



Slovenská lekárska spoločnosť
Slovenská gynekologicko – pôrodnická spoločnosť
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakultná nemocnica Nitra



ESGO
European Society of
Gynaecological Oncology

XVIII. kongres Slovenskej gynekologicko – pôrodnickej spoločnosti SLS

12. – 14. 5. 2011, Divadlo Andreja Bagara v Nitre

PROGRAM

TÉMY KONGRESU:

Komplikácie v gynekológii
Komplikácie v pôrodníctve

Hodnotenie SACCME: 19 kreditov

Hlavní partneri :



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



RICHTER GEDEON RT.

Partneri:

ALPHA MEDICAL

AL-BIS

AMIREX

ASTELLAS PHARMA

AUDIOSCAN

AXONIA PHARMA

BTL Slovakia

CEPTRA

CYTOPATHOS

EUROCORD – Slovakia

GSK

GUTTA Slovakia

KIMBERLY – CLARK

KÚPELE BOJNICE

LADEEPHARMA

MEDIREX GROUP

MEDKONSULT

MEDPLUS

MERCK

MSD

NIMAG

PFIZER

RADIX

RQL

SCA Hygiene Products

S & D PHARMA

TEVA

WEGA – MS

WÖRWAG PHARMA

ZENTIVA

Ďakujeme za podporu podujatia!

Vážené kolegyně, vážení kolegovia!

Je mi potešením Vás privítať v starobylej Nitre, na XVIII. kongrese Slovenskej gynekologicko-pôrodníckej spoločnosti s medzinárodnou účasťou.

Je pre nás čťou, že pozvanie prijali aj prominentní prednášatelia zo zahraničia, ktorí sú ozdobou svetových odborných podujatí.

Voľba hlavných tém vedeckého programu, komplikácie v gynekológii a pôrodníctve, nebola náhodná.

Neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti sú pridružené komplikácie, ktoré ohrozujú pacientov na zdraví a živote. Aj pri rešpektovaní najnovších vedeckých poznatkov a dodržaní štandardných diagnostických a liečebných postupov, každý pacient reaguje individuálne a výsledkom zvolených postupov môže byť aj fatálny výsledok. Cieľom vybraných prednášok je poučiť sa a hlavne edukovať našu komunitu gynekológov a pôrodničiek, ako si v krízových situáciách zachovať chladnú hlavu a vysokú profesionalitu. Zvýšený tlak verejnosti a masovo-komunikačných prostriedkov pri komplikáciách v súvislosti s liečebno-preventívnou starostlivosťou sú dôležité faktory, ktoré treba zohľadniť pri kontinuálnom vzdelávaní lekárov.

Organizátori spravili maximum, aby pre všetkých aktívnych a pasívnych účastníkov i sprevádzajúcich hostí pripravili optimálne podmienky pre pobyt v Nitre. Súčasťou kongresového programu je bohatý spoločenský program, na ktorý ste všetci srdečne pozvaní. Želám Vám čo najviac nových odborných poznatkov a príjemné chvíle v našom meste.

Profesor Miloš Mlynček, prezident kongresu

Dear colleagues!

It is a pleasure to welcome you to the ancient town of Nitra for the 18th Congress of Slovak society of gynecology and obstetrics with international participation.

At the same time it is also an honour for us that invitation was accepted by prominent speakers from abroad who are highlights of every world class meeting.

Selection of the themes for the scientific programme was not a random one. Complications in gynecology and obstetrics are inseparable parts of the health care and can seriously endanger not only health of our patients but the life itself.

Despite of strict respect to the latest scientific knowledge and standard diagnostic and therapeutic practices, every patient's individual reaction may be different and the result may be as well the fatal one. The aim of the selected lectures is to show our community of gynecologists and obstetricians how to stay calm in difficult situations while maintaining high degree of professionalism. Other important factors that need to be taken into the consideration during continuous medical education are increased public pressure and more frequent involvement of media when complications in the medical care occur.

The organization team has done their best so that all active and passive participants with accompanying guests have ideal conditions for their stay in Nitra. The component part of the congress is also rich social programme which I would like to kindly invite you to.

Finally, I wish that you find this congress beneficial and you leave home enriched with new knowledge. I hope that you will enjoy your stay in the town of Nitra.

Professor Miloš Mlynček, president of the congress

Výbor kongresu

Prezident kongresu:

Prof. MUDr. Miloš Mlynček, CSc.

Vedecký výbor kongresu:

MUDr. Adam Jozef, PhD.

Prim. MUDr. Bartoš Pavel, PhD., Nový Jičín

MUDr. Bielik Tibor, PhD.

Prof. MUDr. Borovský Miroslav, CSc.

Doc. MUDr. Calda Pavel, PhD., Praha

Prof. MUDr. Cibula David, PhD., Praha

Prof. MUDr. Danko Ján, CSc.

MUDr. Dvořák Vladimír, Brno

Doc. MUDr. Feyereisl Jaroslav, PhD., Praha

Prof. MUDr. Holomáň Karol, CSc.

MUDr. Janek Ľudovít st.

Prof. Dr. Kesic Vesna, PhD., Belehrad

Doc. MUDr. Korbeľ Miroslav, CSc.

Doc. MUDr. Kučera Eduard, PhD., Praha

Prof. MUDr. Lukačín Štefan, CSc.

Prof. MUDr. Malý Zdeněk, PhD., Brno

Prof. MUDr. Mlynček Miloš, CSc.

Dr. Mould Tim, Londýn

Doc. MUDr. Pilka Raďovan, PhD., Olomouc

MUDr. Potančok Branislav, Margate

Doc. MUDr. Procházka Martin, PhD., Olomouc

Doc. MUDr. Redecha Martin, PhD.

Prof. MUDr. Rob Lukáš, PhD., Praha

Prof. MUDr. Roztočil Aleš, PhD., Jihlava

Doc. MUDr. Rusňák Igor, CSc.

Prof. MUDr. Štencl Ján, CSc.

Prof. MUDr. Šuška Pavel, PhD.

Assoc. Prof. Dr. Tamás Péter, PhD., Pécs

Prof. Dr. Tamussino Karl, PhD., Graz

Prof. MUDr. Valent Michal, DrSc.

Doc. MUDr. Žúbor Pavol, PhD.

Organizačný výbor kongresu:

Bielopotocká Mária

Kamenická Štefánia

MUDr. Matejka Marián

Prof. MUDr. Mlynček Miloš, CSc.

MUDr. Uharček Peter, PhD.

MUDr. Urban Martin

Časový harmonogram kongresu

Streda 11.5.2011

19:00 Schôdza Výboru SGPS, Hotel Capital

Štvrtok 12.5.2011

07:00 – 16:00 Registrácia účastníkov
 08:30 – 10:30 Odborný program **Komplikácie v pôrodníctve**
 10:30 – 11:00 Coffee break
 11:00 – 13:00 Odborný program **Rozbor PÚ a MÚ za rok 2010**
 13:00 – 13:30 Coffee break
 13:30 – 16:30 Odborný program **Onkogynekológia I.**
 18:30 Slávnostné otvorenie kongresu – Divadlo Andreja Bagara
 Divadelné predstavenie Modrá ruža

Piatok 13.5.2011

08:00 – 16:00 Registrácia účastníkov
 08:30 – 10:45 Odborný program **Komplikácie v operačnej gynekológii**
 10:45 – 11:00 Coffee break
 11:00 – 12:00 Satelitné sympóziu BAYER
 12:00 – 13:00 Prestávka na obed – individuálne
 13:00 – 14:00 Odborný program **Komplikácie liečby neplodnosti**
 14:00 – 15:00 Odborný program **Vária**
 15:00 – 15:30 Coffee break
 15:30 – 18:00 Odborný program **Sonografia**
 19:30 Retro galavečer, PKO Nitra

Sobota 14.5.2011

08:00 – 09:00 Registrácia účastníkov
 08:30 – 09:45 Odborný program **Senológia**
 09:45 – 10:45 Odborný program **Onkogynekológia II.**
 10:45 – 11:15 Coffee break
 11:15 – 14:30 Odborný program **Onkogynekológia III.**
 14:30 Slávnostné ukončenie kongresu

ŠTVRTOK 12. 5. 2011

KOMPLIKÁCIE V PÔRODNÍCTVE

Predsedníctvo: Holomáň K., Kraus V., Mráz L.

Čas: 08:30 — 10:30 hod.

- | | |
|---|----------------|
| Embólia plodovou vodou - analýza prípadov za rok 2009 | 10 min. |
| Krištúfková A., Borovský M., Korbeľ M.
I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava | |
| Analýza „near misses“ porodnických prípadů za päťleté obdobie na klinickém pracovišti | 10 min. |
| Záhumenský J., Zmrhalová B., Menzlová E., Vojtěch J., Šottner O., Mikysková I., Dvořák M.
Gyn. - por. klinika FN Na Bulovce, Praha | |
| MODS v gravidite - kazuistika | 7 min. |
| ¹ Féderová L., ¹ Korbeľ M., ¹ Nižňanská Z., ² Mundok R., ² Nechojdoma J.
¹ I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, ² ARO UNB, Bratislava | |
| Akútna inverzia maternice: analýza 3 prípadov | 10 min. |
| ¹ Dosedla E., ¹ Frič D., ¹ Richnavský J., ¹ Lukačín Š., ² Calda P.
¹ III. gyn.- pôr. klinika LF SZU, 1. súkromná nemocnica Košice-Šaca a. s.
² Gyn. - por. klinika 1. LF UK a VFN, Praha | |
| Ložisková subinvolúcia ciev v mieste placentácie s rozvojom koagulopatie ako zdroj rekurentného akútneho sekundárneho postpartálneho krvácania | 7 min. |
| ¹ Žúbor P., ² Kajo K., ¹ Korňan J., ^{1,3} Žúborová D., ¹ Kriviš Š., ¹ Fiolka R., ¹ Dókuš K., ¹ Danko J.
¹ Gyn. - pôr. klinika, ² Ústav patologickej anatómie, ³ Rádiologická klinika JLF UK a UNM, Martin | |
| Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) po cisárskom reze | 7 min. |
| ¹ Hammerová L., ¹ Korbeľ M., ¹ Redecha M., ¹ Nižňanská Z., ¹ Féderová L., ² Geryk B.
¹ I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, ² Radiológia s. r. o., Bratislava | |
| Epilepsia a gravidita | 10 min. |
| Murín B., Suchánek P., Kraus V., Matta M., Fialová B., Dianišková K., Molokáč R., Jesenská J.
I. gyn. - pôr. klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice | |
| Porody u adolescentných rodičiek – prúbeh a komplikace | 10 min. |
| Zmrhalová B., Záhumenský J., Menzlová E., Vojtěch J., Šottner O., Neumannová H.
Gyn. - por. klinika FN Na Bulovce, Praha | |
| Dostupná a bezpečná interrupcia na Slovensku? | 15 min. |
| ¹ Kliment M., ² Cupaník V.
¹ GynGaal. s. r. o., Pezinok, ² GPN s. r. o., Bratislava | |

Diskusia

10:30 — 11:00 Coffee break

ROZBOR PERINATÁLNEJ A MATERSKEJ MORTALITY ZA ROK 2010**Predsedníctvo:** Danko J., Borovský M., Bauer F.**Čas:** 11:00 — 13:00 hod.**Analýza výsledkú perinatální péče v ČR** 15 min.

Veľbil P.

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Analýza perinatálnych výsledkov v SR 20 min.

Korbel M., Borovský M.

I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

Rezervy v perinatálnej starostlivosti o nezrelých 15 min.

Bauer F., Magyarová G., Kováčsová M., Demová K.

Neonatologická klinika FN, Nové Zámky

Trendy a etiológia neonatálnej mortality v SR 15 min.

Magyarová G., Bauer F., Hrdliková A.

Neonatologická klinika FN, Nové Zámky

Analýza materskej úmrtnosti v SR 20 min.

Korbel M., Borovský M.

I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

Diskusia

13:00 — 13:30 Coffee break

ONKOGYNEKOLÓGIA I.**Predsedníctvo:** Mlynček M., Rob L., Cibula D.**Čas:** 13:30 — 16:30 hod.**ESGO mission** 5 min.

Kesic V.

Institute of Obstetrics and Gynecology, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia

Faults in colposcopy 20 min.

Kesic V.

Institute of Obstetrics and Gynecology, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia

Novinky v gynekologické patologii 20 min.
Michal M.
Cytopathos s. r. o., Bratislava, Bioptická laboratoř s. r. o., Plzeň

Control of haemorrhage in open and laparoscopic surgery 20 min.
Mould T.
University College London Hospitals NHS Trust, United Kingdom

Recognizing and preventing surgical complications 20 min.
Tamussino K.
Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University of Graz, Austria

The role of sentinel lymph node detection and individually tailored surgery in cervical cancer treatment 20 min.
Rob L., Robova H., Pluta M., Strnad P., Halaška M., Škapa P.
Department of Obstetrics and Gynecology, Second Medical Faculty, Charles University, Prague

Morbidity of radical surgery in advanced ovarian cancer 20 min.
Cibula D.
Department of Obstetrics and Gynecology, First Medical Faculty, Charles University, Prague

Multidisciplinárny miting ako nástroj kontroly kvality onkologickej starostlivosti vo Veľkej Británii 15 min.
Potančok B.
East Kent University Hospital NHS Foundation Trust,
East Kent Gynaecology Oncology Centre, Margate, United Kingdom

Diskusia

18:30 **Slávnostné otvorenie kongresu**
Divadelné predstavenie Modrá ruža
Divadlo Andreja Bagara

PIATOK 13. 5. 2011

KOMPLIKÁCIE V OPERAČNEJ GYNEKOLÓGII

Predsedníctvo: Bielík T., Kučera E., Galád J.

Čas: 08:30 — 10:45 hod.

Predpoklady úspešnej laparoskopie v podmienkach jednodňovej chirurgie 10 min.
Ditte M., Cupaník V., Demečko D., Mareš P., Vačoková K., Lesná V.
GPN s. r. o., Bratislava

- Komplikace v gynekologické endoskopii** 20 min.
Kučera E.
Ústav pro péči o matku a dítě, Katedra gynekologie a porodnictví 3. LF Univerzity Karlovy, Praha
- Riziko vzniku recidívy prolapsu v inom kompartmente pri použití syntetického implantátu v rámci operačnej liečby prolapsu panvových orgánov** 10 min.
¹Urdzík P., ²Galád J., ¹Ostró A.
¹II. gyn. - pôr. klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice
²Gyn. oddelenie, Gynpor, s. r. o., Sliach
- Manažment novovzniknutej urgencie a OAB po rekonštrukčnej chirurgii panvového dna, stress inkontinencie, terapeutické možnosti** 10 min.
Brenišin P.
BrenCare, s. r. o., ambulancia gynekologickej urológie, Poprad
- Komplikácie operačných riešení porúch panvového dna u žien** 10 min.
Lamprechtová B., Oravec J.
I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava
- Postavenie rehabilitácie svalov panvového dna v prevencii recidívy stresovej inkontinencie moča** 10 min.
¹Havala A., ²Romančík M., ³Havaldová B., ¹Federová L., ¹Kosibová Z.
¹I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, ²Urologické oddelenie UNB,
³Oddelenie fyziatrie a rehabilitácie UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava
- Urologické komplikácie pri gynekologických operáciách** 15 min.
Masák L., Babala P., Mikloš P., Klačko M.
Klinika gynekologickej onkológie, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava
- Tamponáda panvy - metóda zástavy závažného retroperitoneálneho krvácania v oblasti panvy po gynekologickej operácii** 10 min.
¹Dókuš K., ¹Žúbor P., ²Kajo K., ¹Žigo I., ¹Krkoška M., ¹Višňovský J., ¹Danko J.
¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav patologickej anatómie, JLF UK a UNM, Martin
- Diskusia**
- 10:45 — 11:00 Coffee break
- Satelitné sympóziu spoločnosti BAYER** 60 min.
Váš originálny partner v starostlivosti o ženu
Čas: 11:00 — 12:00 hod.
- 12:00 — 13:00 Prestávka na obed – individuálne

KOMPLIKÁCIE LIEČBY NEPLODNOSTI

Predsedníctvo: Malý Z., Války J., Maršík L.

Čas: 13:00 — 14:00 hod.

OHSS – řešitelná komplikace

Malý Z.

Unica, klinika pro léčbu neplodnosti, Brno

15 min.

Najčastejšie komplikácie pri liečbe neplodnosti

Lattáková M., Války J.

Iscare, a. s., Bratislava

10 min.

Príčiny závažných foriem ovariálneho hyperstimulačného syndrómu u hospitalizovaných pacientok v univerzitnej nemocnici

Maršík L., Ďurechová A., Borovský M., Petrenko M., Urban H.

I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

10 min.

Vrodené trombofílie PAI -I (4G/5G) a f. XIII (V34I) u pacientok s reprodukčnými stratami

¹Simonidesová M., ²Šimko J., ²Babjaková L.

¹Gyn. - pôr. oddelenie NsP Považská Bystrica,

²Laboratórium molekulárnej biológie Gendiagnostica s. r. o.

10 min.

Diskusia

VÁRIA

Predsedníctvo: Šuška P., Adam J., Tholt M.

Čas: 14:00 — 15:00 hod.

Optimalizácia techniky odberu pupočníkovej krvi pri pôrode

Jenčo A., Hudec B.

II. gyn. - pôr. klinika SZU a FN FDR, Banská Bystrica

15 min.

Potenciál využitia kmeňových buniek z pupočníkovej krvi – klinické štúdie

Kubeš M.

Ceptra, s. r. o., Slovenský register placentárnych krvotvorných buniek,

Eurocord-Slovakia, Bratislava

15 min.

Prostriedky pri riešení komplikácií v gynekológii a pôrodníctve

Šipoš J.

GUTTA Slovakia

15 min.

Diskusia

15:00 — 15:30

Coffee break

SONOGRAFIA**Predsedníctvo: Calda P., Rusňák I., Višňovský J.****Čas:** 15:30 — 18:00 hod.**Amniocentéza – bezpečný výkon aj v podmienkach jednodňovej chirurgie 10 min.**

Cupanik V., Mareš P., Ditte M.

GPN s. r. o., Bratislava

Effects of maternal central hemodynamics on fetal growth and well-being 20 min.

Tamás P.

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Pécs, Hungary

Potřebujeme stále ještě invazivní prenatalní diagnostiku? 20 min.

Calda P., Břešťák M., Žižka Z.

Gyn. - por. klinika, 1. LF a VFN, Univerzita Karlova, Praha

Sirenomelia apus: prvotrimestrálna diagnóza 2D-4D ultrazvukom 10 min.¹Dosedla E., ²Calda P., ¹Fríč D., ¹Richnavský J., ¹Lukačín Š., ³Pálová E.¹III. gyn. - pôr. klinika LF SZU, 1. súkromná nemocnica Košice-Šaca, a. s.,²Gyn. - por. klinika 1. LF UK a VFN, Praha, ³Oddelenie lekárskej genetiky, UNLP, Košice**Vol'ba prenatalného skriningového programu – potenciálna komplikácia v diagnostike Downovho syndrómu 10 min.**^{1,2}Václavová Z., ¹Fellnerová M., ¹Slezák I., ³Mišianik J.¹Femme, s. r. o., neštátna gynekologická ambulancia,²Prosan, a. s., gynekologická ambulancia, ³Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava**Predikcia ultrasonografického obrazu hrúbky jazvy po cisárskom reze v porovnaní s operačným nálezom 10 min.**

Sedliaková Z., Oľapková P., Križko M., Holomáň K.

II. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

Význam ultrazvukového skriningu v diagnostike reziduí post partum 10 min.

Masaryková D., Baláz V., Bielik T.

II. gyn. - pôr. klinika SZU a FN FDR, Banská Bystrica

Heterotopická gravidita: koincidencia vnútromaternicovej a ektopickej gravidity po IVF a jej liečba pomocou LigaSure™ 10 min.

Dráb M., Križko M. ml., Holomáň K.

II. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

Diskusia**19:30 Retro galavečer, PKO Nitra**

SOBOTA 14. 5. 2011

SENOLOGIA

Predsedenstvo: Pohlodek K., Žúbor P., Bazovský P.

Čas: 08:30 — 09:45 hod.

Prevenia pooperačného serómu po axilárnej disekcii pre karcinóm prsníka: prospektívna štúdia 85 pacientok 10 min.

¹Žúbor P., ²Kajo K., ¹Móricová P., ^{1,4}Žúborová D., ¹Kapustová I., ^{1,3}Mendelová A.,
¹Buocik P., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav patologickej anatómie, ³Ústav molekulevej biológie,
⁴Rádiologická klinika JLF UK a UNM, Martin

Komplikácie operačných výkonov pri nádorových ochoreniach prsnej žľazy 10 min.

Ravinger J., Uharček P., Mlynček P., Urban M.

Gyn. - pôr. klinika FN Nitra a Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

Komplikácia predoperačnej lokalizácie nehmatnej lézie prsníka kovovým vodičom 7 min.

¹Pohlodek K., ²Beneš R.

¹II. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, ²Klinika hrudníkovej chirurgie SZU, Bratislava

Ako liečime lokálne pokročilé karcinómy prsníka u žien nad 70 rokov - kazuistika 7 min.

Krešáková D.

Onkogynekologická a mamologická ambulancia, NsP Brezno

Tehotnosť komplikovaná karcinómom prsníka 7 min.

¹Kapustová I., ¹Žúbor P., ¹Móricová P., ¹Žúborová D., ¹Mendelová A.,

²Kajo K., ¹Janušicová V., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav patologickej anatómie JLF UK a UNM, Martin

Profil géovej expresie pri endokrinne respondibilných karcinómoch prsníka a zdravého tkaniva v ich okolí 10 min.

¹Žúbor P., ²Hatok J., ¹Móricová P., ³Kajo K., ³Slávik P., ¹Kapustová I.,

¹Mendelová A., ²Račay P., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav lekárskej biochémie,

³Ústav patologickej anatómie JLF UK a UNM, Martin

Diskusia

ONKOGYNEKOLÓGIA II.**Predsedenstvo: Redecha M., Bartoš P., Sadovský O.****Čas:** 09:45 — 10:45 hod.**Vývoj a súčasný stav onkogynekologickej starostlivosti vo Veľkej Británii** 15 min.

Potančok B., Nordin A.

East Kent University Hospital NHS Foundation Trust,
East Kent Gynaecology Oncology Centre, Margate, United Kingdom**Syndrom perzistujúcich nízkých hladín hCG v krvi
– adekvátní management** 15 min.

Hron F., Feyereisl J.

Centrum pro trofoblastickou nemoc v ČR, Ústav pro péči o matku a dítě,
Katedra gynekologie a porodnictví 3. LF Univerzity Karlovy, Praha**Negativita sentinelové uzliny jako prediktor stavu parametří
u nádorů hrdla děložního do 20 mm: možnost snížení radikality
operační léčby?** 15 min.¹Klát J., ¹Ševčík L., ¹Gráf P., ²Buzrla P., ¹Jalůvková Z., ¹Šimětka O., ³Kraft O.¹Por. - gyn. klinika, ²Ústav patologie, ³Klinika nukleární medicíny, FN Ostrava**Diskusia**10:45 — 11:15 **Coffee break****ONKOGYNEKOLÓGIA III.****Predsedenstvo: Štencl J., Masák L., Dvořák V., Uharček P.****Čas:** 11:15 — 14:30 hod.**Laparoskopická onkológia – výhody a úskalia** 15 min.

Bielik T.

II. gyn. - pôr. klinika SZU a FN FDR, Banská Bystrica

Da Vinci robotická chirurgia v gynekologické onkologii 15 min.

Bartoš P.

Gyn. - por. oddělení Onkologického centra JG Mendla, Nový Jičín

**Roboticky asistovaný staging karcinomu endometria
– srovnání s laparoskopii** 10 min.

Pilkva R., Dzvínčuk P., Kudela M., Hejtmánek P., Michnová L.

Department of Gynecology and Obstetrics,
Medical Faculty Palacký University and Faculty Hospital, Olomouc**Robotická onkologická chirurgia - prvé slovenské skúsenosti** 10 min.

Bielik T., Jenčo A.

II. gyn. - pôr. klinika SZU a FN FDR, Banská Bystrica

- Vliv radikální abdominální hysterektomie podle Wertheima na funkci dolních močových cest** 10 min.
Gärtner M., Ševčík L., Klát J., Petzel M., Szabová O.
Por. - gyn. klinika, FN Ostrava
- Diskusia**
- 12:45 — 13:00 **Coffee break**
- Vplyv stavu resekčných okrajov po konizácii na výskyt HPV infekcie po liečbe dysplázie krčka maternice** 8 min.
Sadovský O., Nižňanský B., Sadovská O.
Národný onkologický ústav, Bratislava
- Ca in situ cervicis uteri po očkovaní Silgardom – kazuistika** 8 min.
Stanko P., Stanko ml. P.
NZZ gynekologická ambulancia, Pharminfo, Bratislava
- Je očkovanie proti HPV prínosom aj pre gynekológa?** 8 min.
Adam J.
Klinika gynekológie a pôrodníctva FN sP J. A. Reimana a FZO PU, Prešov
- Hysteroskopický nález Placental Site Nodule (PSN)** 8 min.
¹Fiolka R., ²Slávik P., ¹Biringer K., ¹Kúdela E., ¹Žuffová J., ¹Danko J., ¹Višňovský J.
¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav patologickej anatómie, JLF UK a UNM, Martin
- Karcinóm endometria po negatívnej hysteroskopii** 8 min.
Bielik P., Križo P., Tomašovič I., Pančíková J.
Gyn. - pôr. oddelenie VŠNsP, Lučenec
- Operačné a pooperačné komplikácie pri radikálnej hysterektómii** 8 min.
Babala P., Klačko M., Mikloš P., Masák L.
Klinika gynekologickej onkológie, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava
- Lymfokéla pri onkogynekologických operáciách** 8 min.
Martinický D., Lengyel T., Slezák I.
Oddelenie gynekologickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava
- Peroperačná morbidita a mortalita onkogynekologických výkonov** 8 min.
Uharček P., Mlynček M., Lajtman E., Matejka M.
Gyn. - pôr. klinika FN Nitra a Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre
- Menežment pelvického krvácania pri onkogynekologických operáciách** 8 min.
Mlynček M., Uharček P., Lajtman E., Matejka, M.
Gyn. - pôr. klinika FN Nitra a Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre
- Diskusia**
- 14:30 Slávnostné ukončenie kongresu**

POSTEROVÁ SEKCIA

Komentár autorov pri posteroch

Čas verejnej prezentácie: prestávky určené pre občerstvenie, obedňajšie prestávky

Poster č. 1

Hyperglykemické hyperosmolární ketoacidotické koma – závažná a zriedkavá komplikácia gravidity (kasuistika)

Menzlová E., Záhumenský J., Vojtěch J., Zmrhalová B., Šottner O.

Gyn. - por. klinika FN Na Bulovce, Praha

Poster č. 2

Ruptúra uteru v druhom trimestri gravidity – komplikácia salpingektómie?

Kazuistika

Mařová A., Redecha M., Janáč P., Oroszová V.

I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

Poster č. 3

Spontánna ruptúra uterinných ciev počas gravidity u pacientky s predchádzajúcou endometriózou

Lajtman E., Mlynček M., Uharček P., Urban M.

Gyn. - pôr. klinika FN Nitra a Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

Poster č. 4

Retroperitoneálny pararektálny a presakrálny hematóm ako závažná komplikácia spontánneho pôrodu záhlavím

Žigo I., Žúbor P., Dókuš K., Kúdela E., Cuřbová M., Švecová I., Danko J.

Gyn. - pôr. klinika JLF UK a UNM, Martin

Poster č. 5

Srovnání komplikací dvou metod preindukce porodu – dvoucestný balónkový katétr

Cook kontra prostaglandiny

Vojtěch J., Záhumenský J., Zmrhalová B., Menzlová E., Šottner O., Mikysková I.

Gyn. - por. klinika FN Na Bulovce, Praha

Poster č. 6

Trombóza aneurizmy umbilikálnej artérie ako príčina intrauterinnej asfyxie plodu

¹Švecová I., ¹Biskupská Bořová K., ¹Kapustová I., ¹Šumichrastová P., ²Balharek T.,

¹Dókuš K., ²Marcinek J., ²Slávik P., ¹Žúbor P., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav patologickej anatómie, JLF UK a UNM, Martin

Poster č. 7

Komplikácie obezity v tehotnosti

Biskupská Bořová K., Biringer K., Švecová I., Višňovský J., Danko J.

