariální rezervou, reagovala bez nutnosti vysokých dávek FSH během stimulačního protokolu.

Ve shodě s literaturou (Merce LT et al 2006; Järvelä I et al 2003; Kupesic and Kurjak 2002; Bhal AK et al 1999; Chui CK et al 1997) se objevují hodnoty OV, FV, VI, FI a VFI, včetně stupně perifolikulárního prokrvení jednoho či druhého ze sledovaných folikulů u těhotných ve vyšším stupni. Tyto hodnoty shodně korelují s počtem a velikostí folikulů, méně už s embryologickými parametry pro kvalitu vyvíjejícího se embrya.

Obrazová schémata prezentují způsob měření jednotlivých parametrů, včetně počítačové rekonstrukce v zobrazovacím programu VOCAL za využití histogramu pro výpočet jednotlivých indexů a objemových dat.

**Závěr:** Metody asistované reprodukce směřují k přenosu 1 vysoce kvalitního embrya při zachování standardně vysoké úspěšnosti léčby. V této souvislosti by včasná identifikace vysoce kvalitních folikulů mohla sloužit jako jedna z cest umožňující selekci oocytů a embryí s nejvyšší vývojovou kompetencí a nadějí na úspěšnou implantaci.

## 19. Týden těhotenství při prenatální diagnostice vrozených vad v České republice

V. Gregor<sup>1,2</sup>, A. Šípek<sup>3</sup>, Z. Tesař<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Oddělení lékařské genetiky FTN, Praha

<sup>2</sup> Soukromá gynekologická a genetická ambulance, Praha

<sup>3</sup> Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

**Úvod:** Cílem studie je zhodnocení týdne těhotenství při prenatálním záchytu vrozených vad a týdne těhotenství při ukončení gravidity pro tyto vady v České republice v období let 1996 až 2005. U Downova syndromu srovnání s údaji z jiných států.

**Materiál a metodika:** Data byla získána z jednotlivých pracovišť lékařské genetiky. Údaje jsou uváděny jednak pro všechny vady prenatálně diagnostikované, jednak pro vady nejčastěji prenatálně diagnostikované - anencefalie, spina bifida, rozštěpy stěny břišní - omfalokéla a gastroschize. Z vrozených chromozomálních aberací pro nejčastěji diagnostikovanou chromozomální aberaci Downův syndrom.

**Výsledky:** U všech prezentovaných vrozených vad i vad jako celku došlo ve sledovaném desetiletém období k mírnému snížení průměrné doby záchytu i ukončení gravidity.

**Závěr:** Jde o retrospektivní studii, která zpracovává týden těhotenství při záchytu vrozených vad zjištěných při invazivní a neinvazivní prenatální diagnostice a týden těhotenství při ukončení gravidity pro tyto vady.

Podpořeno grantem Ministerstva zdravotnictví č. NR/9027-3.

## 20. Nové možnosti časně mamární diagnostiky

D. Pavlišta<sup>1</sup>, P. Tesařová<sup>2</sup>, M. Janoušek<sup>1</sup>, M. Strunová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.

<sup>2</sup> Onkologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

**Úvod:** Autor předkládá informace o nových možnostech časně diagnostiky lézí prsu. Většina zhoubných nádorů prsu pochází z duktálního epitelu. Přímé vyšetření duktálního systému by mohlo významně zlepšit diagnostiku karcinomu prsu i jeho preinvazivních stadií (DCIS) a ovlivnit mortalitu. Pojem intraduktální přístupy (ductal approaches) zahrnuje několik technik v mamární diagnostice: aspirace duktální tekutiny (nipple aspiration) a duktální lavage a duktoskopie.

**Materiál a metodika:** Review literatury, videoprezentace.

**Výsledky:** Intraduktální přístupy jsou atraktivní oblast pro minimální zátěž pacientek. Specificita a senzitivita těchto metod ale má své limity, které se budou měnit dle stupně porozumění karcinogeneze a v úzké návaznosti na znalosti biomarkerů, genomiky a proteomiky.

**Závěr:** Ideální metodou, která má budoucnost, se zdá být duktoskopie pro možnost přímé vizualizace epitelu v kombinaci s biopsií a duktální laváží. Její další výhody spočívají v miniinvazivitě, minimálním riziku a vzniku možných komplikací pro pacientky.