Gyn. - pôr. klinika JLF UK a UNM, Martin

Poster č. 8

Hepatitída B z pohľadu gynekológa – pôrodnika

¹Matta M., ²Valková I., ¹Kraus V., ¹Murin B., ¹Suchánek P., ¹Mikolaj A., ¹Molokáč R.

¹I. gyn. - pôr. klinika, ²Klinika infektológie a cestovnej medicíny, LF UPJŠ a UNLP, Košice

Poster č. 9

Extrémne zvýšenie alkalickej fosfatázy ako marker predčasného pôrodu, placentárnej insuficiencie a nízkej pôrodnej hmotnosti

Linhartová L., Ferianec V.

II. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

Poster č. 10

Prax založená na dôkazoch – možnosti v pôrodnej asistencii

Urbanová E., Bašková M.

Ústav nelekárskych študijných programov, JLF UK, Martin

Poster č. 11

Nové regulátory ovariálnych funkcií

¹Sirotkin A.V., ²Mlynček M., ¹Chrenek P., ¹Rafay J., ¹Sanislo P., ¹Benčo A., ¹Pavlová S., ¹Lauková M., ¹Brenaut P., ¹Ovcharenko D., ¹Kotwica J.

¹Centrum výskumu živočíšnej výroby Nitra,

²Gyn. - pôr. klinika FN a Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Poster č. 12

Postoperačný rozsiahly intraabdominálny hematóm ako príčina vysokého paralytického ilea?

¹Brányik K., ²Žúbor P.

¹Gyn. - pôr. oddelenie NsP Dunajská Streda, ²Gyn. - pôr. klinika JLF UK a UNM, Martin

Poster č. 13

Lymfocysta - realita alebo komplikácia po radikálnej operative?

Adam J.

Klinika gynekológie a pôrodnictva FN sP J. A. Reimana a FZO PU, Prešov

Poster č. 14

Komplikácie radikálnych gynekologických operácií – chyloperitoneum

Klačko M., Masák L., Babala P., Mikloš P., Fekete P., Ferančíková Z., Keder D., Počarovský P., Kállay J.

Klinika gynekologickej onkológie, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

Poster č. 15

Anemizujúca metrorágia u 24 ročnej pacientky ako prejav hematoonkologického ochorenia

¹Haško M., ¹Kapustová I., ²Sokol J., ¹Biringer K., ¹Šumichrastová P., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika JLF UK a UNM, ²Klinika hematológie a transfuziológie JLF UK a UNM, Martin

Poster č. 16

Cancer-associated thrombosis v onkogynekologickej praxi

Hudec B., Bielik T.

II. gyn. - pôr. klinika SZU a FN FDR, Banská Bystrica

Poster č. 17

Raritné nálezy pri štandardne prebiehajúcich operačných výkonoch - kazuistiky

¹Valúchová D., ¹Oľapková P., ¹Foltín M., ²Šufliarsky J., ¹Holomáň K.

¹II. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, ²Národný onkologický ústav, Bratislava

Poster č. 18

HPV DNA a HPV mRNA test ako primárny skrining karcinómu krčka maternice

¹Žúbor P., ^{1,2}Janušicová V., ²Lasabová Z., ³Kajo K., ¹Šumichrastová P., ^{1,4}Žúborová D., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav patologickej anatómie, ³Ústav molekulevej biológie,

⁴Rádiologická klinika JLF UK a UNM, Martin

Poster č. 19

Spektrum vyšetrení z LBC

¹Beráková K., ¹Šidlová H., ²Čukašová A.

¹Cytopathos s. r. o., ²Proferax s. r. o., Bratislava

Poster č. 20

LBC v gynekologickej praxi – výhody a obmedzenia

¹Šidlová H., ¹Beráková K., ²Janek L.

¹Cytopathos s. r. o., ²Care s. r. o., Bratislava

Poster č. 21

Laparoskopická liečba ca endometria – jej miesto na úrovni všeobecnej nemocnice II. typu

Mančík G.

Gyn. - pôr. oddelenie NsP, Levice

ORGANIZAČNÉ POKYNY

Miesto konania: Divadlo Andreja Bagara, NITRA

Registrácia účastníkov / ŠATŇA Divadla A. Bagara:

Štvrtok 12. 5. 2011	7.00 – 16.00 hod.
Piatok 13. 5. 2011	8.00 – 16.00 hod.
Sobota 14. 5. 2011	8.00 – 9.00 hod.

Odborný program:

Štvrtok 12. 5. 2011	8.30 – 16.30 hod.
Piatok 13. 5. 2011	8.30 – 18.00 hod.
Sobota 14. 5. 2011	8.30 – 13.30 hod.

Prezentácie firiem / FOYER divadla

Spoločenský program:

Štvrtok 12. 5. 2011 18.30 hod.

Slávnostné otvorenie kongresu

predstavenie MODRÁ RUŽA, Divadlo A. Bagara, Nitra

Piatok 13. 5. 2011 19.30 hod.

Retro galavečer, raut, PKO Nitra, ul. Janka Kráľa 4

Registračný poplatok:

Člen SGPS	200 €
Nečlen SGPS	250 €
Lekári do 30 r.	100 €
Zdravotné sestry, poslucháči LF	20 €
Lekári nad 70 r.	bezplatne
Sprevádzajúca osoba	100 €

Registračný poplatok zahŕňa:

Účasť na odbornom programe, coffee break, spoločenské večery.

Registračný poplatok uhradte prosím v HOTOVOSTI, alebo KARTOU – denne, na registrácii kongresu, príp. BANKOVÝM PREVODOM:

Peňažný ústav: Cestovná agentúra KAMI, s.r.o, Letná 70, 052 01 Sp. Nová Ves

Číslo účtu: **10199527/5200**

VS: 120511

KS: 0558

IBAN: SK96 5200 0000 0000 1019 9572

SWIFT: OTPVSKBX

Poznámka:

- do správy pre prijímateľa uvedte meno účastníka
- ak hradí registračný poplatok firma, prosíme o zaslanie menného zoznamu
- **pri registrácii je potrebné preukázať sa dokladom o zaplatení registračného poplatku**
- vstup do priestorov DAB Nitra a účasť na spoločenských večeroch – len po preukázaní sa MENOVKOU
- účastník kongresu je povinný nosiť ju na viditeľnom mieste



Vážení obchodní priatelia!

Zabezpečujeme kompletný servis
**KONGRESOV – SEMINÁROV – ŠKOLENÍ –
TRÉNINGOV – ODBORNÝCH PODUJATÍ –
PRACOVNÝCH STRETNUTÍ - PREZENTÁCIÍ FIRIEM –
RELAXAČNÝCH A REKONDIČNÝCH POBYTOV**

Ponúkame komplexné zorganizovanie podujatia
od pozvánok až po darček pre účastníkov.
Dohliadneme na všetko, Vy sa venujte Vaším hosťom.

**VÝBER VHODNÉHO PRIESTORU – PORADENSTVO
GRAFICKÉ PRÁCE , PRÍPRAVA A TLAČ
INFORMAČNÝCH MATERIÁLOV
REGISTRÁCIA ÚČASTNÍKOV ON-LINE
NÁVRH, REALIZÁCIA WEBOVEJ STRÁNKY
PROPAGÁCIA PODUJATIA V MÉDIACH A NA WEBE
KOMUNIKÁCIA S PARTNERMI, SPONZORMI
A VYSTAVOVATEĽMI
REALIZÁCIA SPRIEVODNÉHO PROGRAMU
SPROSTREDKOVANIE UBYTOVANIA
TECHNICKÉ ZABEZPEČENIE PODUJATIA
ZABEZPEČENIE TLMOČNÍCKYCH
A PREKLADATEĽSKÝCH SLUŽIEB
SPOLOČENSKÝ A KULTÚRNY PROGRAM**

Vezmite si kontakt na nás!
Zabezpečujeme kompletný servis.



www.cakami.sk
www.kongres-kami.sk

KONGRESY • SEMINÁRE • PREZENTÁCIE FIRIEM • PÁRTY • EVENTY • FIREMNÉ VEČIERKY

Antimuskarinikum s jedinečným farmakologickým profilom^{1,2,3,4}

- **Overená účinnosť**
 - Flexibilné dávkovanie 4 mg a 8 mg^{1,2}
 - Zlepšenie príznakov OAB už v 1. týždni⁶
- **Dobrý bezpečnostný profil a tolerabilita**
 - Menej ako 1%-ný výskyt prerušenia liečby z dôvodu suchosti v ústach^{2,5}
 - Nízky výskyt zápchy a nežiaducich účinkov zo strany CNS^{2,5}
- **Účinnosť závislá od dávky^{1,2}**
 - Zvýšenie účinnosti v závislosti od dávky na rozdiel od solifenacínu, darifenacínu a tolterodínu^{1,2}



SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU • TOVIAZ 4 mg tablety s predĺženým uvoľňovaním • TOVIAZ 8 mg tablety s predĺženým uvoľňovaním

Zloženie: Každá tableta s predĺženým uvoľňovaním obsahuje 4 mg alebo 8 mg fesoterodiniumfumarátu, čo zodpovedá 3,1 mg alebo 6,2 mg fesoterodínu. **Lieková forma:** tablety s predĺženým uvoľňovaním. **Charakteristika:** Fesoterodín je kompetitívny, špecifický antagonistu muskarínových receptorov. **Farmakoterapeutická skupina:** motívne spazmolytikum. **ATC kód:** G04B D11. **Indikácie:** Liečba príznakov (zvyšenie frekvencie močenia a/alebo naliehavá potreba močenia a/alebo urgentná inkontinencia moču), ktoré sa môžu vyskytnúť u pacientov so syndrómom hyperaktívneho močového mechúra. **Dávkovanie:** Dospelí (vrátane starších osôb) – úvodná dávka je 4 mg jedenkrát denne, na základe individuálnej odpovede sa môže zvýšiť na 8 mg jedenkrát denne. Maximálna denná dávka je 8 mg (pri užívaní silných inhibítorov CYP3A4 4 mg denne). U pacientov s poruchou funkcie obličiek a pečene je denná dávka závislá na závažnosti poruchy a súčasnom užívaní inhibítorov CYP3A4. Tablety sa užívajú celé, môžu sa poďovať s jedlom alebo bez jedla. Deti: podávanie sa neodporúča. **Kontraindikácie:** Pracovnosť na liečivo, niektorí z pomocných látok, arytmiá alebo súpis, retencia moču, retencia žlčového obsahu, nekonzolovateľný glaukóm s uzavretým uhlom, myasthenia gravis, ťažká porucha funkcie pečene (Child Pugh C), súčasné užívanie silných inhibítorov CYP3A4 u pacientov so strednou až ťažkou poruchou, funkcie pečene alebo obličiek, závažná ulcerózna kolitída, toxická megakolón. **Osobitné upozornenie:** Pri užívaní fesoterodínu sa má postupovať opatrne u pacientov: s rizikom retencie moču pri klinicky závažnej obštrukcii vývodu močového mechúra ("napr. pri klinicky významnom zväčšení prostaty v dôsledku BPH"), s gastrointestinálnymi obštrukčnými poruchami, s gastroezofageálnym refluxom, so zníženou gastrointestinálnou motilitou, s autonómnou neuropatiou, s kontrolovaným glaukómom s uzavretým uhlom, s rizikom predĺženia QT intervalu. Pri ťažkosti je nutné postupovať opatrne pri poruche funkcie pečene a obličiek, pri súčasnom podávaní silných alebo stredne silných inhibítorov CYP3A4 a silného inhibítora CYP2D6. Pred začiatkom liečby sa musí vylúčiť organická príčina hyperaktivity detruzora. Bezpečnosť a účinnosť u pacientov s neurogénou príčinou hyperaktivity detruzora močového mechúra zatiaľ nebola stanovená. Súčasné užívanie fesoterodínu so silnými indukčiami CYP3A4 sa neodporúča. Pacienti sa zledekárskymi deťmiými problémami galaktózovej intolerancie, hypokalcémia deficitom laktázy alebo glukoze-galaktózeovej malabsorpcie nemajú užívať tento liek.

Interakcie: Súčasné podávanie fesoterodínu s liekmi s antimuskarínovými alebo anticholinergickými vlastnosťami môže viesť k zvýšeniu terapeutických a nežiaducich účinkov. Fesoterodín môže znižovať účinnosť liekov, ktoré stimulujú motilitu gastrointestinálneho traktu. Pri súčasnom podávaní so silnými a stredne silnými inhibítormi CYP3A4 dochádza k zvýšenej expozícii aktívneho metabolitu fesoterodínu. Indukcia CYP3A4 môže viesť k subterapeutickým plazmatickým hladinám aktívneho metabolitu. Súčasné podávanie silného inhibítora CYP2D6 môže mať za následok zvýšenie expozície aktívneho metabolitu. Fesoterodín neobsahuje gálované zloženie ovulácie, ovulácie hormonálnou antikoncepciou a nemá ani žiadny vplyv na onkologickú aktivitu jednorazovej dávky warfarínu. **Gruvidita a laktácia:** Podávanie počas gravidity sa neodporúča. Fesoterodín sa nemá užívať u žien počas dojčenia. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Treba dbať na opatnosť pri vedení vozidla a obsluhovaní strojov z dôvodu možného výskytu vedľajších účinkov, ako sú rozmazané videnie, závrat a ospalosť. **Nežiaduce účinky:** Liečba môže spôsobovať mierne až stredne závažné antimuskarínové účinky ako suchosť v ústach, suché oči, dyspepsia a zápchu. Veľmi časté: suchosť v ústach, časté: závrat, bolesť hlavy, suché oči, suchosť v hrdle, bolesť brucha, hnačka, dyspepsia, zápchu, nevoľnosť, dyzúria, nesnosť, menej často: tachykardia, dyspepsia, ospalosť, vertigo, taryngolaryngálna bolesť, kašeľ, suchosť v nose, abnormálny dykspanol, flatulencia, "gastroezofageálny reflux", retencia moču, slabé močenie, vyrážky, suchá pokožka, infekcia močových ciest, únava, zvýšenie ALT a GGT. "Po uvedení lieku na trh boli popísané prípady retencie moču, ktoré si vyžadujú katetrizáciu, zvyšujúce v rámci prvého týždňa liečby fesoterodínom. Väčšinou boli postihnutí starší pacienti (≥ 65 rokov) mužského pohlavia s onamované benignou hyperpláziou prostaty". **Bolenie:** 4 mg o 8 mg po 28 tablet, 4 mg po 84 tablet, 8 mg po 100 tablet. **Uchovávanie:** Uchovávať pri teplote neprevyšujúcej 25 °C, v pôvodnom obale na ochranu pred vlhkosťou. Vydaj lieku je väzovaný na lekársky predpis. **Pred podaním lieku sa zoznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SCL).** **Dátum revízie textu:** Október 2010. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Veľká Británie. **Miestne zastúpenie držiteľa rozhodnutia o registrácii:** PFIZER Luxembourg SARL, o.z., tel.: +42123355 5500 "Vsmiete si, prosím, zmenu(y) v informácii o lieku.

1) Súhrn charakteristických vlastností lieku Toviaz®. Dátum poslednej revízie textu: Júl 2008. 2) Khullar V, Rivner ES, Dmochowski R, Nimi V, Wang J, Guan Z. Fesoterodine dose response in subjects with overactive bladder syndrome. *Urology*. 2008; *71*(5):839-43. 3) Michal MC, Hagde SS. Treatment of the overactive bladder syndrome with muscarinic receptor antagonists: a matter of metabolism? *Neuryn Schmiedelberg Arch Pharmacol*. 2006; *38*(2):79-85. 4) Michal MC. Fesoterodine: a novel muscarinic receptor antagonist for the treatment of overactive bladder syndrome. *Expert Opin Pharmacother*. 2008; *9*(10):1787-96. 5) Chapple C, Van Kerrebroeck P, Tubaro A, Hoop-Malkeneller C, Farez H, Massow U, Wang J, Bockdy JM. Clinical efficacy, safety, and tolerability of once-daily fesoterodine in subjects with overactive bladder. *Eur Urol*. 2007; *52*(4):1204-12. 6) Wyndaele JJ et al. Fesoterodine 4 mg once daily improved overactive bladder symptoms in subjects dissatisfied with tolterodine treatment. *Eur Urol Suppl* 2009; *8*(4):167

OAB (overactive bladder)
= hyperaktívny močový mechúr



Pupočníková krv rozširuje možnosti modernej medicíny



Pupočníková krv dnes predstavuje akceptovaný zdroj krvotvorných kmeňových buniek. Jej použitie na autológnu či alogénnu transplantáciu si našlo uplatnenie pri liečbe viac ako 80 malígnych i nemalígnych ochorení, pri ktorých sa štandardne používa kostná dreň. Moderné kryokonzervačné techniky umožňujú jej dlhodobé skladovanie v kvapalnom dusíku.

Pupočníkovú krv odobratú pri narodení dieťaťa je možné uskladniť v **privátnej alebo vo verejnej banke pupočníkovej krvi**. Privátna banka umožňuje uskladniť pupočníkovú krv dieťaťa výlučne pre samotné dieťa na autológnu transplantáciu alebo pre jeho súrodencov. Verejná banka získava pupočníkovú krv od dobrovoľných daryňň a poskytuje ju pacientom kdekoľvek vo svete cez medzinárodné databázy na alogénnu transplantáciu krvotvorných buniek.

Slovenskí pediatri uskutočnili prvé podanie autológnej pupočníkovej krvi v Európe v roku 2004 u dieťaťa s meduloblastómom.

Na Slovensku sa odbermi, spracovaním a uskladnením pupočníkovej krvi zaoberajú **Slovenský register placentárnych krvotvorných buniek, Eurocord-Slovakia a CEPTRA s. r. o.**



EUROCORD-SLOVAKIA
SLOVENSKÝ REGISTÉR PLACENTÁRNYCH
KRVOTVORNÝCH BUNIEK



CEPTRA
Centrum pupočníkových transplantátov

www.eurocord.sk | www.ceptra.sk



Kúpele Bojnice

NOVINKA

**Od 01. 01. 2011
liečime:**

- Nervové choroby
- Choroby pohybového ústrojenstva
- Ženské choroby
- Choroby z povolania.



Rezervácie: Kúpele Bojnice a.s., Bojnice 972 01 • Tel.: 00421 46 511 63 57 – prijímacia kancelária, 00421 46 511 63 62 – obchodné oddelenie
Fax: 00421 46 5430 026 • E-mail: cpk@kupele-bojnice.sk info@kupele-bojnice.sk • www.kupele-bojnice.sk



Kúpele Bojnice

Ponúkame:

- Týždenné a víkendové kúpeľné pobyty
- Redukčno-ozdravné pobyty
- Ambulantnú liečbu
- Kúpeľnú liečbu pacientov zdravotných poisťovní
- Komplexnú balneoterapiu s využitím termálnej vody a klasických procedúr
- Wellness



Prídte si zdravo oddýchnuť do Kúpeľov Bojnice

Rezervácie: Kúpele Bojnice a.s., Bojnice 972 01 • Tel.: 00421 46 511 63 57 – prijímacia kancelária, 00421 46 511 63 62 – obchodné oddelenie
Fax: 00421 46 5430 026 • E-mail: cpk@kupele-bojnice.sk info@kupele-bojnice.sk • www.kupele-bojnice.sk

ROSALGIN

benzydamin hydrochlorid

Silný účinkom,
nežný k ženám



ROSALGIN prináša rýchlu úľavu
od gynekologických ťažkostí.

- Odstráni nepríjemné pálenie a svrbenie.
- Pôsobí proti škodlivým baktériám a kvasinkám a zároveň chráni a podporuje laktobacily.
- Lieči výtok a zápal ženských pohlavných orgánov.
- Bezpečný počas tehotenstva.
- Po pôrode tlmí bolesť a urýchľuje proces hojenia pôrodných rán.

Rosalgin - granulát na prípravu vaginálneho roztoku a Rosalgin Easy - hotový vaginálny roztok sú voľnopredajné lieky určené na oplachy alebo výplachy ženského pohlavného ústrojenstva. Účinnou látkou je benzydamin hydrochlorid. Čítajte pozorne príbalovú informáciu.

NOVINKA
ROSALGIN® EASY
benzydamin hydrochlorid



ZBORNÍK ABSTRAKTOV

PREDNÁŠKY

Za obsahovú a gramatickú stránku zodpovedajú autori.

1: Embólia plodovou vodou – analýza prípadov za rok 2009

Krištúfková A., Borovský M., Korbel M.

I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

Úvod: Embólia plodovou vodou je zriedkavá, ale veľmi závažná pôrodnicka komplikácia. Incidencia embólie plodovou vodou sa odhaduje na 1 prípad na 8 000 - 120 000 tehotností. V rozvinutých krajinách zodpovedá asi 10-tim % prípadov materských úmrtí. Typickým prejavom je náhla hypoxia, kardiovaskulárny kolaps, zmeny vedomia a rozvoj diseminovanej intravaskulárnej koagulácie. Patofyziológia embólie plodovou vodou je aj napriek veľkému úsiliu vedcov nejasná. V súčasnosti je liečba embólie plodovou vodou čisto symptomatická.

Ciel: Práca je zameraná na porovnanie a posúdenie výskytu možných rizikových faktorov, príčin a priebehu prípadov embólie plodovou vodou na Slovensku s prípadmi uvádzanými vo svetovej literatúre.

Materiál a metódy: Komplexná analýza 5 fatálnych prípadov embólie plodovou vodou na Slovensku v roku 2009.

Záver: Embólia plodovou vodou je jednou z najobávanejších komplikácií v tehotnosti. Nevieme ju predpovedať a ani preventívne zasiahnuť. S embóliou plodovou vodou sa stretávame zriedka, pričom jednotlivé prípady prebiehajú rôzne, nie podľa presného "pravidla" a zväčša končia fatálne. V súčasnosti neexistuje presná metóda na potvrdenie diagnózy embólie plodovou vodou ani kauzálna liečba.

2: Analýza „near misses“ porodnických prípadů za päťleté obdobie na klinickém pracovišti

Záhumenský J., Zmrhalová B., Menzlová E., Vojtěch J., Šottner O., Mikysková I., Dvořák M.

Gyn. - por. klinika FN Na Bulovce, Praha

Cíl práce: Autoři ve své práci analyzují 11 případů žen, které byly hospitalizované na resuscitačním oddělení pro závažný stav související s těhotenstvím a porodem. Cílem práce je zjistit možnosti prevence závažných komplikací a analyzovat soubor aktivit/neaktivit, které vedou k těmto závažným stavům.

Materiál a metodika: Retrospektivní hodnocení vedení těhotenství a porodu u „téměř stracených“ případů těhotných žen, které byly hospitalizované na resuscitačním oddělení. Metodika je analýza dostupné lékařské dokumentace.

Výsledky: Za uvedené období let 2006-2010 bylo na Gyn.-por. klinice FN Na Bulovce 10355 porodů. V tom čase 12 žen (0,11%) bylo akutně hospitalizováno na resuscitačním oddělení. Jedna žena (0,09%) v souvislosti s těhotenstvím umřela.

Nejčastějším důvodem bylo závažné porodnické krvácení (4 případy). Dva další případy byly taky pro závažnou hemorragii, jednou pro spontánní rupturu sleziny ve 21. týdnu a jednou pro traumatickou rupturu dělohy ve 26. týdnu po autonehodě. 2 případy byly akutní plicní komplikace v souvislosti s těhotenstvím a porodem, jednou šokové plíce a jednou akutní plicní edém při preeklampsii. Jednou byl důvodem překladu septický šok po abortu, jednou hyperosmolární ketoacidotické koma ve 36. týdnu a jednou závažná anesteziologická komplikace.

Závěr: Retrospektivní analýza svých závažných porodnických případů vede ke zlepšení poznání mechanismu vzniku a k formulování postupů, které můžou zabránit jejich vzniku.

3: MODS v gravidite - kazuistika

¹Féderová L., ¹Korbeľ M., ¹Nižňanská Z., ²Mundok R., ²Nechojdoma J.

¹I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, ²ARO UNB, Bratislava

Úvod: Syndróm multiorgánovej dysfunkcie (MODS) sa na jednotkách intenzívnej starostlivosti vyskytuje približne v 14 % a jeho podiel na mortalite sa odhaduje na 50 – 80 %. Údaje o jeho výskyte v gravidite absentujú. K rozvoju MODS vedú inzulty neinfekčnej, infekčnej a kombinovanej genézy, medzi ktoré patria aj pôrodnické príhody ako preeklampsia, HELLP syndróm, embólia plodovou vodou, atď. Častá je ich kombinácia s krvácaním (diseminovanou intravaskulárnou koagulopatiou) alebo infekciou.

Materiál a metodika: Prezentácia úspešne zvládnutého MODS u 24-ročnej IIIG/IIP v 32. týždni gravidity.

Výsledky: Pacientka s anamnézou dvoch predčasných pôrodov ukončených cisárskym rezom nenavštevovala prenatálnu poradňu. Preložená do perinatologického centra v 32. týždni (odhadovaná hmotnosť plodu 2000g, anhydramnion) s príznakmi multiorgánového zlyhávania – pravostrannou pyelonefritídou s hydronefrózou, bilaterálnou bazálnou bronchopneumóniou, septickým stavom, septickou encefalopatiou, urosepsou, akútnym renálnym zlyhávaním, hepatopatiou s ikterom, anémiou a trombocytopéniou stredne ťažkého stupňa, hypokoagulačným stavom, rozvíjajúcim sa HELLP syndrómom a centralizáciou obehu. Z vitálnej indikácie matky ukončená gravidita cisárskym rezom po hematologickej príprave. Vybavený plod mužského pohlavia 1720g/43cm preložený na jednotku intenzívnej a resuscitačnej starostlivosti. V pooperačnom priebehu pacientka intenzívne liečená na anesteziologicko-resuscitačnom oddelení (ARO). Postupne dochádza k zlepšovaniu hematologických parametrov, hepatálnych a renálnych funkcií, poklesu zápalových markerov do negativity (sanácia pyelonefritídy a bronchopneumónie). Preložená 10. pooperačný deň z ARO na gyn. - pôr. kliniku a 15. pooperačný deň do ambulantnej starostlivosti.

Záver: Mortalita na MODS pri zlyhávaní štyroch a viac orgánov je 83 -100 %. Dlhodobá prognóza pacientov po prekonanom MODS nie je adekvátne doložená. V prezentovanom prípade u pacientky 15. deň po operácii došlo k úprave multiorgánovej dysfunkcie vrátane postihnútia centrálného nervového systému. Ďalší osud pacientky je neznámy (bezdomovkyňa).

4: Akútna inverzia maternice: analýza 3 prípadov

¹Dosedla E., ¹Frič, D., ¹Richnavský, J., ¹Lukačín Š., ²Calda P.

¹III. gyn. - pôr. klinika LF SZU, 1. súkromná nemocnica Košice –Šaca a.s.

²Gyn. - por. klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Inverzia maternice je závažná pôrodnická komplikácia, pri ktorej je perakútne ohrozený život rodičky. Pri inverzii maternice dochádza k rôznemu stupňu poklesu tela maternice. Príčinou inverzie je takmer vždy nesprávny postup vedenia III. doby pôrodnej. Okamžitou diagnostikou a neodkladnou adekvátnou liečbou je možné predísť fatálnym následkom. V článku prezentujeme praktický postup riešenia tejto komplikácie, ktorý sme zostavili na základe skúseností s tromi prípadmi kompletnej inverzie maternice.

Cieľ: Cieľom štúdie je analýza prípadov inverzie maternice na III. gyn. - pôr. klinike LF SZU v období rokov 2004 – 2011.

Materiál a metodika: Retrospektívnu štúdiu sme analyzovali prípady inverzie maternice na III. gyn. - pôr. klinike LF SZU v období rokov 2004-2011. Analyzovali sme incidenciu a priebeh inverzií maternice v sledovanom období. Sledovali sme demografickú a klinickú charakteristiku pacientiek, aby sme identifikovali rizikové faktory inverzie maternice. Pri analýze výsledkov sme použili štatistický program PASW Statistics 18 (SPSS, Chicago, IL, USA), pričom sme využili nasledovné analytické metódy: deskriptívnu a frekvenčnú analýzu. Za štatisticky významnú sme pokladali hodnotu $p < 0,05$.

Výsledky: V sledovanom období boli na III. gyn. - pôr. klinike LF SZU 3 prípady inverzie maternice (8765 pôrodov). Incidencia inverzie maternice bola 1:2922 pôrodov. Vo všetkých troch prípadoch išlo o prvoroďičku, u ktorých došlo ku kompletnej inverzii maternice v III. dobe pôrodnej. Ani v jednom prípade kompletnej inverzie maternice nebolo možné vykonať repozíciu vaginálnou cestou. V dvoch prípadoch sa podarilo maternicu reponovať laparotomicky a v jednom prípade musela byť vykonaná hysterektómia.

Záver: Z výsledkov našej štúdie vyplýva, že incidencia inverzií maternice je porovnateľná s výsledkami iných autorov. Identifikovali sme nasledovné rizikové faktory inverzie maternice: prvoroďička, placenta implantovaná vo funde a tlak na fundus. V práci prezentujeme postup pri repozícii maternice ako i kľúčové body pri menežmente tejto pôrodnickej komplikácie.

5: Ložisková subinvolúcia ciev v mieste placentácie s rozvojom koagulopatie ako zdroj rekurentného akútneho sekundárneho postpartálneho krvácania

¹Žúbor P., ²Kajo K., ¹Korňan J., ^{1,3} Žúborová D., ¹Krivuš Š., ¹Fiolka R., ¹Dókuš K., ¹Danko J.

¹Gyn. - por. klinika, ²Ústav patologickej anatómie, ³Rádiologická klinika JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Popôrodné krvácanie predstavuje vážny zdravotný problém tak pre rodičku ako aj pre pôrodnika. Svojím patomechanizmom je jednou z hlavných príčin cirkulačného šoku, renálneho a respiračného zlyhania, či vzniku generalizovanej koagulopatie. Jeho závažnosť je umocnená aj tým, že nie je nijak špecificky viazané na spôsob ukončenia tehotnosti (vaginálne vs. cisársky rez). Nebezpečenstvo popôrodného krvácania je navyše umocnené tzv. sekundárnou formou krvácania, ktorá sa môže vyskytnúť až po prepustení rodičky z pôrodnice.

Cieľ: Prezentácia neobvyklej formy sekundárneho popôrodného krvácania u pacientky po nekomplikovanom cisárskom reze s popisom spôsobu liečebno-diagnostického manažmentu a riešenia vzniknutých komplikácií na báze tzv. ložiskovej placentárnej cievnej subinvolúcie a tkanivovo ohraničenej koagulopatie.

Metodika: Kazuistika

Výsledky: 24-ročná primigravida a nulipara prijatá na kliniku v 41. t.t. s anamnézou pravidelných kontrakcií á 5 minút, pokročilým vaginálnym nálezom s polohou plodu koncom páňovým. Z indikácie nepostupujúceho pôrodu pri vysokostojacom KP bola tehotnosť ukončená cisárskym rezom, štandardným spôsobom, bez komplikácií. Antenatálny skríning a starostlivosť o rodičku bola bez vážnejších pozoruhodností, až na neliečenú tehotenskú anémiu (Hb 102 g/l). Pacientka bola prepustená na 5. deň šestonedelia (Hb 91 g/l). Na 27. deň po pôrode bola hospitalizovaná pre silné krvácania z uteru s poklesom Hb na 70 g/l. Po podaní transfúzií sa stav upravil, demitácia domov, bez známk krvácania. Kultivácia z pošvy s nálezom E.coli, Corynebacterium sp., Candida sp., a Str. agalactiae. Odporúčaná antibiotická liečba u pacientky v spáde nerealizovaná. Na 43. deň po pôrode rehospitalizovaná pre opakované profúzne krvácanie z rodidiel (Hb 86 g/l). Vykonaná hysteroskopia s kyretážou (negatívny nález), substitúcia krvných strát. Demitovaná domov s odporúčením kombinovanej estrogén-gestagénovej liečby endometria. Na 63. deň od pôrodu pacientka opäť hospitalizovaná s profúznym krvácaním z rodidiel v stave hemoragického šoku (Hb 61 g/l), cirkulačne nestabilná. Vykonaná urgentná supravaginálna amputácia uteru. Histologický nález nepotvrdil dehiscenciu v oblasti jazvy po SC, prítomný len nález hyperplázie endometria. Vyslovené podozrenie na ložiskovú subinvolúciu ciev v mieste placentácie, superponovanú zápalom s rozvojom ložiskovej koagulopatie vedúcej k raritne sa vyskytujúcemu opakovanému krvácaniu z maternice.

Záver: Skoré rozpoznanie nezvyčajných príčin popôrodného krvácania s možným zvážením raritnej subinvolúcie cievnych štruktúr v mieste uloženia placenty s rozvojom ložiskovej koagulopatie umožní poskytnutie adekvátnej liečby pacientky a zachovanie fertility.

Práca bola podporená projektom ITMS 26220120016 "Centrum excelentnosti pre perinatologický výskum", ktorý je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ.

6: Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) po cisárskom reze

¹Hammerová L., ¹Korbel M., ¹Redecha M., ¹Nižňanská Z., ¹Féderová L.,²Geryk B.

¹I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, ²Radiológia s. r. o., Bratislava

Cieľ práce: Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) je charakterizovaný bolesťami hlavy, alteráciou vedomia, vracaním, záchvatmi a poruchami videnia. Predispozične je postihnutá kortikálna a subkortikálna biela hmota zadných okcipitálnych a parietálnych lalokov a iných mozgových štruktúr. Najčastejšou príčinou PRES je hypertenzia, preeklampsia, imunosupresívna liečba, urémia, intoxikácia digoxínom, akútna porfýria a ťažká hyperkalcémia.

Materiál a metodika: Kazuistika 32-ročnej G2/P1 s PRES diagnostikovaným po cisárskom reze.

Výsledky: 32-ročná G2/P1 v 39. gestačnom týždni bola prijatá na pôrodnú sálu s poruchou vedomia, fokálnymi neurologickými príznakmi, predčasným odtokom plodovej vody, znakmi rozvíjajúcej sa preeklampsie a hroziacou intrauterinnou asfyxiou plodu. Gravidita bola ukončená akútnym cisárskym rezom. Intravenóznou liečbou magnéziom dochádza počas troch hodín k poklesu krvného tlaku zo 170/110 mmHg na 130/85 mmHg. Na 1. pooperačný deň anemizuje, rozvíja sa závažná oligúria a progresívne sa zhoršuje vedomie pacientky. Neurologické vyšetrenie a CT mozgu suponuje ložiskovú ischémiu. MRI mozgu diagnostikuje zóny patologického signálu v okcipitálnej a parietálnej bielej hmote. Malé ložiská sú nájdené aj v oblasti bazálnych ganglií a v cerebelle. Po stanovení diagnózy PRES bolo pacientke aplikovaný magnesium sulfát, methyldopa, urapidil, kortikosteroidy, nízkomolekulové heparíny, antiedematózna liečba, forsírovaná diuréza a dve transfúzie erytrocytarnej masy. Dochádza k výraznému zlepšeniu klinického stavu pacientky - po 48 hodinách je lucídna, orientovaná, bez neurologickej ložiskovej symptomatológie. Kontrolné MRI vyšetrenie vykazuje regresiu zmien signálu supra aj infratentoriálne. Na 8. pooperačný deň pacientka udávala vznik bolesti v podbruší. Ultrazvukovým vyšetrením bol zistený hematóm (cca 900 ml) medzi uterom a močovým mechúrom, ktorý sa spontánne vyprázdnil cez uterus. Pacientka bola prepustená na 12. pooperačný deň bez bolesti hlavy a neurologického deficitu.

Záver: Preeklampsia je ochorenie charakterizované hypertenziou, periférnymi edémami a proteínúriou, ale u niektorých pacientok dochádza k rozvoju neurologických príznakov a symptómov identických s hypertenznou encefalopatiou. MRI zohráva kľúčovú úlohu v diagnostike PRES. Postihnutie mozgu je zvyčajne reverzibilné, ale pri oneskorenej diagnostike alebo nesprávnej liečbe môže viesť k trvalému poškodeniu mozgu. V prípade bolesti hlavy s fokálnymi neurologickými príznakmi, poruchami vízu, záchvatmi spolu s poruchou mentálnych funkcií treba vždy myslieť aj na PRES.

7: Epilepsia a gravidita

Murín B., Suchánek P., Kraus V., Matta M., Fialová B., Dianišková K., Molokáč R., Jesenská J. I. gyn. - pôr. klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice

Úvod a cieľ: Problematika epilepsie a gravidity je stále aktuálna téma. Je komplexným problémom, ktorý vyžaduje individuálny prístup. Približne 1/200 tehotných žien trpí epilepsiou, 3-5/1000 narodených detí budú deti žien s epilepsiou. Tehotenstvo môže ovplyvniť epileptické ochorenie, a to zhoršiť v 17-46%, alebo zlepšiť v 5-24%. U väčšiny pacientok (51-80%) nemusí mať žiadny vplyv. Zhoršenie epilepsie najčastejšie nastáva v I. a III. trimestri a počas laktácie. Výnimočne môže byť výskyt epileptických záchvatov viazaný iba na tehotenstvo a šesťnedeľie. Takáto epilepsia sa označuje ako gestačná. Epileptické ochorenie ovplyvňuje priebeh tehotenstva. Veľmi závažnou komplikáciou môže byť rozvoj epileptického statusu, ktorý končí letálne pre 1/3 matiek a 1/2 detí. Liečba antiepileptikami je nutná aj napriek ich teratogénnemu účinku. Riziko výskytu veľkej vrodenej vývojovej vady u žien s epilepsiou liečených jedným antiepileptikom je 2-3x vyššie v porovnaní s bežnou populáciou. Taktiež je dokázané vyššie riziko vrode-

ných vývojových vád u polyterapie v porovnaní s monoterapiou. Vlastný pôrod nemusí byť komplikovanejší ako u žien bez epilepsie. Udáva sa, že 1-2% pacientok s epilepsiou má pri pôrode generalizovaný tonicko-klonický záchvat. Epilepsia nie je absolútnou indikáciou k cisárskemu rezu. Cieľom tejto práce je podať ucelený pohľad na problematiku epilepsie v tehotenstve, a na management pacientok s touto diagnózou na I. gyn. - pôr. klinike v Košiciach.

Materiál a metodika: Retrospektívna analýza prekoncepčného obdobia, priebehu tehotenstva a pôrodu žien s epilepsiou v 5-ročnom súbore na I. gyn. - pôr. klinike v Košiciach.

Záver: V starostlivosti o tehotné ženy s epilepsiou je dôležitá informovanosť, plánovanie, optimalizácia liečby v prekoncepčnom období a multidisciplinárny postup. Aj napriek všetkým rizikám prebieha u 90% žien s epilepsiou tehotenstvo bez väčších komplikácií a narodí sa im zdravé dieťa.

8: Porody u adolescentných rodičiek – prúbeh a komplikácie

Zmrhalová B., Záhumenský J., Menzlová E., Vojtěch J., Šottner O., Neumannová H.

Gyn. - por. klinika FN Na Bulovce, Praha

Cíl práce: Gravidita u nezletilých žien je považovaná za celosvetový problém nejen sociální ale i medicínský. Podle některých studií je těhotenství mladistvých asociováno s vyšším rizikem některých komplikací v těhotenství či za porodu, jako např. vyšší riziko preeklampsie, předčasného porodu, nízké porodní hmotnosti plodu a dalších. V některých zemích světa je prevalence adolescentních gravidit vysoká a je dávana do souvislosti s vyšší mateřskou a neonatální mortalitou. Autoři ve své práci srovnávají porodnická data u skupiny žen z celé České republiky, které rodily před dosažením 18. roku věku ve srovnání se ženami zletilými. Rovněž provedli analýzu souboru nezletilých žen z vlastního pracoviště.

Materiál a metodika: Analýza souboru rodičiek mladších 18-ti let, ktoré porodily v ČR medzi lety 2005-2009. Zdroj dat- ÚZIS. Analýza souboru rodičiek mladších 18-ti let, ktoré porodily ve FN Na Bulovce v letech 2007-2010. Zdroj dat medicínsky informačný systém.

Výsledky: V České republice tvoří porody nezletilých rodičiek za uvedené období 0,82% všech porodů. Regionálně jsou patrné rozdíly ve výskytu nezletilých rodičiek, nejméně má Zlínský kraj a Praha (0,31% a 0,39%) nejvíce má Karlovarský a Ústecký kraj (1,83% a 1,80%). Procento císařských řezů u mladistvých je o něco nižší než je celostátní průměr (14,00% oproti 21,15%). Počet porodů ukončených per forcipem je přibližně stejný (1,75% oproti 1,31%). Výskyt předčasných porodů je ve skupině mladistvých vyšší (22,57% oproti 14,90%).

V letech 2007-2010 celkem porodilo na Gyn. - por. klinice FN Na Bulovce 8668 žen, z toho 47 žen mladších 18 let (0,54%), z toho císařským řezem porodilo 21,3%, per forcipem 2,0% žen. Zaznamenali jsme nižší výskyt indukovaných porodů v dané skupině (6,38% oproti 12,8%).

Závěr: Analýzou dat porodů mladistvých rodičiek v České republice jsme zjistily, že jsou významné rozdíly v prevalenci v jednotlivých krajích ČR. Uvedená skupina žen je rizikovější ohledně předčasného porodu a má nižší výskyt operačních porodů.

9: Dostupná a bezpečná interrupcia na Slovensku?

¹Kliment M., ²Cupaník V.

¹GynGaal. s. r. o., Pezinok, ²GPN s. r. o., Bratislava

V súvislosti so súčasťou orientáciou štátnej politiky v oblasti reprodukčného zdravia na Slovensku autori upozorňujú na nárast rizika vývoja smerom k nebezpečným potratom. Vychádzajú z upozornení medzinárodných inštitúcií na situáciu na Slovensku (WHO – svetová zdravotnícka organizácia a FIGO- Medzinárodná federácia gynekológov a pôrodníc). Uvedený problém analyzujú v globálnom kontexte tak, ako je vnímaný na pôde OSN (Organizácia spojených národov) a UNFPA (Populačný fond spojených národov). Autori uvádzajú definíciu nebezpečného potratu, jeho závažnosť pre zdravie a život žien v kontexte globálnej štatistiky OSN. Poukazujú

na determinanty nebezpečného potratu podľa WHO, ktorými je reštrikčná potratová legislatíva, nedostatok ženskej svojprávnosti, nedostatočná sociálna podpora, inadekvátne služby antikoncepcie a nedostatočná infraštruktúra zdravotníckych služieb orientovaných na ochranu reprodukčného zdravia. Upozorňujú na konflikt stratégie OSN, WHO, UNFPA a FIGO na podporu reprodukčného zdravia žien a prevenciu nebezpečných potratov s konzervatívnymi silami na globálnej aj národnej úrovni. Na grafoch ukazujú pozitívny vývoj v oblasti počtu interrupcií tehotnosti, ktoré sa ukazujú ako ťažko pochopiteľné v protiklade s emotívnymi kampaňami náboženských aktivistov proti legálnemu statusu UPT, ako aj proti gynekológom. Autori v súlade s programom FIGO považujú za dôvody rizika vývoja k nebezpečným potratom: koordinované útoky na stavebné kamene Akčného programu OSN o populácii a rozvoji, Programu WHO na ochranu sexuálneho a reprodukčného zdravia, ako aj Programu FIGO na prevenciu nebezpečných potratov na oblasť vzdelávania, legálneho statusu UPT, na dostupnosť a kvalitu služieb reprodukčného zdravia a odmietanie odbúravania sociálnych bariér k službám a prostriedkom plánovaného rodičovstva. Uvádzajú základné etické princípy FIGO pre prácu gynekológov v citlivej oblasti reprodukčnej medicíny, ktoré sú v rozpore s náboženskou interpretáciou. Poukazujú na riziká vývoja štátnej politiky v kontexte medzinárodnej zmluvy s Vatikánom, so záväzkami prijatia zásad Magistéria katolíckej cirkvi, s jej postojmi k ľudskej sexualite a s rizikom využitia práva výhrady svedomia, bez jasného definovania podmienok, ktoré by na druhej strane zabezpečili dostupnosť a kvalitu služieb reprodukčného zdravia, vrátane bezpečného vykonania UPT.

10: Novinky v gynekologické patológii

Michal M.

Cytopathos s. r. o., Bratislava, Bioptická laborať s. r. o., Plzeň

Zmeny v nádorových klasifikáciách a zmeny na pohľad vzniku nádorů se zpravidla objeví v literatuře patológů s několikaletým předstihem před uvedením do literatury gynekologické.

V posledních dvou letech došlo k zásadním změnám v pohledu na některé klasifikace orgánů ženského genitálního traktu. V přednášce bude probíráno přehled těchto změn, které právě probíhají v klasifikaci dysplázií vulvy. Dále budou uvedeny některé zásadní novinky v cervikální patológii, patológii Fallopiánských tub a nádorů ovarií.

11: Multidisciplinárny míting ako nástroj kontroly kvality onkologickej starostlivosti vo Veľkej Británii

Potančok, B.

East Kent University Hospital NHS Foundation Trust, East Kent Gynaecology Oncology Centre, Margate, United Kingdom

Diagnostika a liečba malignómov je zložitý proces, ktorý obyčajne presahuje hranice jednotlivých disciplín. Potreba inštitútu povinnej konzultácie ako ochrany pacientov pred lekárskej voľbou, no takisto ochrany lekárov pred chamtivosťou právnikov, viedla ku vzniku indikačných seminárov, spočiatku len pre vybrané skupiny nádorov. Neskôr sa tieto semináre takmer vo všetkých európskych krajinách transformovali do pravidelných konferencií, kde sa stanovuje diagnostický a liečebný plán pre každého konkrétneho pacienta s rakovinou. Dodržanie takéhoto plánu, prípadne jeho zlyhanie sa jednak diskutuje, no zároveň aj konfrontuje s prijatými anglickými štandardami a s výsledkami operácie, rádioterapie či chemoterapie. Samostatne sa preberajú komplikácie liečby. Gynekologický MDM (multidisciplinárny míting) má v Anglicku predpísaný počet a štruktúru členov, kde popri 2 onkogynekologických špecialistoch je prítomný aj patológ, radioterapeut, chemoterapeut, špecializovaná onkologická sestra, MDM koordinátor a dokumentaristka. Zasadnutie je verejné, často za prítomnosti postgraduátov a študentov medicíny. Každý má právo na otázku. Koná sa každý týždeň formou telekonferencie. MDM sa

stalo významným nástrojom pri kontrole kvality onkologickej starostlivosti. Cieľom prednášky je podať konkrétny obraz o práci takejto skupiny odborníkov.

12: Predpoklady úspešnej laparoskopie v podmienkach jednoduchovej chirurgie

Ditte M., Cupaník V., Demečko D., Mareš P., Vačková K., Lesná V.

GPN s. r. o., Bratislava

Cieľ práce: V podmienkach jednoduchovej chirurgie treba laparoskopický výkon pripraviť, plánovať a vykonať tak, aby bol efektívny a zároveň bezpečný pre pacientku. Cieľom našej práce bolo overiť, či nami stanovené podmienky budú garantovať bezpečný výkon a či naše predpoklady sú správne.

Laparoskopický prístup môžeme zvoliť takmer pri všetkých indikáciách gynekologickej operatívy. Pri výbere laparoskopie musíme zohľadniť vyššiu alebo rovnakú bezpečnosť pre pacientky ako pri laparotómii.

Pri diagnostickej laparoskopii a sterilizácii sa uvádza nízky výskyt komplikácií 0,4% – 0,6%. Počet komplikácií stúpa s obtiažnosťou výkonu (pri hysterektómii 4,9%) a klesá so skúsenosťou operátora. Dôležitý je vhodný výber rozsahu operácie a presné stanovenie diagnózy najmä pri riešení adnexálnych tumorov. Jedna tretina komplikácií sa odhalí až pooperačne a to krvácania z miesta operácie, drobné poškodenia povrchu čreva, podviazanie alebo lézia ureteru.

Na základe uvedených skutočností sme sa rozhodli zaradiť do palety laparoskopických výkonov diagnostickú laparoskopiu z indikácie primárnej alebo sekundárnej sterility a chronickej panvovej bolesti, sterilizáciu a operácie adnexálnych tumorov.

Postup prípravy a výkonu sme stanovili nasledovne:

Dôkladná príprava pacientky na výkon a presná diagnostika jej ochorenia.

Dôkladná informácia pacientky dokumentovaná podpísaným informovaným súhlasom, kde k jednotlivým typom výkonu uvádzame jeho podrobný opis s možnými komplikáciami.

Interné predoperačné vyšetrenie a vyšetrenie anesteziológom v dostatočnom časovom predstihu. Rešpektovanie rozhodnutia anesteziológa o prípadnej kontraindikácii alebo doplnení vyšetrení. Pri predpokladanom operačnom výkone zabezpečenie aspoň jednej konzervy okríženej krvi pre pacientku.

Antibiotická profylaxia parenterálnym podaním antibiotík pred operačným výkonom.

Vykonanie laparoskopie skúseným operátorom a asistentom a skúsenou inštrumentárkou.

Vloženie „redon drénu“ do dutiny brušnej po laparoskopickej operácii a jeho ponechanie 12 hodín po operácii.

Dostatočné tmenie bolesti v pooperačnom období.

Pooperačná starostlivosť vykonávaná zaškoleným a skúseným kolektívom zdravotných sestier.

Potreba bezchybného spoľahlivého inštrumentária so zabezpečeným servisom.

Materiál a metódika: Za obdobie od 1.1.2008 do 31.1.2010 sme v podmienkach jednoduchovej chirurgie vykonali 175 laparoskopií (87 diagnostických, 68 operačných a 20 sterilizácií).

Za uvedené obdobie sme zaznamenali dve komplikácie, čo činí 1,14%.

Komentár: V prvom prípade išlo o poškodenie serózy colon sigmoideum pri odstraňovaní rozsiahlych endometriálnych ložísk z Douglasovho priestoru. S prizvaným chirurgom sme následne vykonali laparoskopicky sutúru serózy. Pacientka bola prepustená po náležitom poučení o 18 hodín po výkone do domáceho ošetrovania.

V druhom prípade, matka pacientky, 33-roč. nuligravida, zatelefonovala 72 hodín po nekomplikovanej adnexektómii pre dermoidovú cystu ovária operátorovi, že jej dcére sa točí hlava, je jej na odpadnutie, má bolesti v podbrušku a zvýšenú teplotu na 37,4 C. Operátor odporučil vyšetrenie na našej ambulancii. Podľa slov matky pacientka má kolapsový stav a nie je schopná doštvíť sa na oddelenie. Vzhľadom k anamnestickým údajom, pripomínajúcimi intraabdominálne krvácanie a rozvíjajúci sa hemoragický šok, odporučili sme prevoz rýchlou zdravotnou službou

na chirurgické oddelenie. Pacientka bola privezená na nosítkach v doprovode matky o 40 minút („rýchla zdravotnícka pomoc“). Pacientka bola spotená, hyperventilovala a sťažovala si na silné bolesti v podbrušku a na hrudníku. Ihneď bola vyšetrená. Gynekologické palpačné a sonografické vyšetrenie vykázalo normálny nález na vnútorných rodidlách, bez známok intraabdominálneho krvácania. TK: 120/80, P: 120/ min, KO a základné biochemické vyšetrenia boli v norme. Po infúznej liečbe s analgetikami sa stav pacientky rýchlo upravil ad integrum, a na druhý deň ráno bola prepustená domov. Treba zdôrazniť, že po celý čas jej matka zasahovala do vyšetrenia a neadekvátne s prehnanou starostlivosťou komunikovala s dcérou. Neskôr sa pacientka ospravedlnila za „panickú reakciu“ na mierne bolesti v podbrušku a subfebrilitu.

Záver: napriek malému súboru sa domnievame, že nami stanovené podmienky a opatrnosť pri výkone nám umožňujú riešiť ochorenia našich pacientok k ich spokojnosti, bez zbytočných stresov pre operátora a ošetrojúci kolektív. Na ilustráciu sme uviedli stav, s ktorým sa možno v rámci jednodňovej chirurgie stretnúť, nakoľko pacientky odchádzajú skoro po operáciách domov a snaha nepodceniť telefonické údaje (ktoré sú nezriedka naštudované z internetu a tým sú aj vierohodnejšie) vedú k zvýšenej ostražitosťi operátorov.

13: Komplikace v gynekologické endoskopii

Kučera E.

Ústav pro péči o matku a dítě, Katedra gynekologie a porodnictví 3. LF Univerzity Karlovy, Praha

Úvod: Diagnostická a operační laparoskopie je velmi často používaná invazivní metoda v gynekologii. Široké rozšíření laparoskopie přináší spolu s prospěchem pro pacientku i některé problémy a komplikace. Např. od roku 1996 v České republice existuje Národní registr komplikací gynekologické laparoskopie, který vznikl z potřeby registrovat komplikace vznikající v souvislosti s gynekologickými laparoskopickými operacemi.

Metodika: literární přehled, komentované kazuistiky

Výsledky: Historický vývoj vzniku komplikací laparoskopických technik dobře koreluje s rozvojem metody. Výsledky rozsáhlých analýz komplikací gynekologické laparoskopie ukazují, že v letech 1970-1985, kdy operační laparoskopie procházela iniciální fází, bylo častou příčinou komplikací nedostatečné technické vybavení. V období intenzivního rozvoje 1985-1990 se jako hlavní příčina jeví nevhodné indikace k operaci, zatímco od 90- let do současnosti se zdá klíčovým faktorem osobnost chirurga.

Závěr: Komplikace v laparoskopii jsou většinou způsobené nedostatečnou erudicí operátora a chybnými metodickými postupy při provádění výkonu. Některé z komplikací jsou spojené se závažnou morbiditou, a bohužel i s mortalitou pacientky (např. cévní nebo nepoznaná střevní poranění). Laparoskopické operace tedy vyžadují přesné dodržování metodiky adekvátně vycvičeným operačním týmem a vedením operace s maximální mírou bezpečnosti.

14: Riziko vzniku recidívy prolapsu v inom kompartmente pri použití syntetického implantátu v rámci operačnej liečby prolapsu panvových orgánov

¹Urdzík P., ²Galád J., ¹Ostró A.

¹Il. gyn. - pôr. klinika LF UPJŠ a UNLP, Košice

²Gyn. oddelenie, Gynpor, s. r. o., Sliach

Cieľ: Zistiť riziko vzniku recidívy prolapsu v inom kompartmente pri použití MESH v rámci operačnej liečby prolapsu panvových orgánov.

Typ štúdie: Multicentrická retrospektívna štúdia

Názov a sídlo pracoviska: Il. gyn. - pôr. klinika LF UPJŠ a UN L. Pasteura, Košice a Gynekologické oddelenie, Gynpor, s. r. o., Sliach

Súbor a metodika: Do štúdie sme zaradili 148 žien, ktoré boli prijaté pre prolaps panvových

orgánov so stupňom ≥ 2 podľa klasifikácie Pelvic Organe Prolapse – Quantification (POP-Q) v rokoch 2007-2009. Podľa typu defektu a implantátu sme 148 žien rozdelili do dvoch skupín: MESH A (107 žien) – defekt v prednom kompartmente a MESH P (41) defekt v zadnom kompartmente. Za úspešnú korekciu sme považovali v 1-ročnom follow-up ak POP-Q ≤ 1 . Za recidívu defektu v neoperovanom kompartmente sme považovali ak POP-Q ≥ 2 . Pomocou chí-kvadrátového testu sme určili štatistickú významnosť ($p < 0,05$). Sledovali sme aj výskyt komplikácií. Výsledky: V 1-ročnom follow-up sme dosiahli efektívnosť pri korekcii defektu predného kompartmentu v skupine MESH A 98 % (105/107) oproti skupine MESH P 85 % (35/41). Rozdiel bol štatisticky významný $p < 0,005$. Recidíva v neoperovanom kompartmente bola vyššia v skupine MESH A 23 % (25/107) oproti skupine MESH P 12 % (5/41), rozdiel však nebol štatisticky významný ($p < 0,13$). V súbore sa vyskytlo 14,5 % protrúzií. Vyriešené boli konzervatívne.