## 21. Single umbilical artery and its siding in the second trimester of pregnancy: relation to chromosomal defects

M. Lubusky<sup>1,2</sup>, I. Dhaifalah<sup>2</sup>, M. Prochazka<sup>1</sup>, J. Hyjaneček<sup>2</sup>, I. Mickova<sup>2</sup>, K. Vomackova<sup>1</sup>, J. Santavy<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital Olomouc, Czech Republic

<sup>2</sup> Department of Medical Genetics and Fetal Medicine, University Hospital Olomouc, Czech Republic

**Objectives:** Co determine the possible association between single umbilical artery (SUA) in the second trimester of pregnancy and the incidence of chromosomal abnormalities. To determine whether the presence of chromosomal defects in fetuses with SUA is related to the side of the missing artery.

**Materials and methods:** Color flow imaging of the fetal pelvis was used to determine the number of umbilical arteries in 2147 fetuses immediately before amniocentesis for karyotyping in the second trimester of pregnancy.

**Results:** SUA was diagnosed in 102/2147 (4.8%) cases. The left umbilical artery was absent in 60/102 (58.8%) fetuses, compared with 42/102 (41.2%) for the right artery. The rate of chromosome abnormalities was significantly higher among fetuses with SUA than among those with 2 umbilical arteries (19/102 or 18.6% vs 109/2045 or 5.3%; OR = 4.1, 95% CI 2.3-7.1, p < 0.0001). Among fetuses with SUA, there was no significant difference in the rate of chromosome abnormalities between those with absence of the left vs the right artery (11/60 or 18.3% vs 8/42 or 19.0%, p = 0.93). There was an SUA in 5/39 (12.8%) cases with trisomy 21, 8/16 (50%) with trisomy 18, 1/4 (25%) with trisomy 13 and 5/69 (7.2%) with other chromosomal defects. There were no chromosome abnormalities in fetuses where a single umbilical artery was an isolated sonographic finding. All fetuses with SUA and chromosomal defects had associated abnormalities detected by ultrasound.

**Conclusion:** A single umbilical artery (SUA) in the second trimester of pregnancy has a high association with trisomy 18, 13, 21 and other chromosomal defects, but all chromosomally abnormal fetuses had associated malformations detected by ultrasound. The

absence of the left artery is more frequent than the absence of the right artery. The association with chromosomal abnormalities seems to be equal on each side.

*This study was supported by the Medical Faculty of Palacký University Olomouc 'Safety of Ultrasound in Medicine'.*

## 22. Diskrepance ultrazvukových biometrických parametrů hlavičky (HC head circumference, BPD biparietal diameter) při poloze plodu koncem pánevním

M. Lubušský<sup>1,2</sup>, M. Procházka<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gynekologicko-porodnická klinika LF UP a FN Olomouc

<sup>2</sup> Ústav lékařské genetiky a fetální medicíny LF UP a FN Olomouc

**Úvod:** Cílem studie je srovnání fetálních ultrazvukových biometrických parametrů hlavičky (obvod HC, biparietální průměr BPD) u plodů v poloze podélné koncem pánevním.

**Materiál a metodika:** Ultrazvuková biometrie byla prováděna v souladu s metodikou uvedenou v referenčních tabulkách. U všech plodů v poloze podélné koncem pánevním bylo změřeno HC, BPD a FL (femur length). Ze studie byla vyloučena riziková a vícečetná těhotenství.

**Výsledky:** Celkem bylo provedeno 111 ultrazvukových biometrií mezi 31.38. týdnem těhotenství. Plody v poloze podélné koncem pánevním měly signifikantně menší biparietální průměr (BPD) ve srovnání s obvodem hlavičky (HC) i délkou stehenní kosti (FL). Rozdíl mezi BPD a HC byl 16,2 dne (95%CI 14,3-18,1; p = 0,001). Věk matek v termínu porodu byl 2036 let (průměr 28,1; medián 28,0).

**Závěr:** Podle výsledků této studie mají plody v poloze podélné koncem pánevním signifikantně menší biparietální průměr (BPD) v porovnání s obvodem hlavičky (HC) nebo délkou stehenní kosti (FL). Parametry HC a FL korelují s délkou těhotenství. Při nálezů diskrepance v ultrazvukové biometrii hlavičky plodu (BPD) a délkou stehenní kosti (FL) by proto měla být zohledněna i poloha plodu. U plodů v poloze podélné koncem pánevním má hlavička protáhlejší tvar a při ultrazvukové biometrii by měl být hodnocen její obvod (HC). Je třeba věnovat pozornost uvážlivé interpretaci výsledků před rodiči a vyvarovat se neuváženého stresování rodičky podezřením na patologii plodu.