Záver: Využitie syntetického materiálu predstavuje efektívnu a bezpečnú metódu pri korekcii defektu prolapsu panvových orgánov. Riziko recidívy v neoperovanom kompartmente je však relatívne vysoké, preto by mala byť už pri defekte POP-Q 1 vykonaná prídavná operácia v „menej postihnutom“ kompartmente.

Kľúčové slová: prolaps panvových orgánov, mesh, recidíva, retrospektívna štúdia

15: Manažment novovzniknutej urgencie a OAB po rekonštrukčnej chirurgii panvového dna, stress inkontinencie, terapeutické možnosti

Brenišin P.

BrenCare, s. r. o., ambulancia gynekologickej urológie, Poprad

Úvod: OAB – Hyperaktívny močový mechúr. OAB je definovaný ako nutkanie na močenie, s inkontinenciou alebo bez, spolu s častým močením a močením v noci. Výskyt OAB je 2-krát vyšší oproti astme a 3-krát vyšší ako diabetes mellitus, v populácii je celosvetovo 100 miliónov. Prevalencia vo veku nad 40 rokov predstavuje 16,6 %. Príčiny OAB: OAB vzniká jednak v dôsledku senzorickej poruchy (hypersenzitíva detruzora, urgencia, polakisúria, noktúria), jednak v dôsledku motorickej poruchy (hyperaktivita detruzora, mimovoľné kontrakcie detruzora, urgentná inkontinencia moču). Diagnostika OAB: Dôkladná anamnéza, denník močenia, základné vyšetrenie moču, uroflowmetria, meranie postmikčného rezídua pomocou USG, základné vyšetrenie obličiek a horných močových ciest, urodynamické vyšetrenie. Liečba OAB: Zníženie urgencie, epizód úniku moču, frekvencie mikcií a zvýšenie objemu vymočeného moču. Farmakoterapia – anticholinergiká, spazmolytiká, HRT.

Materiál, metódika: Vaginálna chirurgia má svoje miesto pri liečení gynekologických problémov žien. Táto chirurgia môže zlepšiť, zhoršiť alebo spôsobiť dysfunkciu dolného močového traktu. Pozoruje sa zvýšená senzitivita mechúra v priebehu 6 mesiacov po operácii ako znížený objem prvého nutkania na močenie, normálneho nútenia na močenie, kapacity mechúra a nezriedka silné nutkanie na močenie s únikom moču.

Výsledky: V literatúre (I. Diez-Itza a spol. In: Gynecologic and Obstetrics Investigation, 1/2009) sa udáva výskyt OAB de novo asi u 20 % pacientok po rekonštrukčnej operácii panvového dna. Čas vývinu symptómov je asi tri mesiace. V liečbe sa aplikuje farmakoterapia – anticholinergiká, spazmolytiká, HRT. Na druhej strane však existujú štúdie, ktoré zaznamenávajú zlepšenie symptómov OAB po rekonštrukčnej operácii prednej pošvovej steny u cca 70 % žien sa zlepšila urgencia a cca u 60 % žien sa znížila frekvencia močenia. (G. A. Digesa a spol. In: International Urogynecology Journal, April 2007)

Záver: Takmer 20 % žien po rekonštrukčnej operácii panvového dna má symptómy OAB de novo, ktoré pred operáciou nemali. Je potrebné tieto symptómy poznať, dôkladne ich diagnostikovať a liečiť. Niektoré štúdie však potvrdili zlepšenie symptómov OAB po rekonštrukčnej operácii prednej pošvovej steny, u cca 70 % žien zlepšenie urgencie a u cca 60 % zníženie frekvencie močenia.

16: Komplikácie operačných riešení porúch panvového dna u žien

Lamprechtová B., Oravec J.

1.gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

Úvod: Súčasne sú operačné riešenia inkontinencie rôznorodé: predné a zadné plastiky, paravaginálne korektúry, kolposuspenzie, aplikácie implantátov (suburetrálne „tension – free“ pásky) a novšie postupy s využitím tzv. sieťok („Meshe“). Komplikáciami posledných dvoch výkonov sa budeme zaoberať aj v našej práci.

Medzi najčastejšie komplikácie patria: erózie spôsobené syntetickým materiálom, protrúzia sieťky, poševné granulácie, dyspareunia, bolesti nezávisle od pohlavného styku, rekurentný prolaps panvového dna. Medzi zriedkavejšie sa zaraďujú: skrútenie a zúženie pošvy, perioperačne veľká strata krvi, postoperačne vznik uterovaginálnej fistuly, ruptúra močového mechúra. Cieľ: Predstaví možné komplikácie urogynekologických výkonov, konkrétne aplikácií implantátov na úpravu predného a zadného kompartmentu, ich možné riešenie a naše skúsenosti s komplikáciami pri týchto výkonoch.

Materiál a metódy: Prospektívne sledovanie súboru 71 pacientok s prolapsom panvových orgánov, ktoré boli operované na I. gyn. - pôr. klinike UNB a LFUK v Bratislave v období od januára 2008 do februára 2011. Pri operácii sme použili implantáty TOT, NAZCA-R POP, NAZCA TC-POP, predný a zadný Prolift.

Výsledky: V celom súbore sme nezaznamenali vyššiu krvnú stratu ako 400 ml a ani jeden prípad infekcie implantátu. V jednom prípade došlo k hyperkorekcii pásky rok po výkone, následne sme uskutočnili extrakciu pásky a sutúru iatrogénne spôsobenej ruptúry močového mechúra. Z daného počtu sieťok sa vyskytli komplikácie v troch prípadoch, pri jednom došlo k vzniku hematómu, u dvoch k erózií sieťky. U dvoch pacientok v súbore sa objavila opäť stresová forma inkontinencie, následne sa u nich aplikovala TOT a TVT páska. Spomínané dve erózie nastali po implantácii prednej sieťky v rozsahu do 0,5 cm; riešili sa parciálnou extrakciou sieťky, následný follow-up nepreukázal žiadne iné komplikácie.

Diskusia: Syntetické materiály sa začali používať v panvovej rekonštrukčnej chirurgii na zlepšenie operačných výsledkov. Ich použitím sa vyhneme pôvodnému defektnému tkanivu, procedúra je mnohonásobne jednoduchšia, celkovo dochádza k zníženiu operačného času, znižujú sa relapsy ochorení.

Možné komplikácie vznikajú najčastejšie dôsledkom narušeného hojenia rany a odmietnutia cudzieho telesa organizmom v podobe chronického zápalu. Najlepšou metódou na odstránenie operačných komplikácií sa ukázala byť čiastočná resekcia sieťky.

Záver: Určite sú do budúca potrebné ďalšie, najmä prospektívne štúdie sledujúce anatomické a funkčné dôsledky spomínaného operačného riešenia poruchy panvového dna pomocou cudzieho materiálu a follow-up pacientok v špecializovanej urologickej ambulancii s výchovou špecializovaných lekárov k operatíve.

17: Postavenie rehabilitácie svalov panvového dna v prevencii recidívy stresovej inkontinencie moča¹Havalda A., ²Romančík M., ³Havaldová B., ¹Federová L., ¹Kosibová Z.1I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, ²Urologické oddelenie UNB,³Oddelenie fyziatrie a rehabilitácie UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

Neexistuje všeobecné pravidlo pri výbere operačnej techniky pre ženy so stresovou inkontinciou (SUI) moča. Kolposuspenzia podľa Burcha a implantácia transobturatórnej pásky (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 SUI. Súbor tvorili pacientky po Burchovej kolposuspenzii a po TOT.

Materiál a metodika: V období rokov 2000-20010 sme sledovali skupinu 220 pacientok po operačnej liečbe pre stresovú inkontinenciu moča. Pacientky podstúpili Burchovu kolposuspenziu alebo TOT. Objektivizáciu úniku moča a jeho kvantifikáciu sme sledovali jednodňovým plienkovým testom (PAD), 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 60 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 so stanovením hodnoty abdominálneho únikového tlaku (VLPP) na vylúčenie urgentnej zložky inkontinencie. Predoperačne a pooperačne v 6 mesačných intervaloch sa hodnotil špecifický dopad SUI na kvalitu života (IQOL).

Výsledky: Priemerný vek pacientok bol 55,5 roka. Predchádzajúce gynekologické operácie absolvovalo 58 pacientok, 29 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 recidív inkontinencie. Najlepšie výsledky sme zistili v skupine pacientok operovaných TOT a pri súčasnej rehabilitácii svalov panvového dna. V tejto skupine boli prvý rok po operácii všetky pacientky úplne kontinentné, kým v s skupine pacientok po TOT a bez súčasnej rehabilitácie bolo úplne kontinentných 91,7%. S narastajúcim odstupom času od operácie počet pacientok s recidívou inkontinencie narastal. Piaty rok po operácii TOT bolo v skupine pacientok bez rehabilitácie úplne kontinentných 83,3% a v skupine pacientok s rehabilitáciou až 87,5%. O niečo horšie výsledky sme dosiahli v skupine pacientok operovaných kolposuspenziou sec. Burch. Prvý rok po operácii bolo úplne kontinentných 94,55% pacientok pri súčasnej rehabilitácii, v porovnaní s 86,66% pacientok bez rehabilitácie. Ešte výraznejšie rozdiely boli piaty rok po operácii. V skupine pacientok bez rehabilitácie bolo úplne kontinentných 66,66% a v skupine s rehabilitáciou 85,45% pacientok. Pri porovnaní 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 sec. 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 práci, si vytvorili lepšie podmienky pre dlhotrvajúci pozitívny efekt operačnej liečby stresovej inkontinencie.

18: Urologické komplikácie pri gynekologických operáciách

Masák L., Babala P., Mikloš P., Klačko M.

Klinika gynekologickej onkológie, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

Cieľ: Vyhnúť sa poraniam močových ciest pri gynekologických operáciách.

Materiál: V prednáške sa zaoberám príčinami najčastejších poranení močových ciest počas gynekologických operácií. Venujem sa ich diagnostike peroperačne a v pooperačnom období. Navrhujem riešenie poranení, ak sa zistia peroperačne a keď sa zistia v období po operácii.

Záver: V závere prednášky navrhнем opatrenia ako predchádzať poraniam močových ciest pri gynekologických operáciách.

19: Tamponáda panvy – metóda zástavy závažného retroperitoneálneho krvácania v oblasti panvy po gynekologickej operácii

¹Dókuš K., ¹Zúbor P., ²Kajo K., ¹Zigo I., ¹Krkoška M., ¹Višňovský J., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav patologickej anatómie, JLF UK a UNM, Martin

Úvod: V gynekologickej operatívnej patológii patrí hysterektómia medzi najčastejšie vykonávané operácie. V niektorých prípadoch však môže zástava peroperačného krvácania znamenať významný problém, ktorému musí operatér čeliť. Tamponáda panvy predstavuje užitočnú alternatívu riešenia život ohrozujúceho krvácania v panve všade tam, kde zlyhávajú štandardné postupy.

Cieľ: Prezentácia diagnosticko-terapeutického postupu pri riešení prípadu ťažko kontrolovateľného panvového krvácania v panve po operačnom odstránení veľkého myómu uteru.

Metodika: Kazuistika a literárny prehľad

Výsledky: 59-ročná chronicky na antikoaguačnej liečbe pre mitrálnu chybu prijatá na našu kliniku za účelom operačného riešenia tumoru malej panvy. Laparotomicky bola vykonaná hysterektómia s bilaterálnou adnexektómiou a súčasne bol extirpovaný aj retroperitoneálne uložený tumor o priemere cca 20 cm, histologicky ložiskovo hyalínne zmenený leiomyóm, bez zvýšenej mitotickej aktivity. V priebehu 24 hodín od operácie je nutné z vitálnej indikácie pre hemoragický šok a zástavu dýchania vykonať relaparotómiu. Peroperačne je zistené masívne krvácanie do retroperitonea s nemožnosťou identifikovať zdroj krvácania resp. ligovať hypogastrické arterie pre anatomickú neprehľadnosť. V týchto podmienkach je rozhodnuté vytamponovať Douglasov priestor a lôžko po extirpovanom tumore brušnými rúškami. Pacientka je preložená na kliniku intenzívnej medicíny. Po 4 dňoch a stabilizácii stavu je vykonaná druhá relaparotómia s odstránením kompresívnych rúšok z dutiny brušnej. Ďalší pooperačný priebeh je až na potrebu sutúry parciálnej dehiscencie rany pri jej sekundárnom hojení nekomplikovaný.

Záver: Pri zlyhaní tradičných metód zástavy masívneho peroperačného krvácania v panve môže pomôcť tamponáda panvy. Metódu sme úspešne aplikovali u pacientky so závažnou hemorágiou po abdominálnej hysterektómii a odstránení veľkého retroperitoneálne uloženého myómu.

Práca bola podporená projektom "Dobudovanie Centra excelentnosti pre perinatologický výskum (CEPV II)", ITMS: 26220120036, ktorý je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ.

20: OHSS – riešiteľná komplikácia

Malý, Z.

Unica, klinika pro léčbu neplodnosti, Brno

OHSS je najčastejšou komplikáciou IVF. Pri tejto liečbe je každá stimulácia vaječníkov vlastne řízenou hyperstimulací (COH) s cílem získat více oocytů. U 2-5% pacientek je reakce vaječníků nepřiměřená a přechází do formy neřízené - OHSS. V diagnostice, ani léčbě OHSS není jednota. Proto je cílem přednášky, z vlastních 2 000 stimulačních z posledních tří let, shrnout současný pohled na praktickou diagnostiku a hlavně uvést podrobně aktuální efektivní terapeutické postupy. Váhání vede k rozvratu vnitřního prostředí a vážným trombotickým komplikacím. Obojí poškozuje pacientku. Základ je diagnostikovat riziko pacientky již před zahájením ovariální stimulace a použít postup minimalizující vznik OHSS. U PCOS pacientek je toto riziko při jakékoli stimulaci. Pokud se pak skutečně objeví, je třeba co nejdříve zastavit patofyziologickou spirálu, kterou OHSS začne roztáčet. Prvním signálem porušené cévní perfuze je tvorba ascitu. Už jej ukáže, ale neumí kvantifikovat. Měření obvodu břicha v pravidelném časovém intervalu je jednoduchá objektivní informace a signál k včasnému nastartování léčby. Vaječníky jsou po stimulaci vždy zvětšené, ale jejich velikost neodpovídá závažnosti. Pomoc musí jít současně dvěma směry:

A/ vrátit tekutinu ascitu do cévního řečiště – osmotickou diurézou,

B/ napravit patologickou cévní perfuzi – agonisty dopaminu.

Pokud přes tato opatření ascitu dále přibývá (obvod břicha se zvětšuje), je třeba péči prohloubit dále:

C/ zajistit cévní volum – infuze krystaloidů,

D/ zabránit trombotickým komplikacím – heparinizace.

Tímto včasným postupem, lze naprostou většina OHSS zvládnou v počáteční, lehké fázi. Výjimečně, a zvláště u pozdního OHSS, který vzniká při otěhotnění pacientky a je jejím vlastním hCG stále podněcován, je třeba přidat i symptomatické opatření, které stav sice neléčí, ale přináší pacientce úlevu:

E/ punkce ascitu.

OHSS je komplikace, kde gynekolog mnoho nezmůže. Jde o vnitřní prostředí pacientky a základním problémem je, že si lékaři často neví rady. Výše uvedený postup, ale hlavně jeho rychlý začátek, umí tuto komplikaci v naprosté většině případů efektivně vyřešit

21: Najčastejšie komplikácie pri liečbe neplodnosti

Lattáková M., Války J.

Iscare, a. s., Bratislava

Liečbu sterility možno rozdeliť na konzervatívnu a liečbu v programoch asistovanej reprodukcie. Každá skupina má špecifické komplikácie. Spoločnými možnými komplikáciami sú hyperstimulačný syndróm a viacplodová gravidita. Ovariálny hyperstimulačný syndróm vzniká pri podávaní liekov na indukciu folikulogenézy a indukciu ovulácie (ako pri gonádotropínoch tak aj pri podávaní klomifénicitrátu), pričom kľúčovým momentom je podanie hCG. Rizikovými faktormi jeho vzniku sú prítomnosť PCO syndrómu, astenický habitus, vek pod 35 rokov, vysoká hladina sérového estradiolu, hyperstimulačný syndróm v anamnéze. Na odhad rizika hyperstimulácie sme zaviedli stanovenie hladiny antimüllerínskeho hormónu, ktorý ponúka informáciu o ovariálnej rezerve a tak identifikuje skupinu pacientok s PCO syndrómom. Problém viacpočetnej gravidity je pri IVF vyriešený, pretože sa obmedzil počet transferovaných embryí s výberom kvalitného embrya (po predĺženej kultivácii alebo po predimplantačnej genetickej diagnostike). Avšak ostáva problémom po indukcii ovulácie klomifénicitrátom, kedy dochádza k vývoju dvoch aj viacerých zreých folikulov s následným vývojom viacpočetnej gravidity, čo je najčastejšia komplikácia konzervatívnej liečby sterility. Bližšie sme sa venovali komplikáciám pri odbere oocytov. Môže nastať poranenie s následným krvácaním do brušnej dutiny, vznik infekcie (najčastejšie po poranení endometriímov), ale pooperačné obdobie môže byť komplikované aj inými pridruženými ochoreniami. Ďalšou bežne používanou metódou pri liečbe sterility je intrauterinná inseminácia, ktorá má pomerne nízku úspešnosť a jej rizikom je ascendentná infekcia a alergická reakcia. Komplikácie pri liečbe sterility sa nesústreďujú len do centier asistovanej reprodukcie, ale treba na ne myslieť aj pri konzervatívnej liečbe sterility v bežnej ambulantnej praxi.

22: Príčiny závažných foriem ovariálneho hyperstimulačného syndrómu u hospitalizovaných pacientok v univerzitnej nemocnici

Maršík L., Ďurechová A., Borovský M., Petrenko M., Urban H.

I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

Úvod: S pacientkami iatrogénne ohrozenými závažnými formami ovariálneho hyperstimulačného syndrómu (OHSS) sa na oddeleniach nemocníc stretávame napriek tomu, že pri kontrolovanej hyperstimulácii sú v súčasnosti vypracované účinné preventívne opatrenia proti rozvoju tejto život ohrozujúcej komplikácie a možnosti jej včasného manažmentu.

Materiál a metodika: Analýza klinického materiálu zameraná na príčiny vzniku závažných foriem OHSS u pacientok hospitalizovaných na I. gyn. - pôr. klinike LFUK a UN Bratislava s touto diagnózou v rokoch 2006- 2010.

Výsledky: Za uvedené obdobie bolo na I. gyn. - pôr. klinike s ťažkou formou OHSS a s kompli-

káciami hospitalizovaných 17 pacientok. Jednalo sa o pacientky zo 6 rôznych centier a zo 4 rôznych krajín. Príčinou rozvoja OHSS bola neúmerne vysoká dávka gonadotropínu (14) vzhľadom na vek a rizikovosť pacientky, použitie HCG na luteálnu suplementáciu (5), nerešpektovanie alarmujúcich výsledkov monitoringu počas stimulácie (5) a prenos viacerých embryí a viacplodová gravidita (8). Zo 17 pacientok bol len u 10 potvrdený syndróm polycystických ovárií (PCOS). Z preventívnych opatrení v IVF centre v rámci včasného manažmentu OHSS boli realizované punkcia ascitu (2), podanie albumínu i.v. (2), infúzna liečba ambulantne (3) a podanie nízkomolekulového heparínu (3). In vitro maturácia oocytov (IVM) a podanie kabergolínu alebo quinagolidu ako prevencia OHSS neboli realizované ani u jednej pacientky hospitalizovanej pre ťažký OHSS. Jedna pacientka bola opakovane hospitalizovaná pre ťažký OHSS po dvoch rôznych IVF cykloch realizovaných na zahraničnom pracovisku. Uvedená je stručná kazuistika tejto pacientky.

Záver: Je potrebné oceniť snahu o včasný manažment OHSS pri jeho rozvoji u mnohých IVF centier. Napriek tomu najčastejšou príčinou rozvoja ohrozujúceho OHSS bolo nedodržanie preventívnych opatrení v IVF centre. Nedostatočná spolupráca zo strany pacientky, často deklarovaná IVF centrom, nebola ako jednoznačná príčina rozvoja OHSS potvrdená.

23: Vrodené trombofílie PAI-1 (4G/5G) a f. XIII (V34I) u pacientok s reprodukčnými stratami

¹Simonidesová M., ²Šimko J., ²Babjaková L.

¹Gyn. - pôr. oddelenie NsP Považská Bystrica,

²Laboratórium molekulárnej biológie Gendiagnostica s. r. o.

Cieľ práce: Zistiť frekvenciu výskytu genetických polymorfizmov v koagulačných faktoroch Plasminogen Activator Inhibitor (4G/5G) a factor XIII (V34 L) u pacientok s reprodukčnými stratami v anamnéze.

Úvod do problematiky: Vzťah mutácií v proteínoch C, protrombíne a MTHFR k abortom je známy už dlhšiu dobu. V poslednom čase boli publikované práce, ktoré naznačili súvislosť medzi polymorfizmami v génoch ďalších proteínov koagulačnej kaskády a abortami. Plasminogen Activator Inhibitor 1 (PAI-1) je najdôležitejším inhibítorom tkanivového aktivátora trombolýzy. Polymorfizmus 4G/4G v géne pre PAI-1 zapríčiňuje, že tento sa tvorí v nadbytku, blokuje aktiváciu trombolýzy a zvyšuje pohotovosť k trombóze.

Faktor XIII, plazmová transglutamináza sa aktivuje za prítomnosti trombínu a prispieva k tvorbe fibrínového gélu. Mutácia V34L faktora XIII umožňuje vytvorenie pevnejšej fibrínovej siete odolnejšej k fibrinolýze a zvyšuje tak riziko tromboembolizmu u nositeľa.

Materiál a metodika: Pomocou real-time PCR sme vyšetrili viac ako 70 pacientok na prítomnosť polymorfizmov PAI-1 (4G/5G) a faktor XIII V34L u pacientok s reprodukčnými stratami. Kritériom zaradenia do súboru boli dva aborty v I. trimestri alebo najmenej jedna neúspešná gravidita ukončená v II. alebo III. trimestri v anamnéze. V čase písania abstraktu prebieha ešte molekulová diagnostika u časti vyšetovaných pacientok.

Výsledky a záver: Z doterajších výsledkov vyplýva preukazná súvislosť medzi výskytom polymorfizmu 4G/4G v PAI-1 a prítomnosťou reprodukčných strát u vyšetovaných pacientok.

24: Optimalizácia techniky odberu pupočníkovej krvi pri pôrode

Jenčo A., Hudec B.

II. gyn. - pôr. klinika SZU a FN FDR, Banská Bystrica

Cieľ práce: Použitie pupočníkovej krvi odobratej pri pôrode na transplantáciu krvotvorných kmeňových buniek determinuje hlavne množstvo jadrových buniek v získanom transplantáte. Aktuálne odporúčaná dolná hranica pre bunkovitosť transplantátu je definovaná úrovňou $1,7 \times 10^7$ jadrových buniek transplantátu na 1 kilogram hmotnosti príjemcu. Nevyhnutnou podmienkou je

zabezpečenie sterility odobratej krvi. Cieľom práce bolo optimalizovať proces odberu pupečníkovej krvi pri pôrode so zameraním sa na maximalizáciu získaného množstva krvi pri zachovaní sterility odberu.

Výsledky: V predkladanej videoprezentácii predstavujeme niekoľko kľúčových bodov odberu pupečníkovej krvi, kde množstvo získanej krvi zvyšujeme expresiou krvi z placenty a následne preplachom placenty. Dôkladne zrealizovaný preplach placenty disponuje najväčším potenciálom navýšenia množstva odobratej pupečníkovej krvi. Po aplikácii roztoku CPDA do cievneho riečiska placenty doporučujeme manuálne rozdistribuovať roztok smerom do menších ciev, čím z nich vypláchneme väčšie množstvo buniek. Až následne začíname s opätovným nasávaním roztoku do striekačiek. Minimalizovanie počtu vpichov prispieva k zachovaniu sterility získaného transplantátu.

Záver: Pupočňovaným spôsobom odberu dokážeme výrazným spôsobom zvýšiť množstvo odobratej pupečníkovej krvi pri pôrode, čím umožňujeme využiť odobratú pupečníkovú krv na transplantáciu pre príjemcu s vyššou hmotnosťou. Príjemcom takéhoto transplantátu sa môže stať osoba až do hmotnosti 80 kg a pri najväčších odberoch posúvame hranicu hmotnosti príjemcu ešte vyššie. Vzhľadom na väčšiu časovú náročnosť prezentovaného odberu je potrebné zabrániť zvýšeným krvným stratám z neošetrených pôrodných poranení rodičky počas realizácie odberu.

25: Potenciál využitia kmeňových buniek z pupečníkovej krvi - klinické štúdie

Kubeš, M.

Ceptra, s. r. o., Slovenský register placentárnych krvotvorných buniek,
Eurocord-Slovakia, Bratislava

Cieľ práce: Pupočníková krv je jedinečným zdrojom rôznych typov kmeňových buniek, v prvom rade krvotvorných kmeňových buniek, ale aj mezenchymálnych, pluripotentných a aj embryonálnym bunkám podobných kmeňových buniek. Cieľom práce je podať prehľad bežiacich klinických štúdií s vlastnou (autológnou) pupečníkovou krvou a prípadových štúdií poukazujúcich na potenciál využitia pupečníkovej krvi na liečbu.

Výsledky: Experimentálne výsledky z pokusov na zvieratách, ale aj čiastočné výsledky z bežiacich klinických štúdií ukazujú na široký potenciál využitia pupečníkovej krvi nielen pri obnove krvotvorby, ale aj pri regenerácii poškodených tkanív. Pokusy na zvieratách preukázali liečebný efekt podaných kmeňových buniek z pupečníkovej krvi pri neurodegeneratívnych ochoreniach, ischemickom poškodení mozgu, ale aj diabete typu 1, alebo schopnosť navodenia angiogenézy po ischemických stavoch. Z 310 klinických štúdií s pupečníkovou krvou uverejnených na <http://www.clinicaltrials.gov/> je 11 venovaných využitiu vlastnej pupečníkovej krvi pri spomínaných ochoreniach, kde sa už na zvieratách dokázal liečebný efekt. Jedná sa hlavne o použitie vlastnej pupečníkovej krvi pri liečbe rôznych foriem detskej mozgovej obrny, pri hypoxicko-ischemických encefalopatiách, traumatickom poškodení mozgu, či diabete typu 1. Prípadové štúdie úspešného použitia vlastnej pupečníkovej krvi pri liečbe hematologických ochorení, kde autológná transplantácia nie je indikovaná na 1. mieste, naznačujú potrebu prehodnotenia použitia vlastnej pupečníkovej krvi pri týchto ochoreniach.

Záver: Autológný banking (vlastnej) pupečníkovej krvi poskytuje zdroj kmeňových buniek na liečebné účely, či už na transplantáciu krvotvorby alebo regeneratívne účely. Prípadové štúdie a bežiacie klinické štúdie poukazujú na jeho neustále rastúci význam.

26: Amniocentéza - bezpečný výkon aj v podmienkach jednodňovej chirurgie

Cupaník V., Mareš P., Ditte M.

GPN s. r. o., Bratislava

Cieľ práce: Podmienky na výkon odberu plodovej vody v II. trimestri tehotnosti sa nelíšia pri

klasickej hospitalizácii a na oddelení jednodňovej chirurgie. Aj v takýchto podmienkach je amniocentéza bezpečným výkonom pre pacientku a plod.

Materiál a metodika: Hodnotili sme počet komplikácií po 380 amniocentézach vykonaných na oddelení jednodňovej chirurgie počas troch rokov.

Výsledky: Za uvedené obdobie sme zaznamenali jednu tehotenskú stratu 28 dní po amniocentéze, ktorá začala bez príznakov zápalu, spontánnym nástupom pôrodnej činnosti. Podiel tehotenských strát v našom súbore bol 0,26%. Výsledky sme porovnali s výsledkami uvádzanými vo svetovej literatúre. Porovnanie poukázalo na lepšie výsledky nášho pracoviska oproti veľkým multicentrickým štúdiám, ktoré uvádzajú percento komplikácií v rozmedzí 0,6 až 1 %.

Záver: Domnievame sa, že naše skúsenosti sú dostatočné, aby sme amniocentézu aj v budúcnosti zaradili medzi výkony jednodňovej chirurgie. Zároveň chceme pripomenúť, že amniocentéza je bezpečný výkon s malým počtom komplikácií. Napriek internetovým fórám pacientok, opatrnosti konzultujúcich genetikov a vplyvu okolia ju našim pacientkam odporúčame.

27: Effects of maternal central hemodynamics on fetal growth and well-being

Tamás P.

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Pécs, Hungary

Objective: To evaluate the long-term, and short-term effects of maternal central hemodynamics on fetal conditions, such as fetal growth and non-stress test indices.

Materials and methods: Central hemodynamics were examined by impedance cardiography in 100 normal and 27 hypertensive pregnant women during the third trimester, when cardiac output shows no further increase. In the one hundred normal pregnancies, parallel with the hemodynamic examinations, computer analyzed non-stress tests were also performed in the supine, then repeated in the left lateral recumbent maternal positions. Recorded fetal birth weights were corrected for gestational age.

Results: Positive correlation was found between maternal weight indices and cardiac output, and also between cardiac output and age-corrected fetal birth weight in normal pregnancies. Similarly, cardiac output correlated with fetal birth weight in hypertensive cases, as well.

The supine maternal position was characterized by a lower stroke volume which was compensated by pulse rate elevation, therefore cardiac output remained stable. In spite of that, indices of fetal well-being improved when the mother turned from the supine to the left lateral position.

Conclusion: Maternal central hemodynamics fundamentally influences fetal condition in both long- and short-term relations. The higher the maternal cardiac output, the larger the newborn is expected to be in normal and also in hypertensive pregnancies. According to the actual fetal condition, the increasing maternal pulse rate fails to compensate for the decreased stroke volume; therefore, the fetus prefers the maternal lateral position.

28: Sirenomelia apus: prvotrimestrálna diagnóza 2D-4D ultrazvukom

¹Dosedla E., ²Calda P., ¹Frič D., ¹Richnavský J., ¹Lukačín Š., ³Pálová E.

¹III. gyn. - pôr. klinika LF SZU, 1. súkromná nemocnica Košice-Šaca, a.s.,

²Gyn. - por. klinika 1. LF UK a VFN, Praha, ³Oddelenie lekárskej genetiky, UNLP, Košice

Sirenomelia je veľmi zriedkavá letálna malformácia neznámej etiológie. Incidencia kolíše o 0,1 do 0,47:10 000 pôrodov, pričom 3-krát častejšie sú postihované plody mužského pohlavia. Dnes je publikovaných len 13 prípadov sirenomelie, ktoré boli diagnostikované v prvom trimestri.

Prezentujeme prípad prenatalne diagnostikovaného prípadu sirenomelie u 27-ročnej ženy, primigravide, ktorú k nám na prvotrimestrálny screening v 12. týždni tehotnosti odoslal obvodný gynekológ, keďže pri rutinnom ultrazvukovom vyšetrení plodu vizualizoval intraabdominálnu cystickú štruktúru. Rodinná anamnéza matky bola bez pozoruhodností. 80 hodín po oplodnení užila levonorgestrel. Na 14. deň po oplodnení začala pre cystitídu na týždeň užívať sulfametho-

xazole/trimethoprim. Pri prvotrimestrálnom screeningu v 12+4 týždni tehotnosti sme vizualizovali plod so sirenomeliou apus (jeden femur, jedna malá tibia, nôžky neprítomné). Okrem toho sme pomocou 2D/3D/4D ultrazvuku vizualizovali intraabdominálnu cystickú štruktúru veľkosti 10,8 x 7,3 mm, dvojcievny pupočník s alantoickou cystou priemeru 10 mm. Šijové prejasnenie meralo 1,78 mm, nosná koš' bola prítomná. Množstvo plodovej boly v norme. Pacientka bola po ultrazukovom vyšetrení odoslaná na genetické konzílium. Následne sa pacientka rozhodla pre odber chóriových klkov (normálny karyotyp, 46, XY) a ukončenie tehotnosti. Pred interrupciou gravidity sme vykonali transcervikálnu fetoskopiu, ktorá potvrdila ultrazukové nálezy. 3D/4D ultrazuk je nápomocný pri konzultácii diagnózy s rodičovským párom. Predpokladáme, že sirenomeliu mohlo spôsobiť užívanie trimetoprimu v štádiu organogenézy, keďže ide o významného antagonistu kyseliny listovej.

29: Voľba prenatalného skriningového programu - potenciálna komplikácia v diagnostike Downovho syndrómu

^{1,2}Václavová Z., ¹Fellnerová M., ¹Slezák I., ³Mišianik J.

¹Femme, s. r. o., neštatná gynekologická ambulancia, ²Prosan, a. s., gynekologická ambulancia, ³Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

Cieľ práce: porovnať prenatalné skriningové programy aneuploidíí (trizómia 21, 18 a 13) plodu používané v súčasnosti v SR s ohľadom na ich záchytnosť, falošnú pozitivitu a prínos následne indikovaných invazívnych diagnostických vyšetrení (amniocentézy). Prospektívna štúdia.

Metodika a výsledky: Aktuálne sa skrining Downovho syndrómu presúva do prvého trimestra gravidity. Na podklade ultrazukového vyšetrenia plodu v I. trimestri (meranie NT-nuchálneho prejasnenia, NB- hodnotenie prítomnosti nosovej kosti) a vyšetrenia biochemických parametrov z krvi matky (PAPP-A-pregnancy associated plasma protein A a free beta hCG- voľná beta podjednotka hCG) je záchytnosť Downovho syndrómu okolo 80% pri 5% falošnej pozitivite. Jedná sa o tzv. kombinovaný test.

Výsledok kombinovaného testu je možné spojiť s výsledkami obvykle používaného biochemického skriningu v II. trimestri (MS AFP, beta hCG). Hovoríme o sekvenčnom teste. Uvedený sekvenčný test dosahuje momentálne najvyššiu senzitivitu, teda záchytnosť plodov s Downovým syndrómom (okolo 90%). Doposiaľ používaný II. trimestrový biochemický skrining (MS AFP, betaHCG) dosahuje iba 60%-nú záchytnosť plodov s Downovým syndrómom. V našom klinickom materiáli sme používali kombinovaný I. trimestrový skrining aneuploidíí, pričom v rovnakej skupine tehotných sme v II. trimestri hodnotili riziko aneuploidíí pomocou "klasického" double biochemického testu (MS AFP, betaHCG) a zároveň metódou sekvenčného testu.

Vyhodnotili sme záchytnosť, falošnú pozitivitu neinvazívnych skriningových vyšetrení a ich prínos pre následne indikované invazívne diagnostické metódy (amniocentéza).

Záver: **Skrining Downovho syndrómu, a taktiež trizómie 18 a13, sa presúva do I. trimestra gravidity. V práci poukazujeme na význam zavedenia sekvenčného skriningu aneuploidíí a porovnáваме ho s doposiaľ používaným II. trimestrovým biochemickým double testom. Aplikovanie neinvazívneho sekvenčného prenatalného skriningu v diagnostike trizómie 21.chromozómu vedie pri zvýšenej záchytnosti Downovho syndrómu, nezmenenej falošnej pozitivite vyšetrenia, k poklesu počtu invazívnych diagnostických vyšetrení (amniocentézy).**

30: Predikcia ultrasonografického obrazu hrúbky jazvy po cisárskom reze v porovnaní s operačným nálezom

Sedliaková Z., Oľapková P., Križko M., Holomán K.

II. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

Cieľ práce: Retrospektívna štúdia zameraná na porovnanie ultrasonografického nálezu hrúbky jazvy a prítomnosti dehiscencie jazvy počas pôrodu cisárskym rezom.

Materiál a metodika: Do štúdie boli zahrnuté pacientky hospitalizované na II. gyn. - pôr. klinike LFUK a UNB, u ktorých bol realizovaný cisársky rez počas roku 2010 s anamnézou cisárkeho rezu v minulosti. Zo všetkých 941 cisárskych rezoch realizovaných počas roka 2010 bolo indikovaných 240 pre stav po predchádzajúcom cisárskom reze. Pričom dehiscencia bola popisovaná u 79 rodičiek. V štúdií sme porovnávali sonografický verifikovanú hrúbku jazvy s následným operačným nálezom v oblasti jazvy dolného segmentu. Cieľom štúdie bolo posúdiť validitu sonografického obrazu jazvy s anatomickým stavom dolného segmentu. Súčasne sme sledovali korešpondenciu sonografického nálezu s BMI rodičky, veľkosťou plodu a doby merania jazvy dolného segmentu pred začiatkom kontrakčnej činnosti alebo počas nej.

31: Význam ultrazvukového skríningu v diagnostike rezidií post partum

Masaryková D., Baláž V., Bielik T.

II. gyn. - pôr. klinika SZU a FN FDR, Banská Bystrica

Cieľ práce: Zhodnotenie významu rutinného ultrazvukového skríningu pacientiek 3. deň po pôrode, v prevencii výskytu rezidií post partum.

Metodika: Prospektívnu štúdiu zahŕňajúca súbor 660 pacientiek, ktoré rodili na našom oddelení od augusta 2010 do februára 2011. Pričom každá z nich podstúpila USG vyšetrenie dutiny maternice na 3. deň po pôrode. Na základe USG vyšetrenia a klinických príznakov bola vyselektovaná skupina 25 pacientiek, u ktorých bola realizovaná inštrumentárna revízia a histologické hodnotenie získaného materiálu.

Výsledky: Z celkového počtu 660 pôrodov bola realizovaná inštrumentárna revízia u 25 pacientiek (3,8%), z toho výskyt deciduí v histologickom materiáli bol u 23 (92%), výskyt choriových klkov u 3 (12%), výskyt plodových obalov u 2 pacientok (8%). Senzitivita ultrazvukového skríningu je 66%, špecifická je na úrovni 96,9%.

Záver: Použitie ultrazvukového skríningu na 3. deň po pôrode, vzhľadom na časovú nenáročnosť, má význam v prevencii krvácajúcich stavov v šestonedelí a opakovaných hospitalizácií pacientok po pôrode pre klinické ťažkosti súvisiacich s prítomnosťou rezidií po pôrode.

32: Heterotopická gravidita: koincencia vnútromaternicovej a ektoptickej gravidity po IVF a jej liečba pomocou LigaSure™.

Dráb, M., Križko M. ml., Holomáň, K.

II. gyn. - pôr. klinika LFUK a UNB Bratislava

Cieľ práce: Autori referujú diagnostikovaný a vyriešený prípad intaktnej heterotopickej gravidity vzniknutej po asistovanej reprodukcii.

Materiál a metodika: 29-ročná primigravida, nullipara po IVF a ET prijatá v deviatom týždni gravidity pre vaginálne krvácanie. Pri vstupnom ultrazvukovom vyšetrení zistená koincencia intaktnej vnútromaternicovej a ektoptickej gravidity lokalizovanej v ľavom vajíčkovode.

Výsledky: Na základe diagnostiky heterotopickej gravidity vykonaná nevyhnutná chirurgická liečba s cieľom zachovať vnútromaternicovú graviditu. Laparotomickým prístupom, s použitím LigaSure™, odstránená ektopická gravidita v oblasti ľavého vajíčkovodu, kde deciduálne tkanivo prerastalo na ľavý vaječník a príľahlé anatomické štruktúry.

Záver: Heterotopická gravidita po spontánnej koncepcii je extrémne zriedkavý medicínsky problém. Incidencia sa odhaduje na 1:30 000. Techniky asistovanej reprodukcie môžu zvýšiť šancu na vznik patologickej nidácie až na hodnotu 1:100. Skriningové ultrazvukové vyšetrenie po gravidite vzniknutej metódou asistovanej reprodukcie by malo byť zamerané na dôsledné zisťovanie príznakov svedčiacich pre ektopickú graviditu.

33: Prevencia pooperačného serómu po axilárnej disekcii pre karcinóm prsníka: prospektívna štúdia 85 pacientok

¹Žúbor P., ²Kajo K., ¹Móricová P., ^{1,4}Žúborová D., ¹Kapustová I.,

^{1,3}Mendelová A., ¹Buocik P., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav patologickej anatómie, ³Ústav molekulovej biológie,

⁴Rádiologická klinika JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Seróm, kolekcia seróznej tekutiny je častým dôsledkom operácií v axilárnom priestore, najmä po kompletnej disekcii tukovo-lymfatického tkaniva. Hoci dochádza k jeho spontánnej rezorbácii v priebehu niekoľkých týždňov, extenzívne hromadenie tekutiny v axilárnom priestore po operácii v prvých dňoch, týždňoch môže viesť k niektorým komplikáciám ev. ťažkostiam vnímaných pacientkou (napr. zápal rany, obmedzená pohyblivosť, potreba opakovaných aspiračných punkcií serómu, predĺžené hojenie, nekróza kožného flapu, či lymfédém končatiny). Jeho tvorba je spojená najmä s rozsahom axilárnej stagingovej operácie, avšak za modifikujúce faktory sa považujú aj spôsob operácie (napr. elektrokauterizácia či ultrazvuková disekcia vs. ostrá disekcia a hemostatická ligácia ciev), množstvo tukového tkaniva, pridružený zápal s tvorbou proinflamačných kinínov a spôsob uzavretia/veľkosti vzniknutého „mŕtveho“ priestoru brániaceho adhézii kožného flapu na hrudnú stenu.

Cieľ: Určiť vplyv mechanického operačného uzáveru tzv. „mŕtveho priestoru“, externej kompresie a spôsobu exenterácie po kompletnej axilárnej disekcii u pacientok operovaných pre karcinóm prsníka s hodnotením dopadu na tvorbu postoperačných serómov, potrebu drenáže (časové trvanie, objem), výskytu zápalových komplikácií a dĺžky hospitalizácie.

Metodika: 85 pacientok operovaných pre karcinóm prsníka (ME ev. QE) s následnou ipsilaterálnou axilárnou disekciou I, II ev. III etáže boli rozdelené do 2 skupín s hodnoteným vyššie uvedených parametrov. Skupina A (n=46) predstavovala pacientky, kde po axilárnej disekcii bol vzniknutý mŕtvy priestor uzavretý spôsobom fixácie prednej steny m. latissimus dorsi na hrudnú stenu (fascia m. serratus anterior) a fixáciou kožného flapu k fascii m. pectoralis major a okolitého podkožia rezorbovateľným stehom s následným naložením kompresívnej elastickej cirkumferenčnej axilárno-hrudníkovej bandáže na 72 hodín popri aktívnej drenáži. Skupina B (n=39) predstavovala pacientky s konvenčným operačným postupom bez uzavretia mŕtveho priestoru a naloženia elastickej bandáže, len s ponechaním aktívnej drenáže. Drény z axilárneho priestoru v oboch skupinách boli odstránené pri dennej drenáži pod 50 ml. Všetky pacientky mali perioperačne podané profylakticky antibiotiká v predĺženej schéme (48 hod.).

Výsledky: Štúdia preukázala, že uzavretie mŕtveho priestoru s jeho následnou kompresiou spolu s aktívnou drenážou vedie k významnej redukcii dĺžky drenáže, poklesu produkcie serómovej tekutiny, tvorbe postoperačných serómov a potrebe ich opakovanej punkcie bez rozdielu vo výskyte postoperačných ranových infekcií v porovnaní s pacientkami, kde nedošlo k uzavretiu mŕtveho priestoru a naloženiu elastickej kompresie. So zníženou produkciou serómovej tekutiny v axilárnom priestore a potrebou ponechania aktívnej drenáže súvisel aj kratší čas hospitalizácie u pacientok v skupine A. Nezaznamenali sme žiadny rozdiel vo výskyte serómov vo vzťahu k operačnému spôsobu vykonania axilárnej disekcie (elektrokauterizácia vs. ostrá disekcia + hemostatická ligácia), avšak elektrokauterizácia viedla k významnej redukcii dĺžky operačného času (32 vs. 48 min., $p < 0.05$). Špecifickým zistením bola vyššia produkcia serómovej tekutiny a tvorba postoperačných serómov u pacientok s vysokým BMI >30.

Záver: Uzavretie mŕtveho priestoru po axilárnej disekcii a naloženie kompresívnej bandáže znižuje dĺžku hospitalizácie pacientky, potrebu aktívnej drenáže, tvorbu postoperačných serómov, počet následných punkcií bez zvýšenia incidencie ranovej infekcie. Vedľajším dôsledkom je mierny diskomfort v mobilite hornej končatiny počas prvých dní od operácie.

Práca bola podporená grantom VEGA MŠ 1/0069/09 a grantom UK 172/2010.

34: Komplikácie operačných výkonov pri nádorových ochoreniach prsnej žľazy

Ravinger J., Uharček P., Mlynček P., Urban M.

Gyn. - pôr. klinika FN Nitra a Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

Cieľ: Zhodnotiť peroperačnú a postoperačnú morbiditu a mortalitu spojenú s operačnými výkonmi pri nádorových ochoreniach prsníka.

Materiál a metódy: Retrospektívnou analýzou boli vyhodnotené výsledky pacientok s nádorovým ochorením prsnej žľazy, ktoré boli liečené na Gyn. - pôr. klinike FN Nitra a UKF v Nitre, od januára 1993 do decembra 2010. Celkovo bolo operovaných 1364 žien, 435 podstúpilo operačný výkon pre karcinóm prsníka, zbytok sa podrobil operácii pre benígne ochorenia. Hodnotené údaje: vek pacientky, pridružené ochorenia, štádium ochorenia podľa FIGO, histologický typ, počet extirpovaných lymfatických uzlín, výskyt komplikácií súvisiacich s operáciou, doba drenáže (dni). Pacientky boli rozdelené do skupín A: 132 (9,7%) pacientok s radikálnou operáciou B: 271 (19,8%) pacientok, u ktorých bola vykonaná prsník zachováajúca operácia s lymfadenektómiou I. a II. etáže, a C: 961 (70,4%) pacientok s minimálnou inváziou v axile (SLNB, sampling), resp. len s operáciou prsníkovej žľazy. Sledované peroperačné a postoperačné komplikácie boli horúčka, ranové komplikácie, kardiovaskulárna morbidita, tromboembolické príhody, tkanivový axilárny syndróm (AWS) a mortalita do 30 dní.

Výsledky: Nedošlo k úmrtiu pacientky do 30 dní. Peroperačnú komplikáciu sme nezaznamenali. Pooperačné komplikácie: infekcia v rane 57 (4,2%), dehiscencia rany 16 (1,2%), hematóm v rane vyžadujúci evakuáciu 6 (0,4%), seróm v rane 160 (11,6%) z celkového počtu. AWS malo 88 (20,5%) pacientok s intervenciou v axile.

Záver: Za najčastejšiu a najvýznamnejšiu komplikáciu operačnej liečby prsníka považujeme axilárny tkanivový syndróm. Prevenciu tejto komplikácie z chirurgického hľadiska je minimalizácia výkonov v axile v indikovaných prípadoch, ostrá disekcia, dôkladná hemostáza, drenáž, bandáž, polohovanie a včasná mobilizácia končatiny.

35: Ako liečime lokálne pokročilé karcinómy prsníka u žien nad 70 rokov - kazuistika

Krešáková D.

Onkogynekologická a mamologická ambulancia, NsP Brezno

Cieľ práce: V tejto práci sa zaoberáme diagnostikou a liečbou lokálne pokročilého Ca prsníka u našich pacientok starších ako 70 rokov.

Materiál a metodika: Za roky 2005-2010 sme v 5-ročnom súbore 16 pacientok starších ako 70 rokov sledovali jednotný liečebný protokol paliatívnej onkologickej terapie. Pacientky liečené kapecitabínom preparát Xeloda v dávke 1250 mg/m² 2x denne, d 1-14, 7-dňová terapeutická pauza. Následne pri pozitívite ER, PR tumoru sme pokračovali v hormonálnej terapii IA, pri intolerancii IA fulvestrantom (Faslodex®). V rámci tohto súboru prezentujeme kazuistiku pacientky, v čase diagnózy 78-ročnej s Ca prsníka. Aj na svetové pomery s mimoriadnymi východzími rozmermi malígnej lézie 34 cm x 31 cm. Liečebný proces je dokumentovaný fotodokumentáciou.

Výsledky: V rámci výsledkov onkologickej liečby v sledovanom súbore pacientok sme dosiahli medián celkového prežívania 13,8 mesiaca pri dobrej tolerancii a nízkej toxicite. V prezentovanej kazuistike z daného súboru sme dosiahli významnú regresiu klinického nálezu karcinómu podloženého 5 videami pri minimálnej toxicite a dobrej tolerabilite.

Záver: Liečebný postup metastatického karcinómu prsníka (MBC) u starších žien nad 70 rokov je značne rozličný v rámci krajín aj medzi jednotlivými klinikami. Tieto paliatívne prípady sú zriedkavo zaraďované do štúdií, preto jednotný liečebný postup neexistuje. V rámci našej onkogynekologickej ambulancie prezentujeme výsledky jednotnej liečby kapecitabín (Xeloda®), následne hormonálnou terapiou IA, pri intolerancii IA fulvestrantom (Faslodex®) so významným mediánom celkového prežívania pri nízkej toxicite a dobrej tolerancii.

36: Tehotnosť komplikovaná karcinómom prsníka

¹Kapustová I., ¹Žúbor P., ¹Móricová P., ¹Žúborová D., ¹Mendelová A., ²Kajo K., ¹Janušicová V., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav patologickej anatómie JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Karcinóm prsníka je druhou najčastejšou malignitou žien počas tehotnosti. Do tejto diagnózy zaradujeme nielen karcinómy diagnostikované ženám počas gravidity, ale aj výskyt ochorenia v priebehu 1 roka po pôrode. Keďže čoraz viac žien odkladá svoje reprodukčné schopnosti na neskoršie obdobie života, vo všeobecnosti možno očakávať vzostup takýchto prípadov v našej praxi. Svojou podstatou je vážnosť ochorenia podmienená aj tým, že svojim manažmentom a dôsledkom poškodzuje nielen matku, ale aj jej nenarodené dieťa.

Ciel': Prezentácia dvoch prípadov raritného výskytu karcinómu prsníka u tehotnej ženy s popisom spôsobu liečebno-diagnostického manažmentu a súčasných možností adjuvantného postupu u takýchto pacientok.

Metodika: Kazuistiky.

Výsledky: 1) 32-ročná sekundigravida nulipara v 25. t.t. bez závažného predchorobia a senologickej záťaže bola prijatá pre nález hypoechogénneho ložiska veľkosti 24x17 mm v ľavom prsníku na dodiferencovanie stavu. U pacientky bola vykonaná core biopsia s nálezom DIK, G3. Stav plodu na USG a CTG primeraný gestačnému týždňu. Po predoperačnej príprave bola vykonaná limitovaná operačná liečba (QE + axilárna disekcia I-II etáže). Histologicky profil ochorenia svedčil pre luminálny B podtyp karcinómu s postihom LU, pT2 pN2a pMx. Pooperačný priebeh primeraný, stav plodu v norme. Pacientka po konzultácii s onkológom pokračuje v prolongácii gravidity do 32. t.t. s plánovaním ukončením per SC a zahájením adjuvantnej liečby. 2) 24-ročná sekundigravida primipara s nálezom tumoru prsníka do 1 cm s ložiskovou dyspláziou po skončení laktácie prvého dieťaťa prijatá v 21. t.t. pre progresiu nálezu na prsníku v následnej gravidite s odstupom 20 mesiacov. Pacientka podstúpila core biopsiu s výsledkom radiálnej jazvy a CCH buniek. Po predoperačnej príprave jej bola následne vykonaná bisegmentálna excízia s negatívnymi okrajmi. Histológia s výsledkom FEA s mikrookrskom DCIS. Pooperačný priebeh bez komplikácií. Stav plodu na USG fyziologický. Pacientka po tumor-board konzíliu indikovaná k prolongácii tehotnosti do 34.-36. t.t. s následným ukončením gravidity a zahájením adjuvantnej rádioterapie.

Záver: V prípade výskytu karcinómu prsníka počas gravidity je možné vykonať chirurgickú liečbu podobného rozsahu ako u netehotných pacientok, pričom literárne zdroje udávajú za bezpečné aj použitie lymfoscintigrafie pri biopsii SLU. Použitie chemoterapie je možno aplikovať v prípade vysokej nezrelosti plodu v druhom ako aj treťom trimestri, avšak rádioterapia sa odkladá až na obdobie po ukončení gravidity. V prípade nálezu ochorenia počas prvého trimestra je vhodné graviditu prerušiť. Vážnosť klinického rozhodnutia ohľadne benefitu a rizika liečby pre matku a jej plod si vyžaduje multidisciplinárny prístup onkológa, rádioterapeuta, gynekológa a patológa.

Práca bola podporená grantom VEGA MŠ 1/0069/09.

37: Profil géovej expresie pri endokrinné respondibilných karcinómov prsníka a zdravého tkaniva v ich okolí

¹Žúbor P., ²Hatok J., ¹Móricová P., ³Kajo K., ³Slávik P., ¹Kapustová I., ¹Mendelová A., ²Račay P., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav lekárskej biochémie, ³Ústav patologickej anatómie JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Rakovina prsníka je najčastejšie zhubné ochorenie u žien. Hoci máme vedomosti o biologickom profile karcinómov, napriek desaťročiam výskumu nám chýba detailnejší pohľad do procesu malígnej transformácie buniek mliečnej žľazy. Predpokladá sa však, že profil géovej

expresie v histologicky normálnom epiteli by mohol objasniť niektoré genetické abnormality, ktoré predisponujú prsné tkanivo k malígnej konverzii. Údaje porovnávajúce génovú expresiu medzi karcinómom prsníka a jeho okolitým histologicky normálnym tkanivom sú zatiaľ len sporadické a raritné.

Cieľ: Analýza profilu gébovej expresie medzi dvomi tkanivovými vzorkami (karcinóm prsníka a zdravé tkanivo v okolí nádoru) od jednej a tej istej pacientky za účelom stanoviť expresiu a génový profil tzv. „family genes associated with breast cancer“ (t.j. génová skupina spojená s hormonálnou expresiou, prognózou karcinómu, odpoveďou na chemoterapiu a rizikom vzniku ochorenia) s určením možnosti využitia tohto profilu ako diagnostického markera predvídania rozvoja karcinómu prsníka.

Metodika: Hodnotili sme skupinu patogeneticky- a ochorenie- špecifických génov ($n=84$) + 6 tzv. house-keeping kontrolných génov v hormonálne (ER+/PR+) pozitívnom karcinóme mliečnej žľazy (luminálny typ A) a tumor obklopujúcim histologicky normálnym tkanivom prsníka. Počet vyšetrených vzoriek ($n=22$). Použili sme metódu qRT-PCR Array (RT2 Profiler™ PCR Array, SABiosciences™) v 24 mikrozovových vzorkách zo zmrazeného tkaniva. Bežné prognostické a prediktívne parametre karcinómu prsníka boli hodnotené imunohistochemicky a in situ hybridizáciou. Výsledky: Zo všetkých sledovaných génových expresií ($n = 2112$) sme identifikovali 31 génov, ktoré boli diferenciálne exprimované medzi karcinómom a jeho okolitým, histologicky normálnym tkanivom prsníka ($p<0,001$). 20 z týchto 31 génov bolo nad- regulovaných s 45,3% pomerom objavujúcim sa najmenej v 2- násobnej overexpresii. Medzi jednotlivými funkčnými skupinami génov, najvyšší počet nad- exprimovaných génov mala skupina asociovaná s prognózou karcinómu prsníka (Bcl-2, EGFR, ESR-1, IGFBP2, IL2RA, MKI67, NGFR, TP53).

Záver: Molekulová profilácia karcinómu prsníka a jeho okolitého tkaniva odhalila odlišné abnormality gébovej expresie (tzv. „up“ a „down“ regulácie), ktoré môžu reprezentovať potenciálne molekulové markery zvýšeného rizika ochorenia (z rizikových lézií, dysplázií, ev. žľazovo-stromálnych komponentov), okultnej malígnej transformácie alebo predikcie prognózy už vzniknutého ochorenia.

Práca bola podporená grantom VEGA MŠ 1/0069/09.

38: Vývoj a súčasný stav onkogynekologickej starostlivosti vo Veľkej Británii

Potaňok B., Nordin A.