*Projekt byl podpořen studií LF UP v Olomouci „Bezpečnost ultrazvuku v medicíně“.*

## 23. Erytrocytární aloimunizace matky

M. Lubušský<sup>1,2</sup>, M. Procházka<sup>1</sup>, I. Holusková<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Gynekologicko-porodnická klinika LF UP a FN Olomouc

<sup>2</sup> Ústav lékařské genetiky a fetální medicíny LF UP a FN Olomouc

<sup>3</sup> Transfúzní oddělení FN Olomouc

**Úvod:** Cílem studie je zjistit zastoupení klinicky významných erytrocytárních antigenů podílejících se na aloimunizaci u těhotných žen.

**Materiál a metodika:** U těhotných žen s diagnostikovanou aloimunizací byl stanoven typ antierytrocytárních aloprotilátek a hodnoceno jejich zastoupení.

**Výsledky:** Vzhledem k riziku rozvoje anemie plodu bylo v letech 2002-2006 sledováno celkem 80 těhotných žen s diagnostikovanou aloimunizací klinicky významnými erytrocytárními antigeny. Různé typy aloprotilátek byly diagnostikovány ve 124 případech. Nejčastější příčinou mateřské aloimunizace byl antigen D 40 % (49/124), dále antigeny C 18 % (22/124), Cw 14 % (18/124), E 12 % (15/124), K 8 % (10/124), c 2 % (3/124), M 2 % (3/124), Jka 2 % (2/124), e 1 % (1/124), a antigen S 1 % (1/124).

**Závěr:** I při provádění profylaxe D aloimunizace podáváním anti-D-imunoglobulinu D-negativním ženám v těhotenství a po porodu D pozitivního dítěte, představuje D antigen stále nejčastější příčinou erytrocytární aloimunizace matky. Zbývající klinicky významné aloimunizace jsou způsobeny non-D-antigeny systému Rh, antigeny systému Kell a vzácně se vyskytujícími antigeny v krevních systémech MNS a Kidd.

## 24. Výskyt vrozených vad u dětí narozených z vícečetných těhotenství v ČR

A. Šípek<sup>1,2</sup>, V. Gregor<sup>3,4</sup>, J. Horáček<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

<sup>2</sup> LF UK, Praha

<sup>3</sup> Oddělení lékařské genetiky FTN, Praha

<sup>4</sup> Katedra lékařské genetiky IPVZ, Praha

**Úvod:** Jedná se o retrospektivní studii dat s analýzou postnatálního výskytu vybraných typů vrozených vad u dětí narozených z vícečetných těhotenství v České republice za období 1994 až 2004 ve srovnání s incidencemi vrozených vad u dětí narozených z jednočetných gravidit.

**Materiál a metodika:** Byla provedena retrospektivní epidemiologická analýza incidencí vrozených vad v období 1994 až 2004 v České republice podle četnosti těhotenství. Kromě analýz incidencí byl analyzován i podíl těchto případů na celkových incidencích diagnostikovaných vrozených vad.

**Výsledky:** V období 1994–2004 se v České republice narodilo celkem 1 030 069 dětí, z toho bylo více než 30 000 dětí z vícečetných gravidit. Z celkového souboru více než 33 000 dětí narozených v tomto období s vrozenou vadou jsme zachytili 1 384 dětí s vrozenou vadou z dvojčetných gravidit. Z tohoto počtu bylo 24,14 % monozygotních a 75,86 % dizygotních dvojčat. Celkově jsme analyzovali 15 případů anencefalie, 173 případy spina bifida a 45 případů encefalokély, 247 případů vrozeného hydrocefalu, 120 případů omfalokély a 62 případů gastroschize, 241 případ vrozených vad jícnu a 320 případů anorektálních malformací, 193 případů brániční kýly, 306 případů agenese/hypoplazie ledvin a 375 případů cystických ledvin, 650 případů Downova syndromu. Jako kontrolní vzorek jsme použili údaje o 15 399 dvojčetných gravidit v ČR ve stejném období. V tomto období v České republice stoupají počty dětí narozených z vícečetných gravidit a samozřejmě i počty diagnostikovaných vrozených vad u těchto dětí. Tento jev souvisí s mnoha faktory, především však se změnou průměrného věku gravidních žen a se zvýšeným podílem dětí narozených po asistované reprodukci.

**Závěr:** Vrozené vady u dětí narozených z vícečetných gravidit představují ve srovnání s výskytem vrozených vad u dětí narozených z jednočetných těhotenství významnější podíl v novorozenecké populaci a zároveň i jiné spektrum diagnóz.

*Podpořeno grantem Ministerstva zdravotnictví č. NR/9027-3.*

## 25. Principy nového národního registru asistované reprodukce

K. Řežábek

*Gynekologicko-porodnická klinika I. LF UK a VFN, Praha*

**Úvod:** Z iniciativy Ministerstva zdravotnictví (MZd) za spolupráce Sekce asistované reprodukce (SAR) ČGFS vznikl nový Národní registr asistované reprodukce (NRAR). Autor je odborným garantem registru za SAR ČGFS.

**Materiál a metodika:** Vycházeli jsme z dosavadního registru brněnského a mezinárodního registru European IVF Monitoring (EIM). NRAR obsahuje řadu specifických řešení, jako je automatický export z databází pracovišť asistované reprodukce, sledování podle cyklu nikoliv podle ženy a především plně elektronické on-line vedení registru.

**Výsledky:** NRAR splňuje požadavky na registr zdravotních údajů, tedy je povinný ze zákona, údaje jsou zadávány průběžně a splňuje všechny zákonné požadavky na práci s daty (kódování při zasilání, ochranu v centrálním počítači i přísná pravidla pro vydání informací). Technicky využívá WWW síť s možností exportu dat z databázových systémů jednotlivých pracovišť přes univerzální rozhraní XML. NRAR obsahuje pečlivě zvolené minimum položek, které nicméně následně umožní:

1. dostatečný popis IVF/KET cyklů s cílem sledovat epidemiologii, počty cyklů, efektivitu
2. předání souhrnných údajů za Českou republiku do mezinárodních registrů
3. provázání s registry potratů a porodů (informace z těchto registrů budou dostupné v NRAR)

Data jsou shromažďována firmou zcela nezávislou na pracovištích asistované reprodukce, financovanou a řízenou přímo MZd. Odbornou interpretaci souhrnných dat bude provádět Komise NRAR, složená z odborníků.

**Závěr:** NRAR je plně v provozu od 1. 1. 2007.

## 26. Význam screeningu funkčních tyreopatií v graviditě

Z. Límanová<sup>1</sup>, D. Springer<sup>1</sup>, J. Horáček<sup>2</sup>, D. Hauerová<sup>4</sup>, D. Nováková<sup>3</sup>

<sup>1</sup> III. interní klinika I. LF UK a VFN, Praha

<sup>2</sup> II. Interní klinika LF UK a FN Hradec Králové

<sup>3</sup> 2. LF UK, Praha

<sup>4</sup> Soukromé endokrinologické pracoviště, Plzeň

**Úvod:** Porucha funkce štítné žlázy je nejčastějším endokrinním onemocněním u žen. Zatímco hyperfunkce tyreoidy se vyskytuje u méně než 1 % těhotných, snížená funkce je diagnostikována u 25 % asymptomatických žen. Důsledky jak pro průběh gravidity, tak pro plod mohou být závažné.

**Materiál a metodika:** Vlastní syntéza tyreoidálních hormonů plodem začíná ve 12.14. gestačním týdnu, do té doby je plod zcela závislý na tyreoidálních hormonech matky. Výrazný nedostatek tyreoidálních hormonů vede k ireverzibilním změnám plodu: k poruše diferenciaci nervových buněk, nedostatečnému vývoji CNS s následnou mentální retardací, ale i k dalším somatickým defektům (srdeční vady a poruchy vývoje skeletu), i ke komplikacím průběhu těhotenství. I mírný deficit může způsobit komplikace a vést ke zhoršenému psychomotorickému vývoji.

**Výsledky:** Spolupráce gynekologů a endokrinologů, zaměřená na diagnostiku tyreopatií, probíhá v České republice v řadě regionů, je však nejen nesystémová, a k hodnocení se využívají různá kritéria. Od roku 2000 probíhají v České republice nezávislé studie, vyšetřující sérum žen v I. trimestru gravidity a je nyní možné zhodnotit výsledky vyšetření více než 6 000 sér. Výsledky budou prezentovány. Souhrnně lze říci, že patologický výsledek některého ze sledovaných ukazatelů (TSH, FT4 a TPOab) byl odhalen u 1115,8 % těhotných asymptomatických žen.

**Závěr:** Bude nutné sjednotit normy pro těhotné ženy, využít možností odborných společností a masmedií a zajistit navrhovanému screeningu širokou publicitu. Úvaha, zda zavést screening plošně nebo cíleně, je dosud předmětem diskuse a studií. Je však prokázáno, že pokud by byly vyšetřovány jen ženy se zvýšeným rizikem, uniklo by v graviditě až 1/3 tyreopatií. O výsledcích jednání s VZP i o dalších možnostech budeme na kongresu informovat.