East Kent University Hospital NHS Foundation Trust, East Kent Gynaecology Oncology Centre, Margate, United Kingdom

Organizácia onkogynekologickej starostlivosti vo Veľkej Británii je považovaná za podstatný faktor, ako sa dá zlepšovať jej úroveň. Do roku 1999 neexistovala v Anglicku žiadna centralizácia onkologickej starostlivosti. Kto sa cítil byť povolanej a erudovanej, mohol vykonávať diagnostiku i liečbu v rámci svojej špecializácie. Existovali však veľké rozdiely v úrovni starostlivosti v Londýne, v iných veľkých zdravotníckych centrách a vo vzdialenejších regiónoch. Táto tzv. Post Code Lottery bola ostro kritizovaná politicky, ale aj odborne. Otázkou dňa sa stala dostupnosť kvalifikovanej odbornej pomoci pre ľudí postihnutých rakovinou ako základného občianskeho práva a to na všetkých úrovniach onkologickej starostlivosti. Postupne bolo po celom Anglicku vytvorených 34 onkologických sietí, s garantovanými a certifikovanými odbornými lekármi v onkológii. Boli publikované záväzné guideliney na diagnostiku a liečbu, stanovené štandardy a vybudovaný komplexný systém kontroly kvality. Významnú úlohu v procese poskytovania onkogynekologickej starostlivosti zohrávajú popri Ministerstve zdravotníctva aj stavovské organizácie, lekárska komora, pacienti, regióny, politici a média. Skrining rakoviny krčka maternice a prsníka je riadený a vykonávaný samostatne. Cieľom prednášky je poskytnúť kvalifikovaný obraz o organizácii onkogynekologickej starostlivosti v tejto vyspelej európskej krajine s možnou inšpiráciou aj pre slovenských odborníkov.

39: Syndrom perzistujících nízkých hladin hCG v krvi - adekvátní management

Hron F., Feyereisl J.

Centrum pro trofoblastickou nemoc v ČR, Ústav pro péči o matku a dítě,

Katedra gynekologie a porodnictví 3. LF Univerzity Karlovy, Praha

Úvod: Lidský choriový gonadotropin (hCG) patří do skupiny glykoproteinových hormonů spolu s dalšími – LH, FSH a TSH. Jedná se o heterodimer skládající se ze dvou podjednotek- α a β . Právě β podjednotka je zodpovědná za specifickou biologickou aktivitu. V lidském séru je možné stanovit všechny formy hCG, mezi které patří hCG, h-hCG, β - hCG a hCG β core fragment. Hladina hCG v krvi po proběhlém potratu či porodu strmě klesá a po nejpозději 6 týdnech již není v séru detekovatelná. V některých případech však i nadále přetrvává různý stupeň elevace hCG, obvykle se jedná o nízké hodnoty v řádu desítek IU/l. V případě, že vyloučíme všechny běžné známé zdroje hCG, kterými je nová gravidita, mimoděložní těhotenství, rezidua po porodu či potratu, uvažujeme obvykle o některé z forem trofoblastické nemoci. Taková pacientka bývá většinou referována do specializovaného centra věnujícího se dané problematice. V některých případech však bývá zahájena zcela neadekvátní terapie, která nejen že nevede k vyřešení problému (negativizace hladiny hCG), ale výrazně a často nevratně může poškodit pacientku.

Diagnostika: Důvodů pro perzistenci nízkých hladin hCG v krvi může být hned několik. Vyloučíme-li některé vysoce raritní germinální tumory vaječníků, jedná se obvykle o tzv. fantomové hCG. Za převážnou většinou falešně pozitivních výsledků se skrývají tzv. heterofilní protilátky proti zvířecím antigenům, se kterými je možno se setkat v krvi většiny jedinců. Za jejich vznikem obvykle stojí požití kravského mléka a potravin zvířecího původu. Protilátky se naváží na molekulu hCG a nedovolí její průchod ledvinými glomeruly. Jednoduchou kontrolou je tedy stanovení hCG v moči pacienta. V případě, kdy hCG neprokážeme, jedná se obvykle o falešně pozitivní výsledek. Dalším snadným diagnostickým krokem je zopakování vyšetření na jiném přístroji a kontrola výsledku s časovým odstupem např. jednoho týdne. U falešně pozitivního výsledku je hladina hCG obvykle stejná, v případě nádorového onemocnění se hladina mění v čase.

Dalším zdrojem nízkých hladin hCG může být hypofýza, obvykle u pacientek v období přechodu. Vzhledem k vyhasínající ovariální funkci dochází pomocí zpětné vazby ke zvýšení sekrece tropních hormonů LH a FSH. Zároveň však dochází ke stimulaci tvorby malého množství hCG. Jedná se tedy o fyziologický projev menopauzy nevyžadující léčbu. K supresi hladiny hCG obvykle dojde po přechodném nasazení estrogen- progesteronové terapie. Dalším, závažnějším zdrojem nízkých hladin hCG v krvi může být tzv. spící trofoblastická nemoc (quiescent, dormant noninvasive gestational trophoblastic disease). Jedná se o pacientky s anamnézou molární gravidity či choriokarcinomu po předešlé léčbě. V organizmu perzistuje malé množství obvykle cytotoxofoblastických elementů, které se vyznačují pomalou mitotickou aktivitou a jsou zodpovědné za nízkou a obvykle po určitou dobu neměnnou hladinou hCG. V těchto případech však přetrvává riziko přechodu neinvazivní trofoblastické nemoci v invazivní. Tento přechod bývá doprovázen opětovným vzestupem hladiny hCG. Pozornosti se těší využití tzv. hyperglykosylované varianty hCG (hyperglycosylated hCG, ITA- invasive trophoblastic antigen). Jedná se o variantu hCG s výrazně dlouhými postranními oligosacharidovými řetězci. S jeho přítomností se setkáváme v raných fázích gravidity, obvykle cca 4. den po implantaci embrya. Zdrojem jsou nediferencované buňky cytotoxofoblastu zodpovědné za nidaci. Cytotoxofoblastické buňky jsou extrémně invazivní s vysokým metastatickým potenciálem. Díky těmto vlastnostem jsou v poměrně krátké době schopny navodit imunotoleranci matky k vyvíjejícímu se embryu. Diferencované syntititofoblastické elementy tuto formu hCG již neprodukují. Jeho opětovné objevení se v krvi obvykle doprovází přítomnost invazivních buněk.

Je-li hladina této isoformy hCG v krvi nulová, či max. do 30% celkového hCG, jedná se o zmi-

ňovanou spící neinvazivní trofoblastickou nemoc, která nevyžaduje léčbu, ale pouze pravidelné sledování. Naopak detekujeme-li vzrůstající hladinu h-hCG, dochází k přechodu z neinvazivního stádia do invazivního, které již léčbu vyžaduje. Quiscentní forma trofoblastické nemoci je tedy premaligním stavem.

Závěr: Z výše uvedeného vyplývá, že správné určení zdroje hCG v krvi ve sporných případech hraje stěžejní roli. Řada pacientek bývá nesprávně léčena v domnění, že se jedná o maligní formu trofoblastické nemoci, agresivní chemoterapií, popřípadě hysterektomií. Ani jeden z přístupů však k poklesu hladiny hCG nevede, naopak vede k výraznému a často nevratnému poškození zdravé pacientky. Sporné případy by tedy podle našeho názoru měly být referovány do center zabývajících se problematikou trofoblastické nemoci v součinnosti s kvalitním laboratorním zázemím. V České republice funguje již více jak 55 let Centrum pro trofoblastickou nemoc (CTN) při Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze.

40: Negativita sentinelové uzliny jako prediktor stavu parametrií u nádorů hrdla děložního do 20 mm: možnost snížení radikality operační léčby?

¹Klát J., ¹Ševčík L., ¹Gráf P., ²Buzrla P., ¹Jalůvková Z., ¹Šimětka O., ³Kraft O.

¹Por.-gyn. klinika, ²Ústav patologie, ³Klinika nukleární medicíny, FN Ostrava

Cíl: Cílem studie je určení rizika postižení parametrií a možnost predikce stavu parametrií na podkladě negativy sentinelové uzliny u pacientek s časným stadiem karcinomu hrdla děložního s velikostí tumoru do 20 mm.

Materiál a metodika: Retrospektivní analýza dat všech pacientek, které podstoupily radikální chirurgickou léčbu s detekcí sentinelové uzliny pro invazivní karcinom hrdla děložního na Por.-gyn. klinice FN Ostrava v období od dubna 2004 do prosince 2010. Kritéria pro zařazení do studie byla: negativita sentinelové uzliny a histologicky verifikovaný karcinom s velikostí do 20 mm v největším rozměru, bez ohledu na hloubku stromální invaze. Histopatologické postižení parametrií bylo definováno jako metastatické postižení parametriálních uzlin, kontinuální nebo nekontinuální šíření nádorových buněk v parametriální tkáni, anebo nález nádorových embolů zachycených v lymfatických a krevních cévách.

Výsledky: Z celkového počtu 226 pacientek, které podstoupily radikální chirurgickou léčbu s detekcí sentinelové uzliny, splnilo kritéria pro zařazení do studie celkem 72 pacientek (FIGO stadium IA2-14, IB1-58) Průměrný věk souboru činil 45,4 let (24-72). Lymfo-vaskulární invaze byla přítomna u 27 pacientek. U 58 žen se jednalo o spinocelulární karcinom, u 12 žen o adenokarcinom a u 2 žen o adenoskvamózní karcinom. Grading nádoru byl grade 1 u 44 žen, grade 2 u 20 žen a grade 3 u 8 pacientek. Falešná negativita sentinelové uzliny činila 0%. Postižení parametrií bylo přítomno v 0%.

Závěr: Postižení parametrií nebylo prokázáno u žádné ženy ze skupiny pacientek s časným stadiem karcinomu hrdla děložního s negativní sentinelovou uzlinou a s velikostí nádoru do 20mm, bez ohledu na hloubku stromální invaze, histologický subtyp, grading nádoru a přítomnost lymfo-vaskulární invaze. Radikální chirurgická léčba s parametrektomií je u této nízké rizikové skupiny kontroverzní.

41: Da Vinci robotická chirurgie v gynekologické onkologii

Bartoš P.

Gyn. - por. oddělení Onkologického centra JG Mendla, Nový Jičín

Robotické chirurgické systémy byly nejprve vyvinuty s ohledem na možnosti telechirurgie. Koncept chirurgické robotiky byl vyvinut v ústavu NASA a Ministerstvem obrany USA tak, aby mohl poskytovat chirurgickou expertízu i v odlehlých místech naší planety. Další vývoj této koncepce je limitován možnostmi vzdálené komunikace. Tato telechirurgie je proto v současné době chápána tak, že hlavní chirurg je během operace v blízkosti pacienta, avšak nikoli přímo u pa-

cienta. Operační technika probíhá přes ergonomickou stanici (konzoli), která je vybavena třírozměrným viděním a autonomní kontrolou laparoskopických chirurgických instrumentů v sedmi stupních volnosti. Výhody tohoto systému se nejprve ukazovaly v kardio a později v urologické onkologické chirurgii. V současnosti je jeden z hlavních zájmů robotické chirurgie zaměřen na aplikaci této technologie v gynekologické chirurgii. Konkrétně, hlavní význam je v současnosti, ale i do budoucna spatřován v radikálních gynekologických onkologických operacích. Hlavní význam operačních robotických systémů je zejména v primárních karcinomech čípku děložního, endometria, restaginových operací a v menší míře také u karcinomu ovaria. Většina těchto primárních karcinomů vyžaduje hodnocení regionálních lymfatických uzlin a jeden z typů hysterektomie včetně radikálního rozsahu. V souvislosti s karcinomem čípku děložního a endometria máme k dispozici od roku 2005 řadu publikací s většími počty pacientů, které ukazují výhodné použití robotického systému. V souvislosti s ovariálním karcinomem je nutno uzavřít, že do současnosti máme pouze limitované zkušenosti. Současné publikace týkající se užití robotického systému v onkologické chirurgii uzavírají, že u všech pacientek byl možný kompletní staging bez konverze na laparotomii a nebyly zjištěny signifikantní komplikace. Autor ve své prezentaci srovnává výsledky zahraničních publikací s vlastními zkušenostmi s více než 100 robotickými onkologickými operacemi a závěrem prezentace demonstruje užití robotického systému na videoprezentaci radikálního stagingového výkonu systémem „central docking“ a nový přístup systémem „side docking“.

42: Roboticky asistovaný staging karcinomu endometria - srovnání s laparoskopii

Pílka R., Dzvinčuk P., Kudela M., Hejtmánek P., Michnová L.

Department of Gynecology and Obstetrics, Medical Faculty Palacký University and Faculty Hospital, Olomouc

Cíl: Popsat naše počáteční zkušenosti s roboticky asistovaným laparoskopickým stážováním pacientek s karcinomem endometria a jejich srovnání s předchozími případy stážovanými pomocí standardní laparoskopie.

Metody: Za použití čtyř-ramenného robotického systému da Vinci SHD jsme u prvních 26 pacientek s časným stádiem endometrálního karcinomu provedli hysterektomii, oboustrannou salpingoophorektomii a pánevní lymfadenektomii (TRH) a srovnali jsme je se 30 případy stážovanými laparoskopicky (TLH). Všechny případy byly operovány dvěma chirurgy (P.R., D.P.) v jedné instituci. Zaznamenali a srovnali jsme u pacientek body mass index, klinické stádium onemocnění, délku operace, počet získaných lymfatických uzlin, krevní ztrátu, délku pobytu v nemocnici a komplikace.

Výsledky: Pacientky ve skupině TRH byly starší (64 vs. 55,9 let) a obéznější (BMI 29 vs. 27) než pacientky stážované laparoskopicky. Délka operace byla delší v TRH skupině (279 vs. 165 min.), krevní ztráta byla vyšší v TLH (276,6 vs. 186 ml) skupině. Počet získaných lymfatických uzlin (19 resp. 19,7) byl shodný pro obě skupiny. Pacientky ze skupiny TRH byly hospitalizovány kratší dobu. V obou skupinách jsme zaznamenali dvě konverze na laparotomii, u pacientek laparoskopicky operovaných bylo častější poranění močových cest.. V průběhu „learning curve“ jsme pozorovali postupné zkracování délky operace a snižování krevní ztráty spolu s nárůstem počtu odoperovaných pacientek.

Závěr: Robotická hysterektomie a stážování vykazovaly v průběhu „learning curve“ delší operační čas a nižší krevní ztrátu než standardní laparoskopie. Základní podmínkou úspěšné robotické chirurgie je kromě motivovaného chirurga také perfektně koordinovaný tým na operačním sále.

43: Vliv radikální abdominální hysterektomie podle Wertheima na funkci dolních močových cest

Gärtner M., Ševčík L., Klát J., Petzel M., Szabová O.

Por. - gyn. klinika, FN Ostrava

Úvod: Radikální hysterektomie je dlouhodobě preferovanou operační léčbou časného stadia rakoviny hrdla děložního. Radikalita je určována rozsahem provedení a klasifikována podle Pivera. Při radikalitě Piver 3 dochází k odstranění kardinálního a sakrouterinního vazů a horní třetiny pochvy, které obsahují somatické a vegetativní nervy inervující močový měchýř a močovou trubici. V důsledku porušení inervace při radikální terapii dochází k parciální denervaci močového měchýře. Četnost dysfunkcí dolních cest močových je v literatuře udávána 8-80%. Důsledkem operace bývají časné změny (snížená kapacita močového měchýře, snížená kontraktilita detrusoru a snížená senzitivita močového měchýře) a pozdní změny (porucha vyprázdnování močového měchýře, urgencye a urgentní inkontinence). Podle některých autorů dochází k výskytu stresové inkontinence.

Cíl práce: Pozorování a vyhodnocení dysfunkce dolních cest močových u pacientek po radikální abdominální hysterektomii podle Wertheima operovaných pro zhoubné onemocnění hrdla děložního.

Materiál a metodika: Vyhodnoceno je 32 pacientek po radikální abdominální hysterektomii pro zhoubné onemocnění hrdla děložního. Všechny pacientky byly kompletně vyšetřeny standardním invazivním urodynamickým vyšetřením. Urodynamické vyšetření bylo provedeno před operací (32 pacientek – 100%), 2-4 měsíce po operaci (30 pacientek – 93,8%) a 11 – 13 měsíců po operaci (18 pacientek – 56,3%).

Výsledky: Průměrná maximální cystometrická kapacita byla před operací 317 ml, u první kontroly 316 ml a u druhé kontroly 332 ml. První nucení k mikci před operací udávaly pacientky při náplni 75 ml, u první kontroly po operaci při 72 ml a u druhé kontroly při 75 ml náplně. U žádné pacientky nedošlo k významnému snížení MUCP (maximální uzávěrový tlak uretry) po operaci a vzniku stresové inkontinence. Rychlosti průtoku moči byly po operaci bez významných změn.

Závěr: V sledovaném souboru pacientek došlo po operaci k minimálním změnám a dysfunkcím dolních cest močových. Čtyři pacientky (12,5%) měli pooperačně vyvinutou symptomatologii hyperaktivního močového měchýře de novo a dvě pacientky (6,3%) měli významnou retenci moči, která se spontánně upravila do 5 týdnů od operace. Adekvátnost radikality operace a správnost provedení potvrzuje minimum recidiv onemocnění – 1 pacientka (3,1%).

44: Vplyv stavu resekcčných okrajov po konizácii na výskyt HPV infekcie po liečbe dysplázie krčka matrice

Sadovský O., Nižňanský B., Sadovská O.

Národný onkologický ústav, Bratislava

Cieľ práce: Zistiť vzťah pozitívnych a negatívnych resekcčných okrajov po konizácii krčka matrice k prítomnosti vysoko rizikových typov HPV 6 mesiacov od operácie.

Materiál a metodika: Autori retrospektívne vyhodnotili súbor 100 pacientok (medián 36 rokov, rozsah 19 – 64), ktoré absolvovali konizáciu z indikácie CIN II-III v rokoch 2007-2009. Resekčné okraje konizátu boli hodnotené ako pozitívne alebo negatívne. Diagnostika vysoko rizikových typov HPV bola realizovaná metódou Hybrid Capture 2. Význam vzťahu stavu resekcčných okrajov k prítomnosti HPV po konizácii bol štatisticky vyhodnotený.

Výsledky: Zo 100 pacientok malo po konizácii zistenú pozitivitu HPV 14 (14%) pacientok. V skupine 69 žien, ktoré mali negatívne resekcčné okraje, bolo po konizácii pozitívnych na infekciu vysoko rizikovým HPV 7 (10,14%). V skupine 31 žien s pozitívnymi resekcčnými okrajmi bolo pozitívnych po konizácii 7 (22,58%). Vplyv pozitívnych resekcčných okrajov konizátu na zvýšenie

výskyt infekcie vysoko rizikovými HPV bol štatisticky nesignifikantný ($p=0,1223$).

Záver: V sledovanom súbore žien po konizácii, ktoré boli po operačnej liečbe vyšetrené na prítomnosť vysoko rizikových HPV, bola prítomná tendencia vplyvu pozitívnych resekčných okrajov na zvýšený výskyt vysoko rizikových HPV, avšak rozdiel nebol štatisticky významný.

Kľúčové slová: konizácia, pozitívne resekčné okraje, negatívne resekčné okraje, HC2 test, HPV

45: Ca in situ cervicis uteri po očkovaní Silgardom - kazuistika

Stanko P., Stanko jun. P.

NZZ gynekologická ambulancia, Pharminfo, Bratislava

Účinnosť vakcíny Silgard bola hodnotená v 4 placebom kontrolovaných, dvojito slepých, randomizovaných klinických štúdiách, zahŕňajúcich 20541 žien vo veku 16-26 rokov, ktoré boli zaradené a očkované bez predchádzajúceho screeningu na prítomnosť HPV infekcie. Výsledky jednotlivých štúdií podporujú výsledky z kombinovanej analýzy. Silgard bol účinný proti ochoreniu HPV, spôsobenému každým zo štyroch vakcínových typov HPV. V klinických štúdiách sa stalo 99,9% jedincov, ktoré dostali Silgard, séropozitívnymi voči HPV 6, 99,8% proti HPV 11, 99,8% proti HPV 16, 99,6% proti HPV 18 do 1 mesiaca po 3.dávke. Navyše hladiny protilátok proti HPV zostali u očkovaných jedincov vyššie počas dlhodobého sledovania štúdií III. fázy.

Predstavujeme kazuistiku pac. L.P., nar. 1983. RA, OA, SA bez pozoruhodností.

GA: menarché v 12 r., cyklus 28/5, nulligravida, od r. 2002 žije v monogamnom extramatrimoniálnom vzťahu. Od r. 2002 užíva p.o. prípravky kombinovanej hormonálnej antikoncepcie.

Gynekologické vyšetrenie: Kolpo: PE Palpačne: Uterus v AFV, normálneho tvaru a veľkosti, adnexá voľne priehmatné, parametria voľné, Douglas prázdny. Sledovaná na našej ambulancii s malými odchýlkami každoročne, od r. 2005 aj cytologicky. Cytológia r. 2005 ojedinelé skvamózne bunky so zväčšenými jadrami, inak negatívne v zmysle intraepiteliálnej lézie, alebo malignity, PAP II.

Cytológia r. 2006 - ojedinelé hypertrofické jadrá, inak negatívne v zmysle intraepiteliálnej lézie, alebo malignity, PAP II. Cytológia 2007 - negatívne v zmysle intraepiteliálnej lézie, alebo malignity, PAP II.

V r. 2008 podaný Silgard, 12.3. 1. dávka, 14.5. 2.dávka a 18.9. 3. dávka.

Cytológia v r. 2009 - negatívne v zmysle intraepiteliálnej lézie, alebo malignity, PAP II. Cytológia 5.10.2010 skvamózne PAP IIIb, H-SIL, susp. HPV. 26.10.2010 vykonaná HPV typizácia - výrazná pozitívnosť na vysokorizikové typy, o.i. 6,11,16,18,31,45. Cytológia 7.12.2010, vykonané metódou liquid based cytology (ThinPrep) - skvamózne PAP IIIb, H-SIL 20.12.2010 vykonaná konizácia. Histológia: erózie s ložiskami ťažko dysplastického epitelu CIN III, až s obrazom Ca in situ, s prenikaním do žliaz. Okraje voľné.

46: Hysteroskopický nález Placental Site Nodule (PSN)

¹Fiolka R., ²Slávik P., ¹Biringer K., ¹Kúdela E., ¹Zuffová J., ¹Danko J., ¹Višňovský J.

¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav patologickej anatómie, JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Placental Site Nodule (PSN) lézie predstavujú fokálne hyperproliferácie trofoblastu v endometriu alebo príľahlom myometriu. PSN je zriedkavá, benígna lézia reprezentujúca nenádorovú chorobu trofoblastu z predchádzajúcej tehotnosti, ktorá nepodľahla kompletnej involúcii. Vyskytuje sa najmä v reprodukčnom období ženy, je asociované na predchádzajúcu graviditu, pričom interval medzi poslednou tehotnosťou a diagnostikou PSN môže byť niekoľko mesiacov až rokov. Tieto lézie náhodne objavené pri kyretáži alebo hysterektómii pre zhodnotenie nepravidelného krvácania, abnormálnej onkocytológie, postkoitálnom krvácaní. Ochorenie si vyžaduje oddiferencovať PSN od agresívnych pravých nádorov trofoblastu (napr. choriokarcinóm, placental site trophoblastic tumors a epitelooidný nádor trofoblastu.)

Metodika: Kazuistika

Výsledky: 38-ročná žena prijatá pre 3-mesačné nepravidelné silné krvácanie v trvaní siedmich dní. V anamnéze stav po troch spontánných pôdoch bez komplikácií, posledný pôrod bol pred 7 rokmi, potrat neudáva. Gynekologické palpačné vyšetrenie bolo opakovane negatívne. Na USG popis zväčšený uterus 101x65x73mm hladkých kontúr, endometrium do 18 mm neostro ohraničené, vo funde hyperechogénna štruktúra 18x23 mm. Pacientka indikovaná na HSK. Hysteroskopický nález s popisom polypóznej zmeny endometria v oblasti fundu, inak bez fokálnych zmien tubárne ústia voľné, bilaterálne vizualizované. Histologický záver s obrazom nepravidelného proliferáčného endometria a ložiskom PSN. Imunohistochemicky tkanivová pozitivita pre cytokeratín (KL1), inhibín a EMA- epithelial membrane antigén potvrdila klinickú suspíciu pre PSN.

Záver: Skoré rozpoznanie nezvyčajných príčin krvácania s možným zvážením raritnej PNS umožní poskytnutie adekvátnej liečby pacientky. Presná histopatologická diagnóza nenádorových a nádorových zmien trofoblastu je bezpodmienečne potrebná pre následnú úspešnú terapiu pacientok s touto relatívne zriedkavou chorobou.

Táto práca bola podporená projektom „Dobudovanie Centra excelentnosti pre perinatologický výskum“, ITMS kód: 26220120036, ktoré sú spolufinancované zo zdrojov EÚ-ERDF.

47: Karcinóm endometria po negatívnej hysteroskopii

Bielik P., Križo P., Tomašovič I., Pančíková J.

Gyn. - por. oddelenie VŠNsP, Lučenec

Úvod: Predoperačná diagnostika patologických stavov na endometriu je v dnešnej dobe založená hlavne na ich klinických prejavoch a na ultrasonografickom vyšetrení. Transvaginálna ultrasonografia je vzhľadom na svoju senzitivitu a špecifitu už dlhšiu dobu zlatým štandardom diagnostiky ochorení endometria. Podobné miesto má histologické vyšetrenie materiálu získaného frakcionovanou kyretážou alebo pri hysteroskopii. Onkologicky negatívny výsledok histologického vyšetrenia takto získaného materiálu by mal s vysokou presnosťou vylučovať karcinóm endometria alebo pravdepodobnosť jeho vzniku v najbližšom období.

Kazuistika: V našej práci uvádzame prípad 59-ročnej postmenopauzálny pacientky, ktorá v roku 2009 absolvovala hysteroskopickú polypektómiu a frakcionovanú kyretáž s onkologicky negatívnym histologickým záverom. V roku 2010 vzhľadom na pretrvávajúce klinické ťažkosti vyšetrená na našom pracovisku. Pre nález pelvic pain syndrómu a predpokladaných polypóznych zmenách na endometriu absolvovala po príprave laparoskopiu a hysteroskopiu. Pri operácii bolo vyslovené podozrenie na malignóm endometria, ktorý sa potvrdil histologickým vyšetrením. Stav bol riešený operáciou s následnou rádioterapiou.

Záver: Hysteroskopia a frakcionovaná kyretáž by nám mala dať, a často aj poskytuje, dostatočnú záruku, že pacientka nemá riziko karcinómu endometria. Pri histologickom vyšetrení, ktoré vylúči malignitu alebo prekancerózu, dávame pacientke upokojujúcu informáciu a pri ďalšom sledovaní máme často tendenciu spoľahnúť sa na negatívnu histológiu i pri náleze patologického stavu na endometriu pri ultrasonografickom vyšetrení. Naša kazuistika ukazuje, že len monitoring môže byť nesprávny a konzervatívny postup v takomto prípade môže viesť k zhoršeniu prognózy ochorenia.

48: Operačné a pooperačné komplikácie pri radikálnej hysterektómii

Babala P., Klačko M., Mikloš P., Masák L.

Klinika gynekologickej onkológie, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

Radikálna hysterektómia predstavuje náročný operačný výkon v gynekológii, ktorý je spojený s určitou peroperačnou a pooperačnou morbiditou. Komplikácie pri tomto výkone sa dajú rozdeliť na všeobecné, ktoré sú spoločné pre akýkoľvek abdominálny chirurgický zákrok a kom-

plikácie špecifické pre radikálnu hysterektómiu. Ďalej rozoznávame komplikácie peroperačné a pooperačné. Komplikácie všeobecné súvisia so samotným operačným zákrokom alebo sú v spojitosti s celkovou anestéziou. Patria sem infekcie, embólia, pneumónia, infarkt myokardu, cievna mozgová príhoda, krvácanie, DIC a ďalšie. Komplikácie špecifické pre radikálnu hysterektómiu vyplývajú z topoanatomických pomerov v malej panve a z možného poranenia štruktúr, ktoré úzko súvisia s daným operačným zákrokom. Peroperačne sa jedná o poranenie rôznych štruktúr na močovom trakte, gastrointestinálnom trakte, nervovej sústave, alebo poranenie veľkých ciev a venózných plexov. Môže dojsť k veľkým krvným stratám vedúcim až k fatálnym následkom. Komplikácie v pooperačnom období sú najčastejšie v spojitosti s parciálnou denerváciou autonómneho nervového systému. Z toho vyplýva aj charakter komplikácií, ktorý sa v literatúre popisuje ako pelvic floor dysfunction a zahŕňa dysfunkciu močového traktu, genitálneho traktu a anorektálneho traktu. Ďalším problémom v pooperačnom období bývajú lymfocysty a edémy dolných končatín na podklade lymfedému. Dnes už menej časté sú fistuly medzi pošvou a močovým, alebo črevným traktom. V tejto prednáške sú prehľadne rozdelené možné komplikácie a možnosti, ako im predchádzať alebo ako ich riešiť. Prežívanie pacientok s rakovinou krčka maternice v operabilných štádiách je excelentné, osciluje okolo 90%. Jedná sa často o mladé ženy. Preto je veľmi dôležité zamyslieť sa nad morbiditou, ktorá je spojená s liečbou tohto ochorenia a nad možnosťami predchádzania týchto komplikácií.