## 27. Screening onemocnění štítné žlázy v těhotenství – pohled gynekologa

A. Skřivánek

G-CENTRUM Olomouc s.r.o., Olomouc

**Úvod:** Sdělení má za cíl shrnout dosavadní poznatky o tyreopatiích.

**Materiál a metodika:** Autor podává přehled četnosti tyreopatií a jejich významu v graviditě.

**Výsledky:** Práce se pokouší nastínit možné dopady včasného záchytu těchto poruch na populaci těhotných v ČR a poukazuje rovněž na problematická místa případného plošného screeningu tyreopatií v těhotenství, jeho dopady organizační a ekonomické.

**Závěr:** Celá problematika je řešena z pohledu gynekologa.

## 28. Výběr optimální metody kombinované hormonální kontracepce – návrh postupu

M. Verner, P. Křepelka

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

**Úvod:** Cílem práce je prezentovat logický postup při výběru kombinované hormonální kontracepce na základě zvážení individuálních rizik a nonkontracepčních výhod použité metody. Optimální volba dávky etynilestradiolu a vhodného progestinu.

**Materiál a metodika:** Při výběru vhodné metody kombinované hormonální kontracepce je třeba vyloučit možné kontraindikace metody.

**Výsledky:** První volbou jsou kontraceptiva s nízkou dávkou etynilestradiolu a vhodným progestinem s teoreticky přijatelným rizikem tromboembolických komplikací, které jsou nejzávažnější komplikací manifestující se u prvouživatelek v prvním roce podávání. Zvláštní přístup náleží ženám starším 35 let, ženám s hyperandrogenními projevy, velmi mladým ženám, ženám kojícím, kuřačkám, ženám se špatnou compliance, ženám s extrémní obezitou, s ovariální cystou v anamnéze a ženám s negativními projevy v období cyklického vysazení kontraceptiva. V případě těchto definovaných skupin žen by měl být zohledněn metabolický efekt použitého progestinu i způsob aplikace kontraceptiva.

**Závěr:** logický postup při preskripci kombinované hormonální kontracepce a doporučení vhodného preparátu na základě individuální klinické situace zohledňující dávku etynilestradiolu, metabolický efekt progestinu a způsob aplikace je předpokladem omezení potenciálních rizik, maximálního využití nonkontracepčních výhod a dosažení maximální compliance.

## 29. Srovnání účinku léčby kortikoidní substitucí a hormonální antikoncepcí v managementu neklasické formy adrenální hyperplazie (NCAH)

M. Fanta<sup>1</sup>, D. Cibula<sup>1</sup>, J. Běláček<sup>2</sup>, J. Vrbíková<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

<sup>2</sup>Ústav biofyziky a informatiky 1. LF UK, Praha

<sup>3</sup>Endokrinologický ústav, Praha

**Úvod:** Klinická symptomatologie neklasické formy adrenální hyperplazie (NCAH) připomíná klinické projevy syndromu polycystických vaječníků. Cílem studie bylo porovnat účinek klasické léčby kortikoidní substitucí s podáváním kombinované hormonální antikoncepce (COC) na klinické a laboratorní parametry NCAH (prospektivní klinická studie, cross-over design).

**Materiál a metodika:** Od roku 1999 byla z 298 hyperandrogenních žen u osmi pacientek zjištěna diagnóza neklasické formy adrenální hyperplazie (NCAH). Pacientky byly rozděleny do 2 skupin. První užívala po dobu 4 měsíců hydrokortizon, po 2měsíční wash-out periodě 4 měsíce přípravek nízkodávkované hormonální antikoncepce s minimální reziduální androgenní aktivitou. Druhá skupina v opačném

pořadí. Byl porovnáván efekt obou léčebných modalit na hladiny androgenů (testosteronu, DHEA, DHEAS, androstendionu, 17OH - progesteronu) a SHBG a klinické symptomy - menstruační cyklus, kožní androgenní obtíže.

**Výsledky:** V léčbě NCAH nebyly zaznamenány signifikantní rozdíly obou léčebných modalit na hladiny celkových androgenů, naopak byly zaznamenány signifikantně vyšší hladiny SHBG u obou skupin v periodě léčby COC.

**Závěr:** U většiny pacientek lze k léčbě NCAH využít nízkodávkovanou hormonální antikoncepci, zatíženou minimálními nežádoucími účinky. Podávání kortikoidů je tak možné omezit pro pacientky, u nichž nedojde k uspokojivému efektu léčby COC, a to nejčastěji v kombinaci s COC.

### 30. Tibolon – lék volby pro postmenopauzální ženy?

T. Fait

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

**Úvod:** Autor pojednává o účinnosti a bezpečnosti tibolonu a odpovídá na otázku, kdy je možné dát přednost tibolonu před HT.

**Materiál a metodika:** Mimořádné farmakologické vlastnosti a klinický profil tibolonu jej zařadily do skupiny STEARs (selective tissue estrogen activity regulators) oddělené od hormonální terapie (HT). Jeho vysoká účinnost srovnatelná s estrogenní (ET) i estrogen-gestagení terapií (EPT) je navíc spojena s vynikajícím bezpečnostním profilem.

**Výsledky:** Za prokazatelné lze považovat, že tibolon je srovnatelný s HT účinný v léčbě akutního klimakterického syndromu i prevenci ztráty kostní hmoty, je účinný v léčbě urogenitální atrofie, nezvyšuje prsní denzitu, nestimuluje endometrium, je lépe snášen než HT obecně a zejména z pohledu mastalgií. Má příznivý účinek na náladu i kvalitu života. Pravděpodobně příznivě působí na sexualitu postmenopauzální ženy.

Otevřená zůstává otázka vlivu na kardiovaskulární systém a riziko karcinomu prsu. Ve vztahu k riziku karcinomu prsu je dle současných znalostí tibolon stejně bezpečný jako ET a pravděpodobně bezpečnější než EPT. Tibolon má stejné kontraindikace jako hormonální terapie. Navíc vedle účinku na příznaky akutního klimakterického syndromu významně ovlivňuje sexualitu a psychiku ženy. Dobrá snášenlivost je spojena s nízkou incidencí vaginálního krvácení a bolestí prsů.

**Závěr:** Přes všechny výhody tibolonu není možné jej podávat paušálně všem postmenopauzálním ženám; i pro tibolon platí základní pravidlo klimakterické medicíny - individualizace terapie.

### 31. Možnost předpovědi rizika OHSS již ambulantním gynekologem

P. Otevřel, Z. Malý, J. Gogela

*Klinika pro léčbu neplodnosti Unica, Brno*

**Úvod:** Pacientek s polyfolikulárními ovarii (PCO/PCOS) je stále více a jejich podíl mezi pacientkami IVF narůstá. Stimulace jejich vaječníků často nevyhnutně vede k OHSS.

Cílem práce je posoudit, jakou možnost má ambulantní gynekolog předem informovat pacientku o riziku její IVF léčby.

**Materiál a metodika:** Hodnocena byla selekce OHSS rizikových (PCO/PCOS) pacientek v neselektovaném souboru 179 párů, léčených v období 10-12/2006, (anamnéza poruch cyklu, UZ ovarii a endometria, TST, SHBG, FAI). Porovnány průběh a výsledek léčby rizikové a nerizikové skupiny (počet folikulů, výskyt OHSS a otěhotnění).

**Výsledky:** Vyselektováno bylo 63 rizikových pacientek (35,2 %). V rizikové skupině se vyskytl OHSS I. nebo II. u 13 z nich (20,6 %) a OHSS III. u 1 (1,6 %). V nerizikové skupině ostatních 116 žen se OHSS I a II. vyskytl u 4 z nich (3,6 %) a OHSS III. se nevyskytl ( $p < 0,01$ ) Klinické těhotenství bylo v rizikové skupině dosaženo u 33 žen (52,4 %), ve skupině nerizikových u 55 žen (47 %) ( $p > 0,05$ ).

**Závěr:** OHSS rizikové pacientky tvoří třetinu žen odeslaných do IVF centra. Námi užívaná kritéria selekce PCO/PCOS pacientek umožňují spolehlivě predikovat OHSS rizikovou pacientku. Ultrazvukové vyšetření a anamnézu lze snadno zajistit v ambulanci gynekologa při její 1 návštěvě. U těchto žen je třeba myslet na OHSS i při léčbě klomifen citrátem.

## 32. Neuroaktivní steroidy – mechanismus začátku porodu nebo i další cesta endogenní porodnické analgezie?

A. Pařízek<sup>1</sup>, M. Hill<sup>2</sup>, L. Hess<sup>3</sup>, M. Kalousová<sup>4</sup>, Z. Hájek<sup>1</sup>, A. Pašková<sup>1</sup>, Z. Žižka<sup>1</sup>, M. Klímková<sup>1</sup>, T. Fait<sup>1</sup>, M. Koucký<sup>1</sup>, K. Kubínová<sup>1</sup>, J. Vokroj<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

<sup>2</sup> Endokrinologický ústav, Praha

<sup>3</sup> IKEM, Praha

<sup>4</sup> Ústav klinické biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN, Praha