49: Lymfokéla pri onkogynekologických operáciách

Martinický D., Lengyel T., Slezák I.

Oddelenie gynekologickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

Cieľ práce: Prehľad súčasných poznatkov o etiológii, patogenéze, diagnostike, liečbe a prevencii lymfokély pri onkogynekologických operáciách.

Materiál a metodika: Prehľad publikácií v indexovaných časopisoch s kľúčovými slovami lymfokéla, lymfocysta, etiológia, patogenéza, diagnostika, terapia a prevencia.

Definícia: Lymfokéla je definovaná ako lymfou vyplnená kolekcia v retroperitoneu, ktorá nemá žiadnu epitelovú výstelku (Heyman, 1989). Lymfokéla bola po prvýkrát opísaná Morim v roku 1955, ktorý tieto kolekcie nazýval lymfocysty. Incidencia lymfokély po radikálnej chirurgickej liečbe pre gynekologické zhubné nádory (ZN) je uvádzaná rôzne, v závislosti od použitej diagnostickej metódy. Etiológia: Bolo opísaných množstvo etiologických faktorov a kauzálna je pravdepodobne celá škála ich kombinácií. Na vzniku lymfokély sa môžu podieľať predoperačné, peroperačné a pooperačné faktory. Patogenéza: K tvorbe lymfocýst vedie chirurgické prerušenie aferentných lymfatických ciev počas lymfadenektómie majúce za následok neadekvátny uzáver lymfatických kanálov a kontinuálny odtok lymfy. Lymfa sa zráža oveľa pomalšie ako krv a lymfatické kanály po prerušení nepodliehajú spazmu, čím podporujú akumuláciu lymfy. Klinický obraz: Lymfokély sú často asymptomatické. Ak vzniknú symptómy, súvisia typicky s kompresiou priľahlých štruktúr, ktorá vedie k bolesti v podbrušku, ktorá môže vyžarovať do dolných končatín a chrbta, pocitu plnosti brucha, častému močeniu, obštipácii a edému genitálu alebo dolných končatín. Potenciálne závažnými neskorými následkami môžu byť cystitída, pyelonefritída, obštrukčná uropatia, gastrointestinálna obštrukcia, hlboká žilová trombóza, pľúcna embólia, sekundárna infekcia, chylózny ascites a lymfatická fistula. Drvivá väčšina lymfokél sa objaví pred 4. mesiacom a iba malé percento po 6. mesiaci po operácii. Pri veľmi neskorej prezentácii je treba zvážiť rekurenciu nádoru. Diagnostika sa opiera o anamnézu, klinické vyšetrenie, ultrasonografiu, počítačovú tomografiu, tenkoihlovú aspiráciu, intravenóznou urografiou, lymfangiografiu a lymfoscintigrafiu. Terapia: Za predpokladu, že lymfokéla je malá a asymptomatická, je najlepšie zaujať expektačný prístup, pretože mnohé z nich spontánne ustúpia. Tam, kde je nutná liečba z dôvodu veľkosti alebo symptómov, bola opísaná celá škála prístupov. Zahŕňajú tenkoihlovú aspiráciu, perkutánnu drenáž katétrom s alebo bez skleroterapie, vonkajšiu alebo

vnútornú chirurgickú drenáž a izoláciu a chirurgickú ligáciu lymfatických kanálov zásobujúcich lymfokélu. Pri infikovaných lymfocystách často postačujú antibiotiká.

Záver: Lymfokéla je jednou z najčastejších komplikácií nielen onkogynekologických operácií, ale aj urologických panvových operácií a transplantácií obličky. Základom úspešného manažmentu je včasná diagnostika a správny výber pacientov, u ktorých je indikovaná liečba.

50: Peroperačná morbidita a mortalita onkogynekologických výkonov

Uharček P., Mlynček M., Lajtman E., Matejka M.

Gyn. - pôr. klinika FN Nitra a Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

Cieľ: zhodnotiť peroperačnú a postoperačnú morbiditu a mortalitu spojenú s operačnými výkonmi pre karcinóm ovária, endometria a cervixu.

Materiál a metódy: Hodnotili sme výsledky pacientok s diagnózou gynekologickej malignity, ktoré boli liečené na Gynekologicko-pôrodníckej klinike FN Nitra a UKF v Nitre, od januára 1995 do decembra 2009. Zahnutých bolo 1028 žien, ktoré podstúpili operačný výkon pre karcinóm ovária, endometria a cervixu. Hodnotený údaje boli: vek pacientky, pridružené ochorenia, lieková anamnéza, body mass index (kg/m²), predchádzajúce operačné výkony, štádium ochorenia podľa FIGO, histologický typ, počet extirpovaných lymfatických uzlín, optimálny versus no-optimálny debulking, výskyt peroperačných komplikácií a dĺžku hospitalizácie (dni). Pacientky boli rozdelené do skupín A: 450 (43,8%) pacientok s karcinómom endometria, B: 320 (31,1%) pacientok s karcinómom ovária a C: 258 (25,1%) pacientok s karcinómom cervixu matrice. Sledované peroperačné a postoperačné komplikácie boli horúčka, ranové komplikácie, transfúzia krvi, kardiovaskulárna morbidita, tromboembolické príhody, komplikácie na močovom trakte, paralytický ileus, morbidita respiračného traktu a mortalita do 30 dní.

Výsledky: Zaznamenaná mortalita v súbore bola 0,5%. Príčiny úmrtia boli nasledovné: venózne tromboembolizmus a pulmonárna embólia 3x, nezvládnuteľné krvácanie 1x, infarkt myokardu 1x.

Incidencia peroperačných komplikácií bola nasledovná: poranenie čreva 22 (2,15%), poranenie močového mechúra 12 (1,2%), poranenie ciev 6 (0,6%), poranenie nervov 2 (0,2%), intraoperačné podanie transfúzie 48 (4,7%), poranenie ureterov 2 (0,2%).

Pooperačné komplikácie: infekcia v rane 168 (16,3%), dehiscencia rany 54 (5,3%), hematóm v rane 38 (3,7%), infekcia močového traktu 25 (2,4%), ileus 14 (1,4%), kardiálne komplikácie 18 (1,8%), panvový absces 8 (0,8%), sepsa 5 (0,5%), hlboká venózna trombóza 42 (4,1%).

Záver: štandardné onkogynekologické výkony sú sprevádzané signifikantnou peroperačnou a postoperačnou morbiditou. Aj tento faktor jednoznačne potencuje centralizáciu liečby do pracoviísk, ktoré spĺňajú požadované kritériá.

51: Menežment pelvického krvácania pri onkogynekologických operáciách

Mlynček M., Uharček P., Lajtman E., Matejka, M.

Gyn. - pôr. klinika FN Nitra a Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

Cieľ: Prehľad metód na zástavu pelvického krvácania pri onkogynekologických operáciách a demonštrácia vlastných skúseností.

Materiál a metodika: Systematický prehľad literatúry z databázy Medline/National Library of Medicine s použitím kľúčových slov pelvic bleeding in gynecology. Autori súčasne prezentujú vlastné skúsenosti s hemostázou v pelvickej lokalizácii.

Výsledky: pelvická oblasť predstavuje kritické miesto onkogynekologických výkonov s rizikom masívneho arteriálneho a hlavne venózneho krvácania počas mobilizácie a extirpácie nádorových procesov vychádzajúcich z vnútorného genitálu. Nádorové ochorenie nerešpektuje hranice orgánov a systémov. Konvenčné metódy na zástavu krvácania (opichy ciev, kauterizácia) sú inefektívne v neprehľadnom krvácajúcom poli. Iniciálna okamžitá tamponáda a kompresia po-

čas 5-10 minút poskytuje čas na stabilizáciu pacientky a pokiaľ krvácanie sa nezastaví, vytvára priestor na použitie ďalších hemostatických postupov. Aplikácia kovových pripínáčkov, hlavne v presakrálnej oblasti, prípadne so súčasným použitím kostného vosku, je užitočnou metódou na riešenie krvácania z poranených presakrálnych vén. V tejto oblasti možno využiť aj ošetrovanie krvácajúceho miesta naložením kúska svalu (z m. rectus abdominis) a jeho prifixovanie pomocou koagulácie. Aplikácia sieťky (polyglycolic acid) je užitočná najmä pri krvácaní z pánvového dna. Krvácanie z poranených venózných plexov je možné zastaviť aj naložením titániových klipov. Tieto postupy môže veľmi skúsený laparoskopista vykonať endoskopickou cestou. Jednoduchou, ale efektívnu metódou je použitie balónovej tamponády s kontinuálnou trakciou cez pošvu. Obojstranný podváz arteria iliaca interna znižuje tlakový gradient v pelvickom riečišti a podporuje vznik trombu v mieste poranenej cievy. Alternatívou je naloženie turniketu okolo aorty. Kompresia cievnych pletení v malej panve naložením tamponády počas niekoľkých dní je život zachraňujúcim postupom. Pri kritickom obťažne riešiteľnom krvácaní je k dispozícii podanie rekombinantného faktoru VII (NovoSeven). Na kazuistikách autori demonštrujú praktický postup hemostázy v malej panve.

Záver: Zvládnutie masívneho krvácania z pánvovej oblasti si vyžaduje dokonalú znalosť anatomických pomerov, dostatočnú manuálnu erudíciu a profesionálnu súhrnu operačného a anesteziologického tímu.

POSTEROVÉ PREZENTÁCIE

P1: Hyperglykemické hyperosmolárni ketoacidotické koma - závažná a zriedkavá komplikácia gravidity (kasuistika)

Menzlová E., Záhumenský J., Vojtěch J., Zmrhalová B., Šottner O.
Gyn. - por. klinika FN Na Bulovce, Praha

Cíl práce: Hyperglykemické hyperosmolárni koma je extrémne zriedkavou komplikáciou gravidity. V literatúre bola k súčasnej dobe publikovaná lenom dve kasuistické sdelení. Autoři uvádějí případ akutního komatu ve třetím trimestru těhotenství.

Materiál a metodika: Kasuistika a literární přehled.

Výsledky: Autoři popisují případ x leté primipary přivezené na interní kliniku fakultní nemocnice ve Y týdnu gravidity v komatozním stavu neznámé etiologie. Při příjmu zjištěna výrazná hyperglykemie 52 mmol/l. Na kůži břicha a hýždí početné hnisavé ložiská ve smyslu pyodermie až drobných abscesů. Ultrazvukem potvrzeno intrauterinní úmrtí plodu. Vzhledem k hrozící koagulopatii (posuny ve srážecích časech) rozhodnuto vykonat akutní sectio caesarea ještě před interní kompenzací pacientky. Císařský řez bez komplikací, porozen mrtvý plod (váha délka pohlaví), následně překlad rodičky na RES, kde byla hospit.... x dní. Pobyt komplikován sekundárním hojením operační rány a tvorbou perianálních abscesů ošetřených chirurgicky. Po x dnech přeložená na gynekologickou kliniku, kde provedena resutura dehiscence operační rány. Propuštěná v dobrém stavu do ambulantní péče.

Závěr: Hyperglykemické hyperosmolárni koma je velice zriedkavou, ale závažnou komplikáciou gravidity. V literatúre popsané oba prípady vedly k intrauterinnému úmrtí plodu, stejně jako v našem případě. V našem případě se jednalo o dispenzarizovanou rodičku bez předchozí anamnézy diabetes mellitus.

P2: Ruptúra uteru v druhom trimestri gravidity – komplikácia salpingektómie? Kazuistika

Maľová A., Redecha M., Janáč P., Oroszová V.

I. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava

Cieľ práce: Cieľom referencie kazuistiky je poukázať na raritný výskyt ruptúry uteru v druhom trimestri gravidity v súvislosti s predchádzajúcou salpingektómiou.

Pacientka, primárna sterilita, sledovaná v centre asistovanej reprodukcie, kde pre saktosalpinx ľavo vykonaná laparoskopicky ľavostranná salpingektómia. Po úspešnom cykle in vitro fertilizácie a embryotransfere dochádza k jednoplodovej intrauterinnej gravidite. V 17. týždni gravidity vykonaná amniocentéza z genetickej indikácie s negatívnym výsledkom. V 26. týždni gravidity pacientka vyšetrená pohotovostnou službou v regionálnom zariadení pre výrazné bolesti v podbrušku. Pri vyšetrení vyslovená suspcia na ruptúru ľavej hrany uteru s herniáciou vaku blán do dutiny brušnej. Po konzultácii neonatologickej služby pacientka transportovaná vrtníkovou záchrannou službou do spádového nemocničného zariadenia. Pri vstupnom gynekologickom a ultrazvukovom vyšetrení stanovené diagnózy – abdomen acutum, hemoperitoneum, ruptúra ľavej hrany uteru, herniácia vaku blán do dutiny brušnej. Vzhľadom na uvedené diagnózy, po predchádzajúcom dôkladnom poučení pacientky vykonaný cisársky rez. Pri laparotómii potvrdené hemoperitoneum, potvrdená ruptúra ľavej hrany uteru od ľavého rohu smerom kaudálne k odstupe ľavostrannej artéria uterina, v rozsahu 10 – 12 cm s herniáciou vaku blán do dutiny brušnej. Vo vaku blán v dutine brušnej prítomná kranialná časť plodu, hlavička, hrudník, bruško až po odstup pupočníka. Kaudálna časť plodu prítomná v dutine maternice. Pri snahe o šetrné vybavenie plodu, ktoré nebolo možné cez ruptúru ľavej hrany uteru, rozhodnuté vykonať uterotómiu v dolnom segmente uteru. Vybavený plod bez známkov života, s hmotnosťou pod 1000 gramov, hodnotený ako abort. Po vybavení placenty vykonaná sūtúra uterotómie a snaha o sūtúru ruptúry hrany uteru. Vzhľadom na neustávajúce krvácanie z ľavostarnej artéria uterina rozhodnuté vykonať supravaginálnu amputáciu uteru.

Záver: Prítomnosť saktosalpingu negatívne ovplyvňuje fertilitu z dôvodu mechanického „vymývania“ embrya refluxom tekutiny zo saktosalpingu, poškodzovaním endometria a jeho receptivity, zníženou koncentráciou výživných látok pre embryo v tekutine saktosalpingu a zhoršenou motilitou spermií. Saktosalpinx znižuje úspešnosť cyklov in vitro fertilizácie o 1/3 až 1/2. Delivery rate pri diagnóze saktosalpinx je 15,8 % bez chirurgickej intervencie oproti 55 % po salpingektómii. Pri samotnom chirurgickom ošetrení saktosalpingu dochádza v rôznej miere k oslabeniu príslušného rohu uteru. Pri rozsahu resp. radikálnosti operačného výkonu je nutné zdôrazniť základný dôvod operačného riešenia saktosalpingu u sterilnej pacientky – t.j. zvýšenie delivery rate. V prípade vyššie spomenutej kazuistiky bola predchádzajúca salpingektómia veľmi pravdepodobne príčinou ruptúry uteru v gravidite.

P3: Spontánna ruptúra uterinných ciev počas gravidity u pacientky s predchádzajúcou endometriózou

Lajtman E., Mlynček M., Uharček P., Urban M.

Gyn. - pôr. klinika FN Nitra a Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

Kazuistika: Spontánna ruptúra uterinných a utero-ovarických ciev v gravidite je zriedkavá. V literatúre je uvedených približne 100 prípadov, pričom 60 % sa vyskytlo peripartálne a boli spojené so 40 % maternálnou a 30 % perinatálnou mortalitou. Jedná sa o život ohrozujúci stav spojený s hemoragickým šokom. Niekoľko prípadov spontánnej ruptúry uterinných a utero-ovarických ciev v gravidite je opísaných po predchádzajúcej endometrióze. Najčastejšia lokalizácia ruptúry je v ligamentum latum, zahrňuje asi 75 % všetkých prípadov.

Etiológia spontánnej ruptúry ciev v gravidite a počas pôrodu nie je známa. Endometrióza je jedným z najčastejších faktorov, ktorý môže zapríčiniť spontánnu ruptúru ciev. V kazuistike opisuje-

me prípad 29-ročnej primigravidy s anamnézou endometriózy, u ktorej sa v 36. týždni gravidity po spontánnej ruptúre uterinných ciev rozvinul hemoragický šok. Z hľadiska diferenciálnej diagnostiky sú kľúčovými zobrazovacie metódy (ultrazvukové vyšetrenie, CT, CT-angiografia alebo NMR). Dominantným faktorom iniciálnej liečby je adekvátna transfúzna a infúzna liečba spolu s laparotómiou, ktoré vedú k zástave krvácania a k stabilizácii pacientky. Promptná diagnostika a operačná intervencia sú dominantné v prevencii materskej mortality.

P4: Retroperitoneálny pararektálny a presakrálny hematóm ako závažná komplikácia spontánneho pôrodu záhlavím

Žigo I., Žúbor P., Dókuš K., Kúdela E., Cul'bová M., Švecová I., Danko J.

Gyn. - pôr. klinika JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Popôrodný ulrovaginálny ev. paravaginálny hematóm je zriedkavou no občas vážnou komplikáciou vaginálneho pôrodu. Svojim patomechanizmom môže byť príčinou cirkulačného šoku, vzniku koagulopatie ev. závažných a dlhodobých zdravotných ťažkostí urologického, gastroenterologického či neurologického systému rodičky. Prihliadnuc na anatomické pomery (riedke väzivo, tukové tkanivo, venózne plexy, bohaté arteriálne zásobenie a kolaterály) je táto oblasť priam predilekčným miestom výskytu rozsiahlych hematómov, obzvlášť v gravidite, kedy je celý cievny systém výrazne dilatovaný a prekrvený.

Cieľ: Prezentácia neobvyklej formy retroperitoneálneho kombinovaného supra- a infra-levátorového pararektálneho hematómu siahajúceho až do presakrálneho priestoru u rodičky po spontánnom pôrode záhlavím s popisom spôsobu liečebno-diagnostického manažmentu a riešenia vzniknutých komplikácií.

Metodika: Kazuistika

Výsledky: 31-ročná primigravida, nulipara bez závažného predchorobia bola prijatá pre pravidelné kontrakcie s odtokom plodovej vody. Pôrod prebiehal za štandardných podmienok, bez komplikácií, záhlavím v 39. t.t. Dve hodiny po pôrode bol u pacientky diagnostikovaný hematóm v pararektálnom a paravaginálnom priestore v malej panve s poklesom Hb na 74 g/l, prekolapsovým stavom, hypotenziou a výraznými bolesťami rodičky v oblasti rekta. V celkovej anestéze bola vykonaná discízia epiziotómie a manuálna evakuácia hematómu. Peroperačná strata krvi hradená piatimi TU prípravkami. Opakované CT vyšetrenie na 2. a 4. týždeň po pôrode odhalilo u pacientky rozsiahly retroperitoneálny hematóm lokalizovaný v presakrálnom priestore veľkosti 9x14x8cm. Následkom mechanického útlaku, dislokácie rekta, uteru, sigmy, ischemického a endotoxického poškodenia plexus pudendalis a plexus sacralis bola pacientka liečená neurológom pre symptomatológiu neurogenného močového mechúra, urológom pre dysfunkčné močenie a gastroenterológom pre problémy vyprázdňovania GIT-u. V nasledovnom období šestonedelia podstúpila rozsiahlu rehabilitáciu až do úpravy klinického stavu.

Záver: **Skoré rozpoznanie popôrodného hematómu u rodičky umožní poskytnutie adekvátnej liečby pacientky a elimináciu nasadajúcich komplikácií**, často raritného charakteru, ktorým je nutné vhodnými intervenciami predchádzať v snahe o zníženie morbidity žien po pôrode.

Práca bola podporená projektom "Dobudovanie Centra excelentnosti pre perinatologický výskum (CEPV II)", ITMS: 26220120036, ktorý je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ.

P5: Srovnání komplikací dvou metod preindukce porodu - dvoucestný balónkový katétr Cook kontra prostaglandiny

Vojtěch J., Záhumenský J., Zmrhalová B., Menzlová E., Šottner O., Mikysková I.

Gyn. - por. klinika FN Na Bulovce, Praha

Úvod: V poslední době narůstá počet indukovaných porodů. Kromě medikamentózních způsobů preindukce zažívají renesanci i klasické metody, založené na mechanickém působení (např. pomocí Foleyova katétru). Na trhu se objevila nová metoda preindukce pomocí dvoucest-

ného katétru Cook. V České republice zatím zkušenosti s touto metódou nebyly publikovány. Materiál a metodika: Do souboru jsme zařadili 56 rodiček přijatých na naši kliniku k preindukci a indukcii porodu v termínu, u kterých bylo při příjmu cervikální skóre menší než 5. 28 rodičkám byl večer zaveden dvoucestný cervikální katétr Cook dle návodu, za 12 hodin byl extrahován. Ráno byl zhodnocen vaginální nález a provedena indukce porodu buď dirupci nebo podáním prostaglandinů intracervikálně. Dalším 28 rodičkám byl na noc zaveden Prostin E2 3 mg do zadní poševní klenby. Ráno dle nálezu bylo poté pokračováno obdobně jako v první skupině. Obě skupiny byly proporcionální co do počtu prvorodiček a vícerodiček. Výsledky: V první skupině bylo průměrné cervikální skóre před zavedením katétru 2 (v rozmezí 1-4). Po extrakci katétru za 12 hodin bylo průměrné cervikální skóre 8,9 (v rozmezí 4-10). 22 žen porodilo vaginálně, z toho 2 vakuumextrakci (indikace: hluboký příčný stav, hroziící hypoxie) 5 porodů bylo ukončeno císařským řezem (indikace ve 3 případech nepostupující porod, v 1 případě hroziící hypoxie plodu, v 1 případě hroziící chorioamniititis). Ve druhé skupině bylo průměrné cervikální skóre před zavedením katétru 2,2 (v rozmezí 1-3). Průměrné cervikální skóre za 12 hodin po preindukci prostaglandinem bylo 4,9 (v rozmezí 2-10). 24 žen porodilo vaginálně, z toho 4 vakuumextrakci (indikace: 3× hroziící hypoxie, 1× hluboký příčný stav), 4 porody byly ukončeny císařským řezem (indikace ve 3 případech nepostupující porod, v 1 případě selhání indukce) Závěr: Při použití dvoucestného balónkového katétru Cook proběhlo 21 z 23 vaginálních porodů do 24 hodin od začátku preindukce. U prostaglandinů proběhlo do 24 hodin od začátku preindukce 12 z 24 vaginálních porodů. Srovnání v počtu provedených S.C. a vakuumextrakci je statisticky nevýznamné. Naše předběžné zkušenosti ukazují, že balónkový dvoucestný katéter je účinnou metódou preindukce. Bude potřeba srovnání na větším souboru rodiček.

P6: Trombóza aneuryzmy umbilikálnej artérie ako príčina intrauterinnej asfyxie plodu

¹Švecová I., ¹Biskupská Boďová K., ¹Kapustová I., ¹Šumichrastová P., ²Balhárek T., ¹Dókuš K., ²Marcinek J., ²Slávik P., ¹Žúbor P., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika, ²Ústav patologickej anatómie, JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Fetálna smrť je v 9-15% spôsobená patológiami pupečníka, napr. trombóza, varixy, dilatácie, aneuryzmy pupečníkových ciev. Aneuryzma umbilikálnej artérie predstavuje raritnú cievnú malformáciu, lokalizovanú najmä v distálnej tretine pupečníka. V literatúre bolo popísaných len niekoľko prípadov asociovaných najmä s aneuploidiou.

Kazuistika: V práci autori popisujú prípad 27-ročnej sekundigravidy, primipary, prijatej s intrauterinným odumretím plodu v 32+5 gestačnom týždni po nekomplikovanom priebehu tehotnosti. Tehotenskú poradňu navštevovala pravidelne, všetky absolvované skriningové vyšetrenia neprekázali žiadnu patológiu plodu. Po nekomplikovanom priebehu indukcie porodený mŕtvorođený, nedonosený, normotrofičský, proporciálny plod mužského pohlavia hmotnosti 1690g, dĺžky 45cm so známkami ľahkej macerácie (Clifford I.). Placenta veľkosti 16x12x1,5cm, hmotnosti 930g, bez ložiskových zmien, pupečník dĺžky 53cm, hrúbky 12mm, excentricky inzerovaný, nad miestom inzercie v pupečníku hematóm veľkosti 2,5x3x2cm. Vo vzdialenosti 35cm a 37cm od úponu pupečníka prítomné dva nepravé uzly o priemere 1x1cm a 1,5x2cm. Vo väčšom uzle mikroskopicky popísaná aneuryzmaticky rozšírená artéria s fibróznou stenou a trombom. Patologicko-anatomická pitva určila ako príčinu intrauterinnej asfyxie plodu aneuryzmu pupečníkovej artérie s nástennou trombózou.

Záver: Popisovaný prípad poukazuje na potrebu dôkladného prenatálneho ultrazvukového vyšetrenia počtu ciev v pupečníku, množstva Wharthonovho rôsolu, priebehu slučiek pupečníka, miesta inzercie, štruktúrálnych abnormalít, abnormálneho rozšírenia ciev a uzlov pupečníka. Táto práca bola podporená projektom „Dobudovanie Centra excelentnosti pre perinatologický výskum“, ITMS kód: 26220120036, ktoré sú spolufinancované zo zdrojov EÚ-ERDF a grantom MZ SR 2008/60-MFN-03.

P7: Komplikácie obezity v tehotnosti

Biskupská Boďová K., Biringer K., Švecová I., Višňovský J., Danko J.

Gyn. - pôr. klinika JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Nezdravý životný štýl má za následok, že obezita sa stala globálnou epidémiou posledných desaťročí. Celosvetovo sa obezita vyskytuje u 8-25% ľudí. Obezita u tehotných žien môže spôsobovať závažné komplikácie v tehotnosti a počas pôrodu. Cieľom práce bolo vyhodnotenie komplikácií v tehotnosti, pôrodných komplikácií a perinatologických výsledkov u tehotných žien s nadváhou.

Materiál a metodika: Do retrospektívnej analýzy sme zaradili 1328 tehotných žien s jednoplovdovou tehotnosťou, ktoré porodili na Gynekologicko-pôrodnickej klinike UNM a JLF UK od 1. januára 2010 do 31. decembra 2010. Súbor žien bol rozdelený do sledovaných skupín podľa výšky body mass indexu pred tehotnosťou (BMI = hmotnosť v kilogramoch delená druhou mocninou výšky v metroch). Skupina žien s podhmotnosť s BMI < 18,5 kg/m², s normálnou hmotnosťou pri BMI 18,5-24,9 kg/m², s nadváhou pri BMI 25-29,9 kg/m² a s obezitou BMI >30 kg/m². Na porovnanie jednotlivých skupín sme použili parametrický Studentov t-test alebo neparametrický Mann-Whitneyov test (p<0,05), (MedCalc @ 10.2.0, Mariakerke, Belgium).

Výsledky: Pri porovnaní priebehu tehotnosti a pôrodu a perinatálnych výstupov jednotlivých skupín sme potvrdili signifikantne vyššie riziko vzniku komplikácií najmä u žien s BMI >30 kg/m². U žien s obezitou bolo napríklad signifikantne vyššie percento pôrodov ukončených operačne (47,79% vs. 30,62%) a nižšie Apgar skóre dieťaťa v 1. a 5. minúte (8,4 vs. 8,7, resp. 8,7 vs. 9,0). U žien s nadváhou (BMI 25-29,9 kg/m²) sme zistili len štatisticky nevýznamné rozdiely v perinatálnom výstupe a počte komplikácií. Pri rozdelení tehotných žien do skupín podľa váhového prírastku alebo BMI pri pôrode, sme zistili len malé rozdiely v počte komplikácií a perinatálnom výstupe u žien s nadmerným váhovým prírastkom nad 25 kg.

Záver: Podľa našich výsledkov predstavuje obezita pred tehotnosťou (BMI >30 kg/m²) najrizikovejší faktor následných komplikácií v tehotnosti a pri pôrode i porovnaní s vysokým váhovým prírastkom v priebehu tehotnosti. Cieľom gynekológa prvého kontaktu by preto mala byť edukácia pacientok ohľadom regulácie hmotnosti ešte pred počatím.

Táto práca bola podporená projektom „Dobudovanie Centra excelentnosti pre perinatologický výskum“, ITMS kód: 26220120036, ktoré sú spolufinancované zo zdrojov EÚ-ERDF a grantom MZ SR 2008/60-MFN-03.

P8: Hepatitída B z pohľadu gynekológa – pôrodníka

¹Matta M., ²Valková I., ¹Kraus V., ¹Murín B., ¹Suchánek P., ¹Mikolaj A., ¹Molokáč R.

¹I. gyn. - pôr. klinika, ²Klinika infektológie a cestovnej medicíny, LF UPJŠ a UNLP, Košice

Hepatitída B predstavuje závažný celosvetový medicínsky problém. Vo svete je infikovaných vírusom hepatitídy B (HBV) 350 miliónov ľudí. Hepatitída B je jednou z najčastejších príčin spôsobujúcich cirhózu pečene a hepatocelulárny karcinóm. Prevalencia hepatitídy B v slovenskej populácii je menej ako 2%, pričom existujú regionálne a etnické rozdiely. Epidemiologicky najviac ohrozenou skupinou ľudí v našej populácii je veková skupina medzi 15.-30. rokom života, teda fertillné obyvateľstvo.

HBV sa prenáša parenterálne, predovšetkým krvou a vertikálne, teda z infikovanej matky na dieťa, pričom HBV je 50-100 násobne infekčnejší ako HIV. Vo svete celková prevalencia je 5% HBsAg pozitívnych matiek. Na Slovensku bola zistená prevalencia u gravidných žien 2,34%.

Cieľom nášho posteru je názorne zosumarizovať literárne údaje týkajúce sa tohoto závažného ochorenia v súčinnosti s výskytom a odporúčaniami u tehotných pacientok.

P9: Extrémne zvýšenie alkalickej fosfatázy ako marker predčasného pôrodu, placentárnej insuficiencie a nízkej pôrodnej hmotnosti

Linhartová, L., Ferianec, V.

II. gyn. - pôr. klinika LFUK a UNB Bratislava Ružinov

Cieľ práce: Autori prezentujú prípad 23-ročnej sekundipary s extrémne elevovanou hodnotou enzýmu alkalickej fosfatázy, ktorá bola zistená v III. trimestri gravidity, diagnosticko-terapeutické postupy, priebeh pôrodu a šestonedelia.

Typ štúdie: Kazuistika

Metodika a výsledky: Autori prezentujú klinický prípad 23-ročnej sekundipary, u ktorej došlo v III. trimestri k rozvoju klinických ťažkostí - generalizovanému pruritu a zároveň jej gravidita vykazovala známky asymetrickej hypotrofizácie plodu na základe placentárnej insuficiencie. Laboratórne počas celého III. trimestra dochádzalo k vzostupu hodnôt enzýmu alkalickej fosfatázy až na 10,5 násobok oproti norme, pričom 94,05% tvoril placentárny izoenzým. U pacientky sa klinicky súčasne prejavovala symptomatológia predčasného pôrodu. Pôrod spontánne prebehol v 36. týždni gravidity. Po skončení šestonedelia sa hodnoty alkalickej fosfatázy opäť upravili do normy.

Záver: Autori poukazujú na súvislosť medzi eleváciou placentárneho izoenzýmu alkalickej fosfatázy s placentárnou insuficienciou, s rozvojom predčasného pôrodu a pôrodom dieťaťa s nízkou pôrodnou hmotnosťou.

P10: Prax založená na dôkazoch – možnosti v pôrodnej asistencii

Urbanová, E., Bašková, M.

Ústav nelekárskych študijných programov, JLF UK, Martin

Cieľ práce: Bezpečosť a kvalita starostlivosti o ženu a dieťa je kľúčovou otázkou v pôrodnej asistencii. Pri riešení komplikácií a urgentných stavov je nevyhnutná starostlivosť založená na dôkazoch v pôrodnej asistencii (EBM - Evidence based midwifery). Významnou mierou k tomu prispieva aj dostupnosť a aktívne využívanie Cochrane databázy vo vzdelávaní a praxi pôrodnej asistencie.

Vo všeobecnosti sa rozoznáva niekoľko modelov starostlivosti o ženu a dieťa, na ktorých participujú pôrodné asistentky: model starostlivosti poskytovaný pôrodnou asistentkou (midwife-led care), model starostlivosti poskytovaný predovšetkým lekárom-pôrodníkom, model starostlivosti poskytovaný rodinným lekárom a model starostlivosti poskytovaný tímom zdravotníkov. Cochrane databáza predstavuje súhrn informácií z rôznych databáz medicíny a iných zdravotníckych odborov. Následne sa v nej vytvára systematický prehľad a meta-analýza informácií za účelom sumarizácie a interpretácie tematicky zameraných výsledkov medicínskeho výskumu a výskumu v iných zdravotníckych odborov. Svoje zastúpenie tu majú aj výskumné štúdie v pôrodnej asistencii. Nevýhodou databázy je limitovaný prístup.

Záver: Prax v pôrodnej asistencii založená na dôkazoch je bezpodmienečná najmä pre samostatné pôrodné asistentky a pre pôrodné asistentky pracujúce v tíme zdravotníkov. Zaručuje dosah na všetky zložky kvality zdravotníckej starostlivosti ako je bezpečnosť, efektivita, výkonnosť, rovnosť (spravodlivosť), presné načasovanie a zameranosť na klientku.

P11: Nové regulátory ovariálnych funkcií

¹Sirotkin A. V., ²Mlynček M., ¹Chrenek P., ¹Rafay J., ¹Sanislo P., ¹Benčo A., ¹Pavlová S., ¹Lauková M., ¹Brenaut P., ¹Ovcharenko D., ¹Kotwica J.

¹Centrum výskumu živočíšnej výroby Nitra, ²Gyn. - pôr. klinika FN Nitra a Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

Cieľ: Poster predstavuje prehľad nami a našimi partnermi dosiahnutých výsledkov v oblasti výskumu nových regulátorov ovariálnych funkcií. Cieľom štúdií bolo preskúmať: látky produkované

reprodukčným systémom, efekty týchto látok na ovariálne funkcie, vnútrobunkové sprostredkovateľa týchto efektov a možnosti ich uplatnenia pre charakteristiku ovariálnych funkcií a liečbu ich porúch.

Metodika: Experimenty s použitím prídavkov hormónov, ich imunoneutralizácie a transfekcie ovariálnych buniek cDNA siRNA a miRNA konštrukciami pre hormóny, väzbové proteíny, proteín kinázy a transkripčné faktory sa uskutočňovali in vivo na králikoch a na ovariálnych bunkách ľudí, ošpaných a králikov in vitro. Proliferácia, apoptóza a sekrečná aktivita buniek sa merala imunocytochémiou, SDS PAGE-Western blottingom, TUNEL, RT-PCR a RIA/IRMA.

Výsledky: Bola dokázaná expresia, akumulácia a v niektorých prípadoch, aj sekrecia ovariálnymi bunkami steroidných a peptidových hormónov, prostaglandínov, rastových faktorov a ich väzbových proteínov, receptory pre hormóny, cyklické nukleotidy, peptidy spojené s proliferáciou a apoptózou, proteín kinázy a transkripčné faktory. Bolo zistené, že funkcie ovárií (proliferácia, apoptóza, sekrečná aktivita, folikulogenéza, oogenéza a predispozícia k rakovine) sa regulujú nielen známymi gonadotropínmi, a steroidnými hormónmi a prostaglandínmi, ale aj menej známym rastovým hormónom, leptínom a ghrelínom, a rastovými faktormi IGF-I, EGF, thrombopoietínom a ich väzbovými proteínmi. Manipulácie s hormónmi mali za následok aj zmeny v akumulácii cyklických nukleotidov, niektorých proteín kináz a transkripčných faktorov. Blokovanie produkcie alebo účinku týchto vnútrobunkových látok podstatne menili ovariálne funkcie a modifikovali efekty peptidových hormónov a rastových faktorov.

Záver: Ovariálne funkcie sa môžu regulovať zložitým komplexom hormónov (gonadotropíny, steroidné hormóny a prostaglandíny rastovým hormónom, leptínom, ghrelínom), rastovými faktormi (IGF-I, EGF, thrombopoietínom a ich väzbovými proteínmi) a vnútrobunkovými sprostredkovateľmi ich účinku (cyklickými nukleotidmi, apoptotickými a proliferačnými peptidmi, proteínkinázami, transkripčnými faktormi, génmi, RNA, siRNA a miRNA). Tieto nové látky a ich farmakologické a génové regulátory môžu byť použiteľné pre charakteristiku, predpoveď a reguláciu funkcií ovárií a pre liečbu reprodukčných a nádorových ochorení v gynekológii, reprodukčnej biológii, biotechnológiách, medicíne a asistovanej reprodukcii.

P12: Postoperačný rozsiahly intraabdominálny hematóm ako príčina vysokého paralytického ilea?

¹Brányik K., ²Žúbor P.

¹Gyn. - pôr. oddelenie NsP Dunajská Streda, ²Gyn. - pôr. klinika JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Výskyt hematómu prednej brušnej steny po abdominálnych gynekologických operáciách je možnou komplikáciou pooperačného obdobia u každej pacientky. Jeho príčinou býva neadekvátna heparinizácia pacientky, uvoľnenie ligatúry, či prerezanie tkaniva zle naloženým stehom v prostredí priamych brušných svalov ev. epigastrických ciev. Dôsledkom býva najmä cirkulačná depresia pacientky s hemoragickým ložiskovým nálezom. Výskyt iných komplikácií je veľmi sporadický, až raritný.

Cieľ: Prezentácia prípadu rozvoja zriedkavej komplikácie, ileózneho stavu u pacientky po bežnej gynekologickej abdominálnej operácii komplikovanej rozsiahlym intra-abdominálnym hematómom prednej brušnej steny s popisom spôsobu liečebno-diagnostického manažmentu a riešenia vzniknutých komplikácií.

Metodika: kazuistika.

Výsledky: 71-ročná pacientka operovaná pre nešpecifický nádorový proces na zadnej stene maternice vs. kalcifikovaný myóm s negatívnymi onko-markermi bola indikovaná na abdominálnu intrafasciálnu hysterektómiu s bilaterálnou adnexektómiou. Prvý a druhý pooperačný deň bol bez komplikácií, antikoagulačná profylaxia clexanom 0,6 ml s.c., peristaltika prítomná, vetry +, príjem kašovitej stravy p.o. bez komplikácií. Na tretí deň je pacientka mobilná, avšak po fyzickej aktivite sa následne začala sťažovať na pocit nafúknutia brucha, zástavu vetrov a vra-

canie. USG vyšetrenie odhalilo rozsiahly intra-abdominálny suprafasciálny hematóm prednej brušnej steny o veľkosti 30x26x2 cm s neskorším plošným rozšírením a podtečením v podkoží do rozsahu 80x85x72 cm s prechodom až na gluteálnu oblasť a hornú polovicu stehien. V laboratórnom obraze posun mineralogramu s hypokalémiou, posun acidobázy. Privolaný chirurg konštatuje reflexný vysoký ileus. Zahájená konzervatívna prokinetická liečba s úpravou vnútorného prostredia. Na 12. pooperačný deň bola pacientka demitovaná do domácej starostlivosti pri obnovení funkcie gastro-intestinálneho systému s úpravou vnútorného prostredia.

Záver: Prevencia operačných komplikácií, správna antikoagulačná profylaxia v pooperačnom období a skorá diagnostika prípadného suprafasciálneho abdominálneho krvácania umožní nielen nekomplikované zotavenie sa pacientky po operačnom výkone, ale pôsobí aj ako preventívne opatrenie rozvoja raritných komplikácií, v našom prípade črevnej nepriechodnosti indukovanej pravdepodobne inhibičným peritoneo-intestinálnym a parasympatolytickým efektom hematómu na autonómny nervový systém prednej steny abdomenu a peritonea.

P13: Komplikácie radikálnych gynekologických operácií – chyloperitoneum

Klačko, M., Masák, L., Babala, P., Mikloš, P., Fekete, P., Feraňčíková, Z., Keder, D., Počarovský, P., Kállay, J.

Klinika gynekologickej onkológie OÚSA a SZU, Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

Úvod: Chyloperitoneum, chylous ascites-patologické nahromadenie veľkého objemu lymfy chylózneho charakteru v dutine brušnej ako dôsledok poškodenia lymfatických ciev.

Cieľ práce: rozobrať príčiny, diagnostiku, manažment chyloperitonea a možnosti jeho eliminácie.

Príčiny: 1. Chirurgické výkony v oblasti retroperitonea, pri ktorých dochádza k narušeniu lymfatických ciev a cysterna chyli. 2. Vrodené ochorenia lymfatického systému, malignity (lymfóm). 3. Trauma v oblasti abdomenu. 4. Procesy zvyšujúce tlak lymfy v cysterna chyli, ductus thoracicus a lymfatických cievach. 5. Iné: infekcie, zápaly, sarkoidóza, lymfangiomatóza.

Diagnostika: 1. Anamnéza: onkologická liečba (najčastejšie radikálna operatíva) v oblasti abdomenu (interval niekoľkých dní až mesiacov). 2. Klinika: distenzia abdomenu, dyspnoe, nechutenstvo, punkciou získaný mliečne skalený ascites. 3. Zobrazovacie vyšetrenia: USG, CT, bipedálna lymfografia, lymfoscintigrafia. 4. Biochemické charakteristiky: podiel triglyceridov > 200mg/ml, bielkoviny >3mg/100ml, vysoký počet leukocytov.

Manažment: 1. Diagnostika. 2. Konzervatívna terapia: dietetické opatrenia (beztuková diéta bohatá na bielkoviny), parenterálna výživa (suplementácia bielkovín, triglyceridy s krátkym a stredne dlhým reťazcom, ktoré nezaťažujú lymfatický systém) + somatostatin?. 3. Identifikácia úniku lymfy (lymfangiografia, lymfoscintigrafia). 4. Operačná liečba: sklerotizácia, ligácia. 5. Dietetické opatrenia.

Záver: V rámci radikálnej onkogynekologickej operačnej liečby sú indikované výkony v oblasti retroperitonea, ktorých dôsledkom môže byť chyloperitoneum. Je to síce zriedkavá, no nepríjemná komplikácia, na ktorú treba myslieť u pacientok, ktoré takéto typy liečby absolvovali najčastejšie pri karcinómoch ovárií, tela a krčka maternice. Prevenciou chyloperitonea je exaktná znalosť topoanatomických pomerov, skúsenosť a dokonalá orientácia operátora v lymfatickej drenáži riešených lokalít a s tým súvisiaca pooperačná kontrola celistvosti lymfatických ciev.

P14: Anemizujúca metrorágia u 24-ročnej pacientky ako prejav hematoonkologického ochorenia

¹Haško M., ¹Kapustová I., ²Sokol J., ¹Biringer K., ¹Šumichrastová P., ¹Danko J.

¹Gyn. - pôr. klinika JLF UK a UNM, ²Klinika hematológie a transfuziológie JLF UK a UNM, Martin

Cieľ práce: Upozorniť zmluvných gynekológov i lekárov gynekologicko-pôrodných oddelení

na akútnu promyelocytovú leukémiu (APL, tiež AML–M3) ako zriedkavú príčinu metrorágie. PL patrí do granulocytového radu akútnych myeloblastových leukémií. Ide o ochorenie s náhlou a prudkou manifestáciou. Klinický obraz je výsledkom kombinácie viacerých symptómov, vyplývajúcich z poruchy počtu a funkcie leukocytov, trombocytov a erytrocytov. Dominuje hemoragická diatéza s krvácaním do kože, slizníc, ale i do vnútorných orgánov (pľúca, CNS). Často je prítomná hematúria a metrorágia. Objavujú sa infekčné komplikácie, ako sú opakované tonzilitídy, sinusitídy a pneumónie. Na APL je preto potrebné myslieť pri atypickom a protrahanom priebehu infekcie. K nešpecifickým príznakom ochorenia patrí potenie, nechutenstvo, chudnutie a horúčky. Na stanovenie diagnózy je nutné mikroskopické vyšetrenie náteru periférnej krvi a bioptické vyšetrenie kostnej drene.

Kazuistika opisuje prípad mladej ženy prijatej v apríli 2010 na našu kliniku. V anamnéze od februára 2010 opakovane zápal horných dýchacích ciest, subfebrílie, suchý dráždivý kašeľ bez vykašliavania. Pre vyššie uvedené ťažkosti, celkovú slabosť a nevykonnosť postupne vyšetrená niekoľkými špecialistami. V polovici apríla sa objavuje spočiatku slabá, neskôr silná metrorágia, krvácanie aj v kusoch. Na 11. deň krvácania prijatá na našu kliniku pre menometrorágiu s iniciálnym množstvom hemoglobínu 57 g/l, miernou leukocytózou a vysokou hodnotou CRP. Po podaní 4 TU erymasy sa cíti celkovo lepšie, množstvo hemoglobínu stúpa na 101g/l. Pri kontrole krvného obrazu odhalená predtým nepovšimnutá ťažká trombocytopenia. Pacientka po vyšetrení kostnej drene a diferenciálneho krvného obrazu preložená na kliniku hematológie a transfuziológie s podozrením na APL, ktoré sa neskôr potvrdilo.

Táto práca bola podporená projektom „Dobudovanie Centra excelentnosti pre perinatologický výskum“, ITMS kód: 26220120036, ktoré sú spolufinancované zo zdrojov EÚ-ERDF.

P15: Raritné nálezy pri štandardne prebiehajúcich operačných výkonoch - kazuistika

¹Valúchová D., ¹Oťapková P., ¹Foltín M., ²Šufliarsky J., ¹Holomáň K.

¹II. gyn. - pôr. klinika LF UK a UNB, Bratislava, ²Národný onkologický ústav, Bratislava

V nasledujúcej práci by sme chceli odprezentovať kazuistiku dvoch pacientok, ktoré sa podrobili na II. gyn. - pôr. klinike štandardným operačným výkonom, pričom náhodné a pomerne raritné peroperačné nálezy výrazne ovplyvnili ďalší manažment pacientok v pooperačnom priebehu. V prvom prípade sa 50-ročná pacientka Ľ.B. podrobila operačnému výkonu LAVH z indikácie uterus myomatosus, hypermenorrhoe a cystis ovarialis. Počas výkonu bola na peritoneu v oblasti cavum Douglasi verifikovaná solitárna TU rezistencia veľkosti, ktorá bola excidovaná a histologizovaná. Záver histológie potvrdil pomerne raritný nádor: malígný papilárny mezotelióm abdominálneho peritonea. Následné CT vyšetrenie hrudníka a malej panvy potvrdilo nález nehomogénneho hypodenzného ložiska podbránične v pečeni, okrúhle ložisko v pečeni neznámej etiológie a cystoidnú expanziu s hrubou stenou v ľavom mezogastriu.

V ďalšej kazuistike chceme zreferovať pacientku 30-ročnú B.J., ktorá sa podrobila operačnému pôrodu cisárskym rezom, pričom pri revízii dutiny brušnej a operačného poľa bol verifikovaný útvar na prednej stene uteru, makroskopicky imponujúci ako myomatózny uzol. Histológia zaradila tumor do kategórie hladkosvalových tumorov maternice s neistým biologickým potenciálom-STUMP. Prinášame ďalší manažment uvedených raritných nálezov.

P16: HPV DNA a HPV mRNA test ako primárny skrining karcinómu krčka maternice

¹Žúbor P., ^{1,2}Janušicová V., ²Lasabová Z., ³Kajo K., ¹Šumichrastová P., ^{1,4}Žúborová D., ¹Danko J.

¹Gyn. - por. klinika, ²Ústav patologickej anatómie, ³Ústav molekulej biológie,

⁴Rádiologická klinika JLF UK a UNM, Martin

Úvod: V celosvetovom meradle je rakovina krčka maternice druhým najčastejším malígnym ochorením žien. V 80 – 90 % prípadoch ochoreniu predchádza dlhá fáza preinvasívnej formy, čo determinuje ochorenie ako preventabilné a vo včasných štádiách veľmi dobre liečiteľné.

Skríningové programy sú zväčša založené na onkocytologickom vyšetrení cervikálneho steru s doplnením diagnostických testov ako HPV a kolposkopické vyšetrenie, ev. biopsia zo suspektných ložísk na cervixe. Žiaľ, i napriek enormnej organizačnej, ekonomickej a technickej snahe sa nedarí celoplošne a celosvetovo znížiť výskyt cervikálneho karcinómu a preinvasívnych štádií, pričom “úspech” v tejto snahe je len prejavom ekonomicky silných krajín. V súvislosti s poznaním kauzálnej príčiny karcinómu krčka maternice (HPV infekcia) sa preto v snahe o zlepšenie situácie v epidemiológii cervikálneho karcinómu zvažuje možnosť využitia HPV testov v primárnom skríningu ochorenia.

Cieľ: Priniesť pohľad na súčasné možnosti využitia HPV testu pre primárny skríning premalígnych a malígnych lézií krčka maternice.

Metodika: Retrospektívna analýza dostupných informácií v relevantnej literatúre (databáza EBSCO, PubMed, CINAHL, Cochrane) publikovaných štúdií zaoberajúcich sa výsledkami použitia HPV DNA a HPV mRNA testov pre primárny skríning karcinómu krčka maternice.

Výsledky: HPV DNA testy vykazujú širokú škálu senzitivity, špecificity a pozitívnych prediktívnych hodnôt, ktoré však závisia na množstve vírusovej nálože a pridružených rizikových faktoroch. Na rozdiel od HPV DNA testov, tzv. HPV mRNA testy (napr. na princípe E6/E7 transkriptov) vykazujú oveľa vyššiu špecificitu a prediktívnu hodnotu v predpovedi CIN2+ lézií krčka maternice. Výsledky, výhody, nevýhody a vzájomné porovnania jednotlivých HPV diagnostických testov spolu s možnosťami doplnenia skríningu o nepriame markery malignizácie cervikálnych lézií (napr. p16ink4a, teloméra, Ki-67) sú prezentované v samotnej práci autorov.

Záver: Priebežné výsledky randomizovaných, nerandomizovaných, klinických a epidemiologických štúdií poukazujú na relatívne efektívnu možnosť využitia HPV testov v oblasti skríningu karcinómu krčka maternice s perspektívou náhrady konvenčnej ev. liquid based cytológie.

Práca bola podporená projektom ITMS:26220220113 “Molekulová diagnostika rakoviny krčka maternice”, ktorý je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ a grantom UK 71/2010.

P17: Spektrum vyšetrení z LBC

¹Beráková K., ¹Šidlová. H., ²Čukašová A.

¹Cytopathos s. r. o., Bratislava, ²Proferax s. r. o., Bratislava

Cieľ práce: Štúdia je zameraná na vyhodnotenie validity LBC vyšetrovacích metód využívaných pri diferenciálnej diagnostike lézií krčka maternice.

Materiál a metodika: Vyhodnotené sú výsledky vyšetrení súboru pacientiek s LBC vyšetrením sterov cervixu maternice a následným imunocytochemickým vyšetrením p16 a HPV detekciou z LBC materiálu.

Výsledky: Porovnanie vyšetrení p16 a HPV diagnostiky z LBC materiálu od vybraného súboru pacientiek u vybraného súboru vyšetrení.

Záver: Validácia HPV diagnostiky z vyšetrení metódou prostredníctvom odberových médií firmy NOVACYT a porovnanie s p16 imunocytochemickým vyšetrením. Pričom HPV diagnostika aj p16 diagnostika je porovnateľná s inými dostupnými metodikami na našom trhu.

P18: LBC v gynekologickej praxi – výhody a obmedzenia

¹Šidlová H., ¹Beráková K., ²Janek Ľ.

¹Cytopathos s. r. o., Bratislava, ²Care s. r. o., Bratislava

Cieľ: Liquid based cytology je exkluzívny a moderný spôsob transferu buniek na sklo, ktorý bol uvedený na scénu slovenskej patológie len nedávno, napriek tomu, že vo svete patrí k jednému z dvoch štandardných spôsobov spracovania materiálu určeného na cytodiagnostiku. Zámerom autorov je oboznámiť so skúsenosťami s LBC cytodiagnostikou v oblasti gynekopatológie, nielen cervikálnej.

Materiál a metódy: LBC metódou bolo vyšetrených od novembra 2010 do marca 2011, v rám-

ci skriningu karcinómu krčka maternice 2640 žien. Bola použitá automatizovaná technológia Novaprep, s využitím sedimentácie materiálu vo vialke (odberovej nádobke). Každý lekár bol náležite poučený o spôsobe odberu steru. Preparáty boli farbené metódou podľa PAP-a vo farbiacom automate.

Výsledky: 98 % sterov bolo reprezentatívnych. Najčastejšou príčinou limitovanej reprezentatívnosti bola nízka celularita, ktorá bola vo väčšine prípadov odstránená zahustením materiálu. Žiaden ster nebol nereprezentatívny z dôvodu nesprávnej fixácie. Významne sa zvýšila záchytnosť suspektných nálezov (ASC-US, LSIL) vzhľadom na možnosť opakovaného spracovania sterov, zvýšením kvality preparátov, selekciou pacientok určených na LBC a tiež možnosťami použitia aditívnych (imunocytochemických a genetických) metód pri diferenciálnej diagnostike suspektných nálezov.

Záver: LBC metóda je prínosom predovšetkým v diferenciálnej diagnostike suspektných nálezov onkocytológii krčka maternice a poskytuje ďalšie alternatívy a perspektívy vo využití prognostických markerov.

V oblasti non-cervikálnej gynekocytológie poskytuje široké spektrum možností imunocytochemických metód v rámci jedného odberu tenkoihlovej aspiračnej cytológie prsníka.

P19: Laparoskopická liečba ca endometria – jej miesto na úrovni všeobecnej nemocnice II. typu

Mančík G.

Gyn. - pôr. oddelenie NsP Levice

Karcinóm endometria predstavuje 96% všetkých zhubných nádorov tela maternice. Výhodou je, že sa väčšinou zachytí vo včasnom štádiu a má dobrú prognózu. Vo včasnom štádiu sa 5-ročné prežitie pohybuje okolo 85%. Štandardná liečba u pacientok so včasným štádiom je chirurgická liečba spočívajúca v odstránení maternice, adnex, laváže a v rizikových prípadoch i regionálnej lymfadenektómie. V spektre operačných výkonov, ktoré sa používajú k riešeniu pacientok s karcinómom endometria na našom pracovisku, sa výrazne uplatňuje laparoskopická technika. Výkon pozostáva z laváže malej panvy, laparoskopie hysterektómie, adnexektómie a pelvickej lymfadenektómie. Jednoznačne chirurgická technika ako aj predoperačná selekcia pacientok musí byť vykonaná podľa úplne jasných a prísnych kritérií. Zvolená laparoskopická technika má byť samozrejme bezpečná pre pacientku.

Mojou určite nie prevratnou prácou na našom 3-ročnom súbore 39 pacientok som len chcel poukázať na ten fakt, že pri dodržaní základných onkologických princípov, je možné kvalitne a adekvátne chirurgicky liečiť pacientky s karcinómom endometria i laparoskopickou technikou a na úrovni gynekologicko-pôrodníckeho oddelenia „okresnej nemocnice“.

Poznámky

A series of horizontal dotted lines for taking notes, set against a background of abstract, overlapping curved shapes in shades of red, orange, and yellow.

Poznámky

A series of horizontal dotted lines for taking notes, set against a background of abstract, overlapping curved shapes in shades of red, orange, and yellow.



Váš originálny partner so širokým portfóliom
v starostlivosti o ženu.

www.antikoncepcia.COM