**Úvod:** Neuroaktivní steroidy hrají pravděpodobně významnou roli v rovnováze zajišťující trvání těhotenství.

**Materiál a metodika:** I když u mnoha druhů savců je mechanismus iniciace porodu do značné míry objasněn, u člověka není dosud prvotní impulz ke spuštění porodu znám. V mechanismu iniciace porodu primátů se pravděpodobně velmi významně uplatňuje kortikoliberin (CRH). Fyziologicky významná placentární produkce CRH je charakteristická pouze pro primáty. U netěhotných žen je tento hormon produkován především v hypotalamu. CRH řídí prostřednictvím hypofyzárního ACTH produkci kortikoidů a v některých oblastech CNS (odpovědných především za neuropsychologickou odezvu na stres) účinkuje i jako neurotransmiter. V těhotenství primátů však převažuje placentární produkce hormonu. Lidský plod má již ve II. trimestru fungující hypofyzárně-adrenální osu a placentární CRH stimuluje produkci ACTH v hypofýze plodu a parakrinně i přímo v placentě. ACTH i samotný CRH dále stimulují steroidogenezí ve fetální nadledvině. Metabolity některých steroidů procházejí do krve matky, kde působí několika mechanismy proti nástupu děložní činnosti. Většina z těchto mechanismů je založena na modulaci propustnosti iontových kanálů. Hovoříme tedy o neuroaktivních steroidech. V posledních týdnech fyziologického těhotenství začíná produkce těhotenství stabilizujících steroidů stagnovat, nebo dokonce klesat. Současně exponenciálně stoupá produkce jejich steroidních antagonistů. Tento mechanismus není zatím zcela objasněn.

Od roku 1973, kdy se podařilo Snyderovi a Tereniusovi prokázat existenci opioidních receptorů v CNS obratlovců, Hughes a Ling v roce 1975 objevili peptidy s podobným analgetickým účinkem jako morfin, se prokázalo, že organismus je schopen syntetizovat vlastní „analgetika“ obecně známá jako endogenní opioidy. Místem tvorby a modelace endogenních opioidů (chemicky se jedná o peptidy) je CNS. Endogenní opioidy obecně rozdělujeme na enkefaliny, endorfiny a dynorfiny. Vzhledem k vysoké analgetické potenci byl nejvíce studován účinek  $\beta$ -endorfinu, jehož koncentrace se v mateřské plazmě během těhotenství mění. V těhotenství je koncentrace  $\beta$ -endorfinu většinou nižší než u netěhotných žen. Teprve těsně před porodem a při vlastním porodu dochází v důsledku stresové reakce matky k jeho vysoké hypofyzární sekreci. Nejvyšší hodnoty  $\beta$ -endorfinu byly zaznamenány ve II. době porodní a jejich významný pokles nastává bezprostředně po porodu. Tvorba a aktivace endogenního opioidního systému způsobuje u ženy s pokračujícím těhotenstvím a v průběhu porodu zvýšení prahu bolesti. Jedná se o systém endogenní analgezie.

Vedle toho existují i steroidní látky, u nichž je známa jejich hyperprodukce v těhotenství. Tyto látky se vyznačují silným analgeticko-sedativním účinkem. V klinické praxi je znám pokus z 80. let minulého století, totiž aplikace steroidu pregnanolon jako krátkodobého celkového anestetika (firemní název Eltanolon). Pregnanolon má – podobně jako jeho o něco hojnější izomer alopregnanolon – analgetické, hypnotické a sedativní účinky. Od anesteziologického použití exogenního pregnanolonu se však kvůli vedlejším účinkům upustilo. Přitom je známo, že si organismus v průběhu těhotenství chemicky identickou látku (endogenní pregnanolon) spolu s alopregnanolonom syntetizuje sám, a to v biologicky aktivních koncentracích.

**Výsledky:** Tvorba většiny endogenních steroidů v těhotenství je řízena prostřednictvím placentární hyperprodukce CRH, který stimuluje fetální zónu fetální nadledviny. Ta pak produkuje značná množství steroidních sulfátů, které jsou krevní cirkulací snadno transportovány do placenty. V placentě jsou tyto látky metabolizovány na estrogény a gestageny, které jsou prekurzory neuroaktivních redukováných metabolitů, jejichž produkce je ve srovnání s obdobím mimo těhotenství více než o 2 řády vyšší. Tyto látky mohou překonávat i hematoencefalickou bariéru.

**Závěr:** Nabízí se otázka, zdali neexistují další cesty endogenní porodnické analgezie, jejímiž mediátory jsou neuroaktivní steroidy.

## 33. Syndrom vyhoření u chirurgů

D. Pavlišta<sup>1</sup>, P. Křepelka<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

<sup>2</sup> Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

**Úvod:** Práce chirurga je psychicky i fyzicky velmi náročná a v našem oboru je ještě umocněna emoční zátěží v porodnictví.

**Materiál a metodika:** V přednášce jsou prezentovány příčiny, příznaky, průběh a důsledky syndromu vyhoření.

**Výsledky:** Autor zmiňuje také zásady prevence a léčby tohoto syndromu.

**Závěr:** Náročnost práce chirurga spolu s fyzickou únavou z nočních služeb řadí gynekologii a porodnictví k nejvíce stresujícím oborům medicíny vůbec. Proto nepřekvapí, že syndrom vyhoření pro nás představuje reálné riziko, na které je třeba být připraven.

### 34. Psychická a fyzická zátěž lékaře na operačním sále

P. Křepelka

*Ústav pro péči o matku a dítě, Praha*

**Úvod:** Dlouhodobé působení psychické a fyzické zátěže související s prací na operačních sálech vede k vyčerpání lékaře a představuje zdroj možných chyb a omylů.

**Materiál a metodika:** Práce prezentuje hlavní zdroje psychické a fyzické zátěže vyplývající z chronického působení stresu na lékaře pracující v operačních oborech a vymezuje specifika pro obor gynekologie a porodnictví.

**Výsledky:** Zdroje psychické a fyzické zátěže lze rozdělit na osobní, interpersonální, organizačně-provozní a odborné. Podrobná analýza těchto zdrojů je podmínkou možného řešení a prevence negativních dopadů vyčerpání zdravotníků na výsledky jejich práce.

**Závěr:** Prevence negativních výsledků práce v důsledku vyčerpání chirurgů spočívá v organizačních opatřeních vylučujících vyčerpání lékaře, ve vysoké profesionalitě, rutinním zvládnutí vykonávaných operačních technik a odborném a právním zajištění operačního týmu.

### 35. Stres na operačním sále – předběžné výsledky

D. Pavlišta<sup>1</sup>, P. Křepelka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

<sup>2</sup>Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

**Úvod:** Autoři prezentují aktuálně získaná data o postojích zdravotníků ke stresu při práci na operačním sále.

**Materiál a metodika:** Ke sběru dat byl použit dotazník, který vychází z ORMAQ (Operating Room Management Attitudes Questionnaire) a který je obdobou dotazníku pro piloty a byl modifikován pro tyto účely.

**Výsledky:** Autoři předkládají předběžné výsledky.

**Závěr:** Finální výsledky studie budou zveřejněny.

### 36. Kritické chyby v ambulantní gynekologicko-porodnické praxi

P. Čepický, Z. Líbalová

*Gynekologicko-porodnická ambulance LEVRET s.r.o., Praha*

**Úvod:** Autoři ve svém sdělení shrnují nejčastější kritické chyby v ambulantní gynekologicko-porodnické praxi a předkládají zajímavé kazuistiky s touto tematikou.

**Materiál a metodika:** Za tzv. kritické chyby považujeme takové, které vedou k ohrožení pacientky, lékaře nebo ambulantního provozu.

**Výsledky:** V pozadí chyb ohrožujících pacientku nacházíme nejčastěji podcenění příznaku (případně při telefonické konzultaci, kazuistika: akutní nekróza pankreatu v těhotenství), jindy neprovedení vyšetření v „suboptimálních podmínkách“ (kazuistika: neprovedení onkocytologie při opakovaném krvácení; kazuistika: důsledné respektování pokynu cytologa „opakujte po léčbě zánětu“). Stálým problémem je nerozpoznání mimoděložního těhotenství (kazuistika).

Jiné chyby pacientku vlastně neohrožují, jde však o oblasti, kde se lékař ocitá ve vysokém riziku stížnosti nebo žaloby. Týkají se především prenatální péče (kazuistika: frekvence kontrol na přelomu 9. a 10. měsíce gravidity) a zde pak především screeningu gestačního diabetu. Zvláštní kapitolou je nerozpoznání vrozené vady při ultrazukovém vyšetření plodu. Trapné je přehlédnutí nitroděložní gravidity (kazuistika).

Ambulanci může ohrozit nedodržení některých právních norem. V této souvislosti chceme upozornit, že gynekolog nesmí léčit ani nekomplikovanou kapavku.

V závěru se zmiňujeme o situacích, kdy musíme přikročit k negativnímu reverzu v ambulantní gynekologické praxi a upozorňujeme, že postupovat non lege artis (např. nedodržení kontraindikace hormonální antikoncepce, porod v domácnosti) není možno ani na přání pacientky – zde žádný reverz nechrání.

**Závěr:** Nejčastější chyby v ambulantní gynekologicko-porodnické praxi vznikají z důvodu podcenění příznaku, neprovedení vyšetření v „suboptimálních podmínkách“ či nedodržení některých právních norem; problémem může také být podcenění prenatální péče.



